

GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO
Viceministro Técnico

CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA
Viceministro de Salud y Bienestar

RICARDO ANDRÉS ECHEVERRI LÓPEZ
Viceministro de Relaciones Laborales

CLARA ALEXANDRA MÉNDEZ CUBILLOS
Secretaria General

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Director General de Calidad de Servicios (E)



DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Director General de Calidad de Servicios (E)

MARITZA ROA GÓMEZ
Coordinadora Grupo de Calidad de Servicios

FRANCISCO RAÚL RESTREPO PARRA M.D.
SANDRA E. GALLEGOS M.D.
Consultores



GUILLERMO BECERRA
Gerente General

HERNÁN DARÍO MAILLANE
CARLOS ANDRÉS BECERRA G.
Directores del Proyecto

JENNY PAOLA BECERRA GRACIANO
MARÍA MARCELA MÁRQUEZ A.
JOSÉ EDUARDO FLÓREZ
SAMUEL FRANCISCO ROJAS
Equipo Técnico

Experto Clínico que revisó:

Dr. Ivan Parra

Dra. Lorenza Ospino

Dirección de Salud Pública Ministerio de la Protección Social



GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MARCO TEÓRICO



GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO



La presente instrucción está dirigida a todo el personal profesional de enfermería, medicina, nutrición y rehabilitación, así como a los auxiliares de enfermería, camilleros y todo el personal que participa directamente durante el servicio de atención hospitalaria al paciente dentro de la institución. Para su desarrollo, se recomienda que el instructor o capacitador de la buena práctica **“Garantizar la atención segura del Binomio Madre-Hijo”** desarrollada en el paquete, sea profesional médico y/o de enfermería que tenga experiencia en el manejo de programas de seguridad del paciente.

La metodología a implementar para el desarrollo de la instrucción, integra las principales herramientas pedagógicas utilizadas para el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas (fundamentales en cualquier práctica) y se desglosan en la Guía de la Sesión Educativa del presente paquete; también se presentan los ambientes y los recursos necesarios para su eficaz abordaje, es fundamental que se sigan las instrucciones que se registran para alcanzar los objetivos de formación del tema.

La seguridad del paciente es un tema en desarrollo en Colombia; este paquete recoge la revisión bibliográfica y las experiencias de instituciones nacionales, y es el punto de partida que deberá ser mejorado progresivamente de acuerdo a las experiencias de nuestras instituciones y de los avances científicos en el tema.

RECOMENDACIONES GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN

4.2.16. Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo

4.2.16.1 Atención segura e integral del evento obstétrico

El Estado Colombiano ha orientado diversas estrategias y esfuerzos para reducir el número de muertes en mujeres, originadas por el embarazo, el parto y el puerperio, pero no ha logrado impactarlas en el nivel deseado, probablemente porque se enfocan en parte del problema, y no en todo el problema.

La Muerte Materna se comporta como la mortalidad en general, las dos están relacionadas con determinantes como la riqueza y su distribución, el nivel educativo, la organización social y política, la organización de los servicios de salud y su distribución geográfica. Al mirar las causas, la mayor parte de las muertes maternas en el mundo y en Colombia, se deben a pérdida excesiva de sangre, infecciones, trastornos de hipertensión, la obstrucción en el parto, o las complicaciones por abortos en condiciones inseguras, causas de emergencias difíciles de prever. En el caso de la muerte materna, la excesiva medicalización de la atención, desmotiva a las mujeres a utilizar los servicios de salud especialmente en áreas dispersas y en grupos especiales. Estas prácticas además contribuyen a la tasa elevada de cesáreas y otros procedimientos quirúrgicos innecesarios en la atención materna. La atención segura e integral requiere:

4.2.16.1.1 Mejoramiento del Acceso a servicios de salud materno perinatales.

Definir un paquete de atención integral al evento obstétrico materno perinatal, para la atención a la mujer durante el embarazo, el parto, el recién nacido y el Puerperio y la detección precoz de las complicaciones asociadas para realizar la derivación al nivel de complejidad requerido. Incluye:

- Atender a la gestante independientemente de las dificultades administrativas.
- Asegurar la atención del Parto y el puerperio por persona calificada; reconociendo que todos los embarazos están

expuestos a potenciales riesgos.

- Toda institución que atiende mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio debe disponer, conocer y utilizar de acuerdo a las guías de atención basadas en la evidencia, de insumos críticos básicos como:
 1. Antibióticos
 2. Anticonvulsivantes
 3. Antihipertensivos
 4. Oxitócicos
 5. Líquidos
 6. Hemoderivados y sustitutos
- Toda institución que atienda mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, debe asegurar previamente que tenga la capacidad para resolver complicaciones que requieran sala de cirugía y equipos quirúrgicos completos, manejo adecuado de hemorragias, procedimientos de transfusión, crisis hipertensiva y garantía de remisión oportuna y segura.
- A nivel comunitario o domiciliario ofrecer la atención de un parto limpio y seguro por personal calificado. Identificar y capacitar en alternativas no institucionales para la atención segura del parto dentro del respeto cultural. Facilitar el adecuado desarrollo de propuestas de atención obstétrica provista de forma responsable por una mayor diversidad de actores.
- Toda institución que atiende mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, debe asegurarse previamente, que tenga un sistema funcional de comunicaciones y transporte, con el que pueda responder de manera oportuna y segura cuando se presenta la emergencia obstétrica no predecible, que además no puede ser resuelta en ese nivel.



INTRODUCCIÓN

La muerte materna permite evidenciar el grado de desarrollo de los países, ya que las tasas más altas de muerte materna se encuentran en zonas pobres, deprimidas, de difícil acceso y en donde las mujeres no tienen un trato social igualitario con los hombres.

La mortalidad materna y perinatal es más elevada en los países en vías de desarrollo, lo cual es expresión de las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y evidencia las condiciones de desigualdad que afecta a la población mundial y sobre todo a las mujeres y recién nacidos; por lo tanto la mortalidad materna, no es sólo un problema de salud pública, sino también de derechos humanos y de justicia social, ya que refleja la exclusión social por razones de género, culturales y económicas entre otras.

La mortalidad materna es un indicador altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud ya que cuestiona el desarrollo de sus funciones y la posibilidad de alcanzar los objetivos de capacidad de respuesta, equidad y buena salud que plantean. Mientras los niveles de mortalidad infantil son en promedio 10 veces mayores en países en vías de desarrollo que en países desarrollados, la mortalidad materna es 100 veces más alta. Asimismo, es sensible para medir la inequidad existente por razones de ruralidad del país, la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas.

Es necesario también considerar que, para los recién nacidos, el parto representa un riesgo. Según la OMS, la mortalidad ligada al embarazo y al parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil. Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida; de estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurren en países en vías de

desarrollo (1).

Se ha generado un impulso y articulación armónica de la decisión política de los países, de diferentes sectores, la cooperación internacional, la sociedad civil para Reducir la Mortalidad Materna y Perinatal, como compromiso internacional en relación con los objetivos de desarrollo del Milenio de la Organización de Naciones Unidas. Se busca entonces mejorar el desempeño para beneficio de la población, en modo especial para las gestantes y los recién nacidos, en el marco de la equidad de género el empoderamiento, la responsabilidad y participación ciudadanas en el Que Hacer de la Salud.

Para que un sistema de atención en salud sea seguro, es necesaria la participación responsable de los diversos actores involucrados en él. Cuando ocurre un evento adverso o se presenta un incidente, no solo se genera daño al paciente, sino al personal de salud encargado de la atención, quienes sufren también las consecuencias del señalamiento de culpabilidad, sin que se analice a fondo la causa raíz de la falla, que en muchas ocasiones corresponde a un proceso del sistema de atención (2).

Cada paciente debe ser evaluado en particular y el clínico definirá si requiere de evaluación y tratamiento por parte de otros especialistas. (Guía 14, Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo).

La apropiación del sentido de corresponsabilidad que tenemos todos los actores del sector, en la prestación segura de la atención en salud. Busca que se promueva una actuación articulada, no solo de los actores involucrados directamente en la prestación, sino de otros, que como la academia y las entidades dedicadas a la investigación, las asociaciones formales de usuarios, agremiaciones de profesionales y público en general, promuevan y desarrollen en el sector ambientes seguros, libres de riesgos y sostenibles en el tiempo (4).

1. OBJETIVOS

Objetivo General

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con el tema de la atención segura del binomio madre hijo, para prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir los riesgos de dicha atención.

Objetivos Específicos

- Detectar errores o fallas en la atención del Binomio madre-hijo.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la ocurrencia de Atención Segura del Binomio Madre Hijo, en la atención del paciente.
- Conocer barreras de seguridad que favorecen la atención segura del binomio madre-hijo.
- Implementar buenas prácticas para prevenir eventos adversos y contribuir a una atención segura del Binomio Madre Hijo.

2. LAS FALLAS EN LA ATENCIÓN DEL BINOMIO MADRE - HIJO COMO EVENTOS ADVERSOS

En el mundo a diario se estima que mueren 1500 mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Para el año 2005 se calculó que a nivel mundial ocurrieron 536,000 muertes maternas. De todos estos casos, la mayoría pertenecía a los países en desarrollo, estas muertes pudieron evitarse en su mayor proporción. Cada minuto en algún lugar del mundo ocho niños mueren en el primer mes de vida, ocho en la primera semana y ocho nacen muertos (5).

En Colombia, la PreEclampsia se constituye en la principal causa de mortalidad materna con 38% de fallecimientos atribuibles a esta causa; además, se asocia con una mortalidad perinatal cinco veces mayor. Tiene una incidencia de 7% del total de mujeres embarazadas y ocasiona una tasa de mortalidad materna de 42 X 100.000 nacidos vivos, teniendo en nuestro país un curso clínico de mayor

severidad de la entidad.

Según la UNICEF, la tasa de mortalidad materna en América Latina y el Caribe es de 190 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. El país de mayor mortalidad es Haití (1000 x 100.000), el de menor es Chile (23 x 100.000), Colombia presenta una mortalidad intermedia (110 muertes por 100.000 nacidos). Para el 2007 las muertes maternas en Colombia se concentran en Bogotá con un porcentaje de 57,0, Valle del Cauca 42, y Antioquia 39 sobre un total de 536 mujeres estudiadas para ese año. La rata de mortalidad infantil según reporte de PAHO (Health information platform) para el 2005, fue de 23 por 1000 nv, reporte en menores de 1 año. La mortalidad materna en esta plataforma según la OMS se reporta de 27 para el año 2005, por 1000 nv. El Ministerio de la Protección Social, en su Plan de Reducción de la Mortalidad Materna presenta cifras de mortalidad materna de 104,9 por 100.000 nv, con diferencias importantes por departamento, por grupo étnico y por condiciones particulares como el desplazamiento forzado de la población, entre otras (3).

El DANE reportó para el año 2001 una razón de mortalidad materna de 95.3 x 100.000 nacidos vivos. Para este año se presentaron 714 muertes maternas en todo el país. En Bogotá 97 muertes, en Antioquia 67, en Valle 59, 38% de estas muertes maternas fueron a consecuencia de trastornos hipertensivos (Cali a 2009 tuvo 0 MM por este evento) relacionados con el embarazo y eclampsia.

Los dos componentes de la razón de mortalidad materna provienen de las Estadísticas vitales y constituyen la única fuente de información, aunque con frecuencia estas estadísticas tienen problemas de calidad y cobertura(3). Existen dificultades tanto en relación con la identificación de las muertes maternas como imprecisión del certificado de defunción y subregistro de los partos ocurridos en el domicilio (3); de otro lado, las dificultades en el registro obstaculizan el ajuste de las tasas y propician diferencias entre los datos emanados de distintas entidades (3); así mismo, dependiendo de la fuente empleada para establecer el número de nacidos vivos (proyecciones DANE vs. certificados de nacimiento) se producen distintos escenarios en las cifras de la



mortalidad materna.

En el análisis de la mortalidad materna para los años 1992-1996, la distribución por departamentos de Nariño, Boyacá, Caquetá, Cauca presentaban las tasas de mortalidad materna más altas. Si se analiza por subregiones, en cinco de éstas el país concentraba más del 90% de la mortalidad materna: Suroccidente Colombiano (Cauca y Nariño), Valles de los ríos Sinú, San Jorge y San Juan (Sucre y Córdoba), Magdalena Medio (Santander, Antioquia, sur del Cesar y sur de Bolívar), pie de monte llanero (Caquetá, Putumayo, Huila y Tolima) y otros municipios pertenecientes a Chocó y Boyacá (3); de las 714 muertes maternas reportadas por estadísticas vitales al DANE en 2001, nueve departamentos y un distrito aglutinan el 52% del total. Así, en Bogotá se presentan 97 muertes, en Antioquia 67, en Valle 59, en Cundinamarca 37, en Cauca 36, en Nariño 35, en Atlántico 35, en Santander 30, en Bolívar 29 y en Boyacá 25 (3) Teniendo en cuenta la distribución de la mortalidad materna en el país, si se despliegan acciones en estos departamentos se impactaría sobre el territorio responsable de la mitad de los casos.

Vale la pena resaltar que en el resto de los departamentos (48%) el primer lugar lo ocupa el Chocó, departamento que ha mantenido tasas de mortalidad materna muy altas en los últimos años.

Los Organismos Internacionales sugieren manejar el tema con números absolutos pues una muerte materna en los territorios con menos de 10.000 habitantes va a generar razones altísimas, y se invisibiliza el problema en sitios que tienen más de 100.000 nacimientos pero como tienen menos de 100 muertes, quedan con razones inferiores y allí no se muere una, se mueren más de 50 y en un 90 % son innecesarias, injustas y evitables (6). Al analizar estas estadísticas pudieran descifrarse dificultades de acceso y transporte al sistema de salud, pobreza, áreas selváticas y hasta la altitud de Nariño y Boyacá. Se desconocen estadísticas de frecuencia de preeclampsia por departamentos en el país y la repercusión de los trastornos hipertensivos del embarazo sobre estas cifras. Sin embargo, los mapas geográficos de preeclampsia siempre relacionan esta enfermedad con ingresos per cápita de la población y áreas tropicales.

Valiéndonos de la revisión sobre el tema de evento adverso en la atención del binomio madre-hijo y de la

experiencia de nuestras instituciones prestadoras de servicios de salud en la gestión de los eventos adversos en esta población, se han podido identificar las acciones inseguras más frecuentes asociadas con la aparición de eventos adversos en la atención del binomio madre-hijo, estas son:

- No atención de la gestante por problemas administrativos
- Atención del Parto y el puerperio por personal no Calificado
- Utilización inadecuada e inoportuna de insumos como: Antibióticos, Anticonvulsivantes, Antihipertensivos, Oxitócicos, Líquidos, Hemoderivados y sustitutos en la atención de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio.
- Atención de la materna en un nivel de complejidad inferior al necesitado.
- Atención de la materna sin contar con un sistema funcional de comunicaciones y transporte, con el que pueda responder de manera oportuna y segura cuando se presenta la emergencia obstétrica no predecible y que no puede ser resuelta en ese nivel
- Referencia de la paciente sin contar con aprobación del sitio de referencia; Mientras se espera la autorización se pierde tiempo y la mujer se muere, es preferible enviarla, especialmente cuando se está a más de 2 horas de camino y una vez sale en la ambulancia se sigue haciendo el contacto con la entidad de referencia. Deben tenerse disponibles las prácticas que salvan vidas en todos los sitios donde se atienden los partos. Deben estar constituidos los equipos completos, en cuanto a Recurso Humano, Infraestructura, Dotación, Insumos y dispositivos médicos, Guías Clínicas, Protocolos, disponibilidad de ayudas Diagnosticas y Medios de comunicación y transporte.
- Oportunidad inadecuada en la realización y resultado de exámenes de laboratorio para la definición de la conducta a tomar

No quiere decir que sean las únicas acciones inseguras que predispongan la aparición de escaras pero se convierten en la brújula de navegación acerca de las posibles fallas que pueden cometer las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.



3. HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRACTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO.

Sirviéndonos del modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de Londres (revisar video “Análisis Causal de eventos adversos”) y partiendo de los eventos adversos generados en la atención del binomio madre-hijo, lo primero que debe desarrollarse es la identificación de las fallas activas (acciones inseguras) del sistema que llevaron al evento adverso, partiendo de ellas, se identifican los factores contributivos que las produjeron y las barreras que fallaron.

En el capítulo anterior se listaron las acciones inseguras más frecuentes relacionadas con la atención segura del binomio madre-hijo.

Sobre estas acciones inseguras se identifican los factores determinantes para su ocurrencia y las barreras y defensas que deberán implementarse para evitar la aparición de los eventos adversos, en este caso en el binomio madre-hijo. Una vez hallados los factores contributivos que predisponen la aparición de las acciones inseguras, se identifican cuales son las fallas latentes que permiten la aparición de los factores, es decir, las decisiones gerenciales y los procesos organizacionales.

El análisis causal según el Protocolo de Londres, se aplicará a las cinco (5) primeras acciones inseguras más recurrentes en la aparición eventos adversos del binomio madre-hijo, a modo de ejemplo.

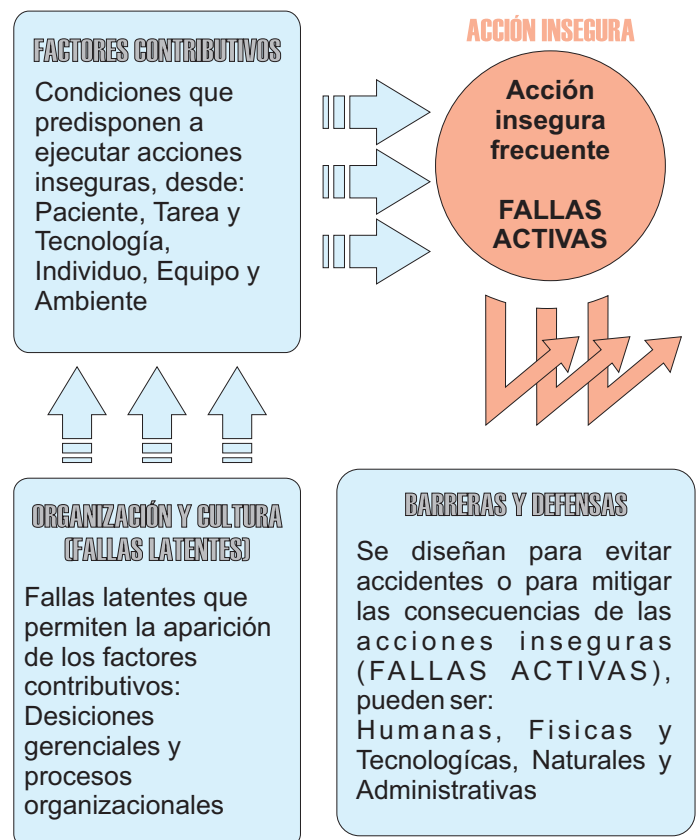
Es importante que como ejercicio didáctico, los alumnos del paquete instruccional puedan

desarrollar este análisis al resto de las causas más frecuentes señaladas o no en el presente documento, para luego poder gestionar las acciones inseguras particulares que se hayan presentado al interior de la Institución.

ESQUEMA PARA EL ANÁLISIS

Para entender mucho mejor el esquema de análisis causal desarrollado a las primeras acciones inseguras más frecuente, nos valemos de un esquema gráfico, que permita relacionar todos los elementos.

El esquema es:



ANÁLISIS CAUSAL 1

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente:

- Patología, personalidad, edad, género.
- Nivel educativo.
- Discapacidad
- Creencias religiosas.
- Problemas psicológicos.
- Las etapas de la vida.
- Estilo de vida.
- Tipo de seguridad social
- Procedencia de la paciente.
- Patrones culturales.

Tarea y Tecnología:

- Procesos de admisión
- Protocolos basados en la evidencia, aplicables en cada nivel de atención acorde a los estándares de las instituciones
- Proceso de atención en salud. Desde el inicio de la consulta hasta salir con la atención y resolución de la situación.
- No disponibilidad de historia clínica durante la trazabilidad de la atención que garantice la disponibilidad de la información de lo ocurrido durante la atención prenatal.

Individuos:

- Personal no idóneo.
- Conocimiento de las tareas, habilidades, competencias, fatiga de personal, sobrecarga de trabajo.
- Salud.
- Conocimiento de la estrategia CLAP Programa Salud materno Perinatal, seguimiento al programa y educación a la materna sobre su uso y la necesidad de cargarlo constantemente.

Equipo de trabajo:

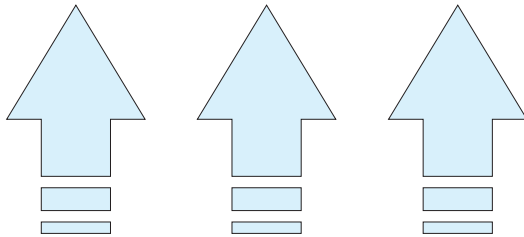
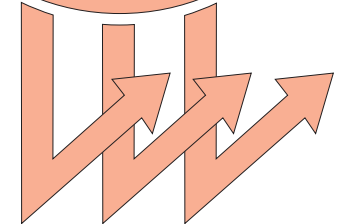
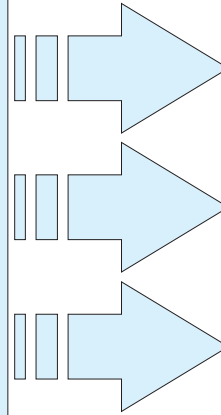
- Estructura equipo de trabajo.
- Comunicación verbal y escrita.
- Comunicación vertical y horizontal.
- Supervisión y disponibilidad de soporte técnico, humano sea familiar, comunitario o personal de salud.
- Estructura del equipo de trabajo (congruencia, consistencia, etc.).
- Entrenamiento en puesto de trabajo.
- Actualización por competencias.
- Identificación e Integración de todas las áreas de comunicación.
- Generación de sinergias.

Ambiente:

- Cantidad de personal.
- Patrón de turnos.
- Ambiente físico (luz, ruido, espacios).

ACCIÓN INSEGURA

NO ATENCIÓN DE LA GESTANTE POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS



ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.
- Falta de programas especiales de Detección temprana de Embarazos de alto riesgo.
- Deficit de programas de seguimiento especiales para este tipo de población. Con características de calidad especiales, de acuerdo a necesidades y expresiones de los profesionales. Lo contempla la gerencia del riesgo en el sistema y la 412 de 2000 (3384)
- Deficit de programas de capacitación y actualización (entrenamiento en Dx precoz y atención oportuna a la Complicación Obstétrica)
- Políticas de articulación y coordinación de programas materno – perinatal con Aseguradores y otras IPS (Establecimiento de Redes de atención materna)
- Políticas de admisión de pacientes (Atender primero cobrar después).

BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

- Procesos de validación de derechos
- Identificación de la afiliación al sistema de seguridad social de la gestante.
- Identificación de signos de alarma.
- Aplicar listas de chequeo, protocolos, manuales, instructivos y realizar gestión documental.
- Medición del Programa de promoción y Prevención a través del reporte en historia clínica, de la educación realizada.

Físicas:

- Mantener bases de datos de afiliados actualizada. La orden debe ser que se atiende y a quien corresponda en la institución realice el trámite para cobrarla al C Sub o a la DTS.
- Identificar completa y correctamente a la mujer, con riesgo.
- Promover la presencia del compañero o algún familiar en el control Prenatal.
- Formación de alianzas, redes y la intersectorialidad.
- Promover la búsqueda por parte del individuo de información acerca de su salud, a través de medios de comunicación masivos, comunicación telefónica, Internet. Medios escritos periódicos, libros, revistas.

Naturales:

- Bases de datos de afiliados de fácil consulta.
- Generar espacios naturales de comunicación, proceso cognitivo.

Administrativas:

- Crear una cultura de Seguridad.
- Personal suficiente y entrenado.
- Disponer de personal como orientadores de servicio.
- Capacitación sobre comunicación Clínica.
- Prevención secundaria (detección precoz mediante cribajes (filtros) el médico de familia basa generalmente sus actuaciones en dos ejes principales:
- Priorización de la indicación de las medidas preventivas.
- La priorización en razón del perfil de riesgo, balance entre los beneficios y los problemas que pueden causar las actividades preventivas y de promoción de la salud.



ANÁLISIS CAUSAL 2

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente:

- Patología, personalidad, edad, genero, nombre.
- Discapacidades
- Creencias religiosas.
- Problemas psicológicos.

Equipo de trabajo:

- Estructura equipo de trabajo.
- comunicación verbal y escrita.
- Comunicación vertical y horizontal.
- Supervisión y disponibilidad de soporte técnico, humano sea familiar, comunitario o personal de salud.
- Estructura del equipo de trabajo (congruencia, consistencia, etc).
- Entrenamiento en puesto de trabajo.
- Actualización por competencias.
- Identificación e Integración de todos las áreas de comunicación.
- Generación de sinergias.

Ambiente:

- Cantidad de personal.
- Patrón de turnos.
- Ambiente físico (luz, ruido, espacios).
- Contar con insumos críticos básicos, para la atención de la materna.

Tarea y Tecnología:

- Adherencia de personal a protocolos, Guías de Práctica Clínica, Adherencia al Control prenatal temprano.
- Proceso de atención en salud. Desde el inicio de la consulta hasta salir con la atención y resolución de la situación.
- Modelo de seguimiento a la tarea y acciones que el paciente debe aprender para cuidar su salud.
- Diseño de la tarea y generación de acciones comunitarias y conformación de redes para asegurar la realización del tratamiento.
- Claridad de las acciones del control prenatal, Normas y Guías Clínicas de Min. Protección Social. (Dicen los expertos que si al menos se cumpliera con lo establecido en la <resolución 412 de 2000? Este país tuviera la mitad de las muertes maternas y perinatales que tiene)
- Claridad de la estructura terapéutica.
- Disponibilidad, confiabilidad y oportunidad de las pruebas diagnósticas.
- Ayudas para la toma de decisiones. Seguimiento ficha CLAP a través de carnet materno perinatal.

Individuos:

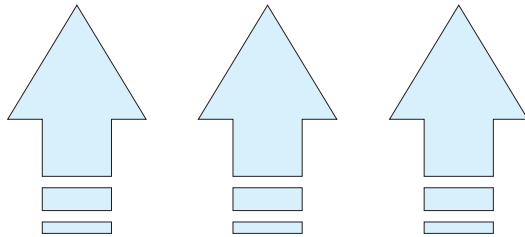
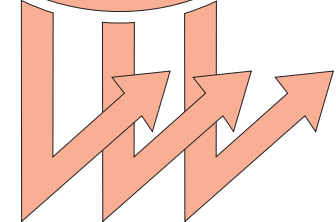
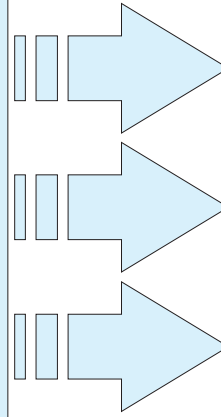
- Personal no idóneo.
- Salud.
- Conocimiento de las tareas, habilidades, competencias, fatiga de personal, sobrecarga de trabajo.
- Conocimiento por parte del personal de las tareas y estrategias de seguimiento individual y comunitario para lograr las estrategias de tratamiento.

ACCIÓN INSEGURA

ATENCIÓN DEL PARTO Y EL PUERPERIO POR PERSONAL NO CALIFICADO Y SIN ENTORNO HABILITANTE

(Entorno habilitante incluye contar con los insumos críticos y adecuados sistemas de referencia y contrarreferencia; incluye transporte aéreo helicoportado para zonas de difícil acceso..)

No diligenciamiento del partograma.



ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas poco claras para la elaboración de protocolos y guías de atención, lo que facilita la ejecución de las estrategias para la atención del binomio materno-perinatal.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.
- Falta de programas especiales de Detección temprana de Embarazos de alto riesgo y referencia de las pacientes en su continuo vital de parto a institución especializada.
- Falta de programas de seguimiento especiales para este tipo de población. Con características de calidad especiales, de acuerdo a necesidades y expresiones de los profesionales.
- Políticas institucionales definiendo los tipos de procedimientos para promover el autocuidado, del binomio materno-perinatal. P y P. Pautas de crianza, Educación en Lactancia materna, Promover buena relación diádica.
- Políticas de Alimentación complementaria.
- Políticas de articulación y coordinación de programas materno – perinatal con Aseguradores y otras IPS
- Políticas institucionales definiendo los perfiles de los profesionales que atenderán el programa materno – fetal.

BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

- Identificación de signos de alarma.
- Aplicar listas de chequeo, Protocolos, Manuales, Instructivos y realizar gestión documental.
- Medición del Programa de promoción y Prevención a través del reporte en historia clínica, de la educación realizada.
- Lista de chequeo para verificar idoneidad del personal.

Físicas:

- Identificar completa y correctamente a la mujer, con riesgo
- Promover la presencia del compañero o algún familiar en el control Prenatal.
- Formación de alianzas, redes y la inter-sectorialidad.
- Promover la búsqueda por -parte del individuo de información acerca de su salud, a través de medios de comunicación masivos, comunicación telefónica, Internet. Medios escritos periódicos, libros, revistas.
- La educación de los consumidores acerca de cómo ganar acceso a los sistemas de salud pública y de cuidado de la salud.
- Entrenar en resolución de problemas. Actuación compartida y coordinada con el equipo de salud.
- Procesos Asistenciales integrados.

Administrativas:

- Crear una cultura de Seguridad.
- Proceso de selección de personal idóneo
- Personal suficiente y entrenado.
- Capacitación sobre comunicación Clínica.
- Prevención secundaria (detección precoz mediante cribajes (filtros)) el médico de familia basa generalmente sus actuaciones en dos ejes principales:
- Priorización de la indicación de las medidas preventivas.

Naturales:

- Generar espacios naturales de comunicación, proceso cognitivo.
- Circularidad de la Comunicación. Trabajo comunitario y en redes.
- Información y Comunicación.



ANÁLISIS CAUSAL 3

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente:

- > Patología, personalidad, edad, género, nombre.
- > Discapacidades.
- > Creencias religiosas.
- > Problemas psicológicos.

Tarea y Tecnología:

- > Protocolos basados en la evidencia.
- > Adherencia de personal a protocolos, Guías de Práctica Clínica, Adherencia al Control prenatal temprano.
- > Proceso de atención en salud. Desde el inicio de la consulta hasta salir con la atención y resolución de la situación.
- > Diseño de la tarea y generación de acciones comunitarias y conformación de redes para asegurar la realización del tratamiento.
- > Claridad de la estructura terapéutica.
- > No disponibilidad de insumos.

Individuos:

- > Personal no idóneo.
- > Conocimiento de las tareas, habilidades, competencias, fatiga de personal, sobrecarga de trabajo.
- > Conocimiento por parte del personal de las tareas y estrategias de seguimiento individual y comunitario para lograr las estrategias de tratamiento.
- > Salud.

Equipo de trabajo:

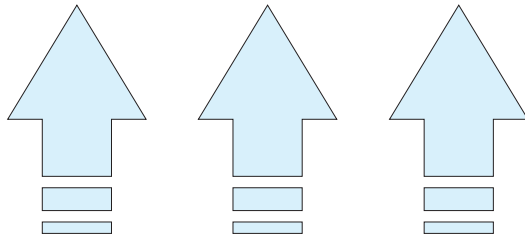
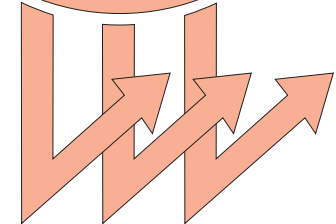
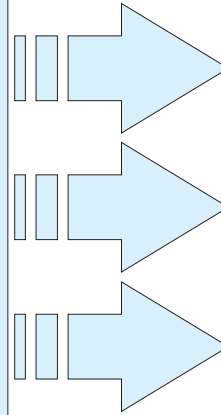
- > Estructura equipo de trabajo.
- > Comunicación verbal y escrita.
- > Comunicación vertical y horizontal.
- > Supervisión y disponibilidad de soporte técnico, humano sea familiar, comunitario o personal de salud.
- > Estructura del equipo de trabajo (congruencia, consistencia, etc).
- > Entrenamiento en puesto de trabajo.
- > Actualización por competencias.
- > Identificación e Integración de todas las áreas de comunicación.
- > Generación de sinergias.
- > Coordinación entre los comités de farmacia y de compras

Ambiente:

- > Cantidad de personal.
- > Patrón de turnos.
- > Ambiente físico (luz, ruido, espacios).
- > Contar con insumos críticos básicos, para la atención de la materna.
- > Sistemas de comunicación
- > Medios de transporte

ACCIÓN INSEGURA

UTILIZACIÓN INADECUADA DE INSUMOS COMO: ANTIBIÓTICOS, ANTICONVULSIVANTES, ANTIHIPERTENSIVO, OXITÓCICOS, LÍQUIDOS, HEMODERIVADOS Y SUSTITUTOS EN LA ATENCIÓN DE LAS MUJERES DURANTE LA GESTACIÓN, EL PARTO Y EL PUERPERIO



ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- > Políticas para la elaboración de protocolos y guías de atención, lo que facilita la ejecución de las estrategias para la atención del binomio materno perinatal.
- > Deficiencia de programas de inducción y reintroducción a personal temporal y flotante.
- > No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos
- > Falta de programas especiales de Detección temprana de Embarazos de alto riesgo y referencia de las pacientes en su continuo vital de parto a institución especializada.
- > Falta de programas de seguimiento especiales para este tipo de población. Con características de calidad especiales, de acuerdo a necesidades y expresiones de los profesionales.
- > Políticas institucionales definiendo los tipos de procedimientos para promover el autocuidado, del binomio materno-perinatal. P y P. Pautas de crianza, Educación en Lactancia materna, Promover buena relación diádica.
- > Políticas de Alimentación complementaria.
- > Políticas de articulación y coordinación de programas materno – perinatal con Aseguradores y otras IPS
- > Políticas institucionales definiendo los perfiles de los profesionales que atenderán el programa materno – fetal.
- > Políticas para la compra de insumos y medicamentos

BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

- > Aplicar listas de chequeo, Protocolos, Manuales, Instructivos y realizar gestión documental.
- > Medición del Programa de promoción y Prevención a través del reporte en historia clínica, de la educación realizada.
- > Lista de chequeo para medicamentos

Físicas:

- > Identificar completa y correctamente a la mujer, con riesgo
- > Promover la presencia del compañero o algún familiar en el control
- > Prenatal.
- > Formación de alianzas, redes y la intersectorialidad.
- > Promover la búsqueda por parte del individuo de información acerca de su salud, a través de medios de comunicación masivos, comunicación telefónica, Internet. Medios escritos periódicos, libros, revistas.
- > La educación de los consumidores acerca de cómo ganar acceso a los sistemas de salud pública y de cuidado de la salud.
- > Entrenar en resolución de problemas. Actuación compartida y coordinada con el equipo de salud.
- > Procesos Asistenciales integrados.
- > Acceso a medicamentos e insumos.

Naturales:

- > Generar espacios naturales de comunicación, proceso cognitivo.
- > Circularidad de la Comunicación. Trabajo comunitario y en redes.
- > Información y Comunicación.
- > Comportamiento humano: Conocimiento. Niveles de Conocimiento de Bloom:
 1. Información, Comprensión, Aplicación, Análisis, Síntesis, Evaluación.
 2. Habilidad.
 3. Actitudes

Administrativas:

- > Crear una cultura de Seguridad.
- > Personal suficiente y entrenado.
- > Capacitación sobre comunicación Clínica.
- > Prevención secundaria (detección precoz mediante cribajes (filtros)) el médico de familia basa generalmente sus actuaciones en dos ejes principales:
 - > Priorización de la indicación de las medidas preventivas
 - > Ubicación de la farmacia.



ANÁLISIS CAUSAL 4

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente:

- Patología, personalidad, edad, genero, nombre.
- Discapacidades.
- Creencias religiosas.
- Problemas psicológicos.
- Hábitos de alimentación.

Tarea y Tecnología:

- Protocolos basados en la evidencia.
- Adherencia de personal a protocolos, Guías de Práctica Clínica, Adherencia al Control prenatal temprano.
- Claridad en el flujograma de remisión de gestantes
- Subestimación del riesgo

Individuos:

- Personal no idóneo.
- Conocimiento de las tareas, habilidades, competencias, fatiga de personal, sobrecarga de trabajo.
- Desconocimiento por parte del personal de las tareas y estrategias de seguimiento individual y comunitario para lograr las estrategias de tratamiento.
- Salud.

Equipo de trabajo:

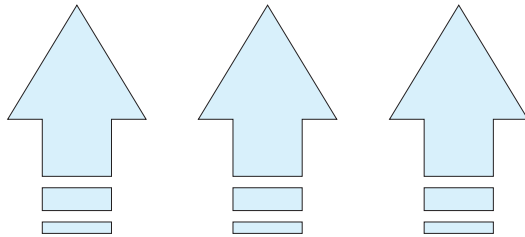
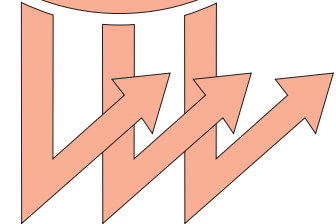
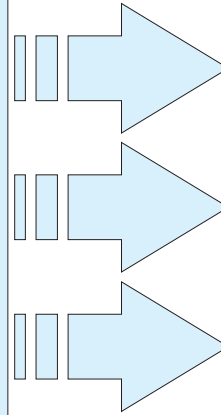
- Estructura equipo de trabajo.
- Comunicación verbal y escrita.
- Comunicación vertical y horizontal.
- Supervisión y disponibilidad de soporte técnico, humano sea familiar, comunitario o personal de salud.
- Estructura del equipo de trabajo (congruencia, consistencia, etc).
- Entrenamiento en puesto de trabajo.
- Actualización por competencias.
- Identificación e Integración de todas las áreas de comunicación.
- Generación de sinergias.

Ambiente:

- Cantidad de personal.
- Patrón de turnos.
- Clima organizacional
- Ambiente físico (luz, ruido, espacios).
- Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos.
- Mantenimiento de infraestructura.
- Soporte administrativo y gerencial.
- Sistemas de comunicación
- Medios de transporte

ACCIÓN INSEGURA

ATENCIÓN DE LA MATERNA EN UN NIVEL DE COMPLEJIDAD INFERIOR AL NECESITADO



ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas poco claras para la elaboración de protocolos y guías de atención, lo que facilita la ejecución de las estrategias para la atención del binomio materno-perinatal.
- Falta de programas especiales de Detección temprana de Embarazos de alto riesgo y referencia de las pacientes en su continuo vital de parto a institución especializada.
- Falta de programas de seguimiento especiales para este tipo de población. Con características de calidad especiales, de acuerdo a necesidades y expresiones de los profesionales.
- Ambiente laboral adecuado.
- Políticas poco claras de articulación y coordinación de programas materno – perinatal con Aseguradores y otras IPS
- Políticas institucionales poco claras para definir los perfiles de los profesionales que atenderán el programa materno – fetal.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.

BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

- Identificación de signos de alarma.
- Aplicar listas de chequeo, protocolos, manuales, instructivos y realizar gestión documental
- Lista de IPS de referencia actualizada.

Naturales:

- Distancia de las IPS de mayor complejidad para la referencia de pacientes

Administrativas:

- Crear una cultura de Seguridad.
- Personal suficiente y entrenado.
- Supervisión del proceso de referencia de paciente
- Sistema de referencia de pacientes.

Físicas:

- Identificar completa y correctamente a la mujer, con riesgo
- Identificar los centros de remisión de gestantes y neonatos
- Lista de IPS con números telefónicos
- Medios de transporte
- Procesos Asistenciales integrados.



ANÁLISIS CAUSAL 5

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente:

- Patología, personalidad, edad, genero, nombre.
- Discapacidades.
- Creencias religiosas.
- Problemas psicológicos.

Tarea y Tecnología:

- Protocolos basados en la evidencia.
- Adherencia de personal a protocolos, guías de práctica clínica, adherencia al control prenatal temprano.
- Proceso de atención en salud.

Equipo de trabajo:

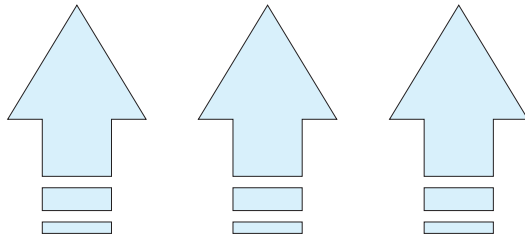
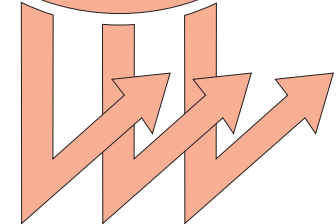
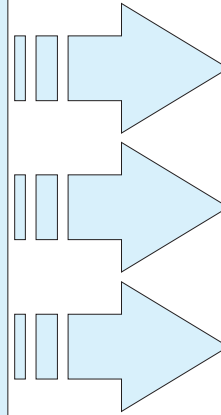
- Estructura equipo de trabajo.
- Comunicación vertical y horizontal.
- Supervisión y disponibilidad de soporte técnico, humano sea familiar, comunitario o personal de salud.
- Estructura del equipo de trabajo (congruencia, consistencia, etc).
- Entrenamiento en puesto de trabajo..

Ambiente:

- Cantidad de personal.
- Patrón de turnos.
- Ambiente físico (luz, ruido, espacios)..
- Contar con insumos críticos básicos, para la atención de la materna.
- Sistemas de comunicación
- Medios de transporte

ACCIÓN INSEGURA

ATENCIÓN DE LA MATERNA SIN CONTAR CON UN SISTEMA FUNCIONAL DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTE, CON EL QUE PUEDA RESPONDER DE MANERA OPORTUNA Y SEGURA CUANDO SE PRESENTA LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA NO PREDECIBLE Y QUE NO PUEDE SER RESUELTA EN ESE NIVEL



ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas para la elaboración de protocolos y guías de atención, lo que facilita la ejecución de las estrategias para la atención del binomio materno-perinatal, en el continuo vital parto.
- Políticas de articulación y coordinación de programas materno – perinatal con Aseguradores y otras IPS
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.

BARRERAS Y DEFENSAS

Físicas:

- Identificar completa y correctamente a la mujer, con riesgo
- Identificar los centros de remisión de gestantes y neonatos
- Lista de IPS con números telefónicos
- Medios de transporte
- Procesos Asistenciales integrados.

Administrativas:

- Crear una cultura de Seguridad.
- Personal suficiente y entrenado.
- Sistema de referencia de pacientes

Naturales:

Distancia de las IPS de mayor complejidad para la referencia de pacientes



4. RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

Según las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes identificados, se recomienda implantar las siguientes acciones, las cuales dependerán de las características particulares de cada institución:

- Definir Políticas institucionales donde se establezca los requisitos que deben cumplir los profesionales para la atención del binomio madre – hijo, desde la etapa preconcepcional, prenatal, parto y postparto.
- Definir políticas institucionales sobre qué tipo de procedimientos en la atención del parto, requiere la presencia de ayudante quirúrgico y cuáles serían los requisitos mínimos que debe cumplir éste.
- Definir políticas institucionales de coordinación con los Aseguradores y otras IPS de diferente nivel para garantizar la remisión de los pacientes.
- Atender oportuna e integralmente al recién nacido desde la sala de partos.
- Identificar al recién nacido de alto riesgo
- Conocer y aplicar los principales protocolos de manejo en neonatología
- Aplicar los criterios clínicos para el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales
- Asegurar un traslado óptimo a otra unidad
- Normas de seguridad institucional
- Verificar con lista de chequeo si se dispone de los insumos necesarios para el manejo inicial de las emergencias obstétricas (kits para el manejo de la emergencia obstétrica)
- Verificar con lista de chequeo que se cuenta con todos los insumos y dispositivos necesarios para la atención del parto.
- Elaborar partograma a toda materna en trabajo o labor de parto
- Transmisión efectiva de la información dentro del equipo de cirugía
- Lista de chequeo por parte del Anestesiólogo con el fin de verificar el funcionamiento de todos los equipos de anestesia y la presencia de los insumos necesarios, así como corroborar el paciente correcto y la técnica de anestesia correcta.
- Lista de chequeo quirúrgica antes, durante y después de los procedimientos quirúrgicos (lista quirúrgica de la OMS)
- Lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para

equipos médicos y de enfermería, según estado.

Es importante entender que como problema de Salud Pública, la muerte perinatal debe ser abordada desde una perspectiva mas amplia que la hospitalaria, por lo tanto se debe asegurar el acceso a los servicios de salud del Binomio Materno Perinatal, durante el embarazo, parto, recién nacido y Puerperio (7), se propone para ello trabajar con el “Continuo de Atención” (ver anexo) para brindar una Atención Segura.

Con base en esta renovación la **Atención Primaria en Salud (APS)** se define como (13) una...“atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y a las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla.... La APS forma parte integral del sistema de salud de un país, así como del desarrollo económico y social de la comunidad... acercando la atención en salud, tanto como sea posible, al lugar donde la gente vive y trabaja, y constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de atención en salud.”

5. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN

Algunos indicadores en el Nivel de Monitoria de la Institución para hacer el seguimiento de las actividades que se implementen en los procesos para reducir la frecuencia de caídas pueden ser:

➤ **Razón de Mortalidad Perinatal**

Recuerde, que en todo proceso de monitorización en implementación de indicadores de control, se debe explicitar el periodo al que hace referencia la medición.

En los anexos del paquete “La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente”, encontrará la ficha técnica de los indicadores enunciados.



6. PRÁCTICAS EXITOSAS

La atención segura del binomio Madre Hijo es una obligación de seguridad compartida por el equipo multidisciplinario de salud.

Cuando se aplican de manera correcta las buenas prácticas de seguridad del paciente se obtienen resultados. A continuación algunos ejemplos:

PRÁCTICA 1.

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN Y CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES ESENCIALES (ProCONE)

Guatemala, San Marcos

Antecedentes:

El uso del partograma durante el trabajo de parto puede prevenir el sufrimiento y la muerte. El partograma es una herramienta en que se registra el progreso del trabajo de parto, especialmente la velocidad de la dilatación cervical, pero también la frecuencia cardíaca fetal, el moldeamiento y descenso de la cabeza fetal, las contracciones, las características del líquido amniótico y los signos vitales de la parturienta. Después de probarlo en estudios multicéntricos en el sureste asiático involucrando a 35,484 mujeres con resultados positivos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda su uso en todas las maternidades, tanto en las que tienen capacidad de manejar complicaciones como en aquellas que no la tienen, pero que pueden referir a las mujeres con complicaciones a servicios con mayor capacidad resolutive.

El partograma diferencia entre la fase latente del trabajo de parto (dilatación lenta de hasta 2cm) y la fase activa, durante la cual el cervix se dilata a por lo menos 1 cm por hora hasta alcanzar la dilatación completa de 10 cm. Así el partograma es capaz de diferenciar claramente el progreso normal del

progreso anormal del trabajo de parto e identificar a aquellas mujeres que muy probablemente requieren intervención. De esta forma, los proveedores pueden incrementar el trabajo de parto con la administración de oxitocina (hormona que contrae el útero) o, en casos extremos de trabajo de parto prolongado u obstruido, practicar una cesárea.

Por otro lado, la hemorragia posparto es la principal causa de mortalidad materna en todo el mundo y en Guatemala constituye el 53% del total de las muertes maternas¹, siendo su causa más común la atonía uterina. Se ha demostrado que el **Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP)** disminuye la hemorragia puerperal por atonía uterina en 60%, disminuye la incidencia de las pérdidas de sangre de un litro o más en el puerperio, la necesidad de transfusiones sanguíneas costosas y peligrosas y previene las complicaciones relacionadas con la hemorragia posparto.

El MATEP consiste en una serie de intervenciones orientadas a acelerar la expulsión de la placenta y prevenir la hemorragia posparto evitando la atonía uterina. Estas intervenciones consisten en:

- 1). La administración de 10 UI de oxitocina por vía intramuscular después del parto para prevenir la atonía uterina
- 2). Después de pinzar y cortar el cordón umbilical, la expulsión de la placenta aplicando simultáneamente tracción controlada del cordón y contracción del útero con la otra mano colocada justo encima del hueso púbico de la madre.
- 3). Masaje uterino a través del abdomen inmediatamente después de la expulsión de la placenta y cada 15 minutos durante las siguientes dos horas.

El MATEP puede realizarse junto con el contacto

piel a piel con la madre, el pinzamiento del cordón en el momento óptimo y el comienzo temprano de la lactancia materna. Después del nacimiento y antes del MATEP, se seca al recién nacido con un paño seco y limpio y se coloca en posición prona sobre el abdomen de su madre cubierto con una frazada o trapo tibio y seco para evitar la pérdida de calor. El pinzamiento del cordón se hace cuando la circulación placentaria fetal cesa y el cordón deja de latir (aproximadamente 3 minutos o más después del nacimiento).

Práctica:

Dos Centros de Atención de Permanente (CAP), un Centro de Atención Integrada Materno Infantil (CAIMI) con atención de partos y dos hospitales de San Marcos introdujeron y monitorearon el uso de partograma en la atención de los partos; además implementaron el MATEP y revisaron los registros de su aplicación en la atención de los partos ocurridos, a través de los registros médicos.

Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC) en estos servicios revisaron los partogramas de los partos ocurridos para verificar su correcto llenado y la toma de decisiones con base en ellos; además de verificar la implementación del MATEP.

Resultados:

Las principales deficiencias encontradas inicialmente por los EMCC fueron:

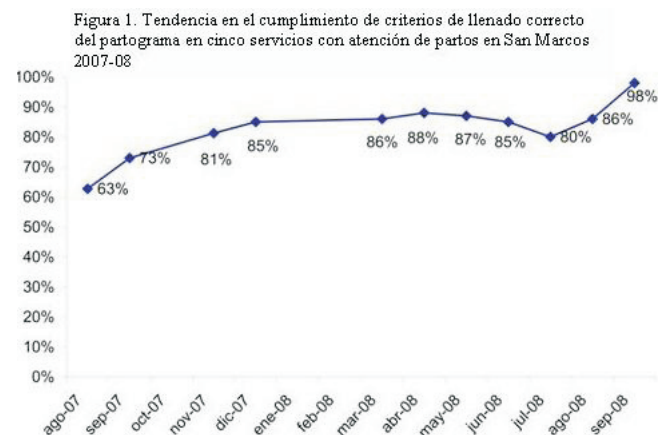
- El personal no sabía cómo llenar el partograma, lo llenaba inadecuado o incompletamente
- Por no ser utilizado regularmente, el abastecimiento de partogramas era deficiente
- El abastecimiento de partogramas era deficiente
- Las principales deficiencias en la aplicación del MATEP fueron la variabilidad o falta de

estandarización en la atención del parto en cada servicio y por distintos profesionales dentro del mismo servicio.

- La realización de MATEP no se registraba y, por lo tanto, no se podía revisar. Finalmente, los servicios carecían de oxitocina en forma regular.

En cuanto al partograma, en primer lugar los servicios se abastecieron de hojas de partograma, se capacitó al personal en el adecuado llenado del mismo, se colocó un afiche gigante del partograma en la sala de labor y partos gráfica, y se normó internamente la obligación de adjuntar el partograma a la ficha clínica de la paciente.

Una vez desarrolladas estas actividades, pudieron evidenciarse unos resultados significativos en la utilización y seguimiento del partograma, la siguiente gráfica, ilustra de manera contundente los niveles de desempeño.

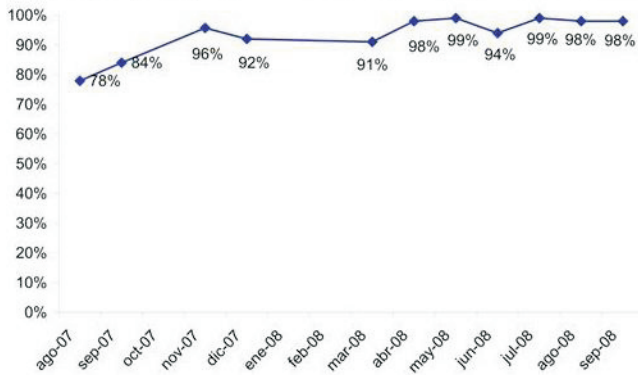


Y en cuanto a la implementación del MATEP, los EMCC de San Marcos capacitaban a todo el personal en la aplicación del MATEP, crearon un sello que estampaban a un lado del partograma para el registro de su aplicación y el comité de farmacia del área de Salud se comprometió a abastecerlos servicios con oxitocina. Los resultados de estos



cambios se presentan en la figura 2 y muestran el porcentaje de cumplimiento del MATEP, con evidente mejora.

Figura 2. Tendencia en el cumplimiento de criterios del manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) en cinco servicios con atención de partos en San Marcos



7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

PARTO: Es la expulsión de un feto vivo o muerto y sus anexos. En condiciones normales el parto acontece cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo.

SINERGIA: La sinergia es la integración de elementos que da como resultado algo más grande que la simple suma de éstos, es decir, cuando dos o más elementos se unen sinérgicamente crean un resultado que aprovecha y maximiza las cualidades de cada uno de los elementos.

ATONIA UTERINA: Se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero y un consecuente retraso en la involución del útero. La atonía uterina puede también ser originada por retención de un resto placentario o una infección. Por lo general, las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina. Por lo tanto, una carencia de contracciones uterinas posparto pueden causar una hemorragia obstétrica. Clínicamente, entre 75-80% de las hemorragias posparto son causadas por atonía uterina.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1). Ministerio de Salud Perú. PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL 2009 - 2015. <http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bits/tream/123456789/4456/1/BVCI0004568.pdf>.
- (2). SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA 2009. POLITICA DEPARTAMENTAL DE SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE DE LA SECRETARIA DE SALUD DEBOYACA. http://www.boyaca.gov.co/recursos_user/docume





ntos/editores/56/Prestacion/POLITICA_DEPARTAMENTAL.pdf.

(3). PLAN DE REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, REPÚBLICA DE COLOMBIA, 2001.

http://www.minproteccionsocial.gov.co/pars/cajaherram/documentos/Biblioteca/ninosymadrescuentan/plan_reduccion_mortalidad_materna.pdf.

(4). Díaz AG. EMBARAZO DE ALTO RIESGO. CLAP

0900. http://www.clap.opsoms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%200900.pdf

(5). BIA. Boletín Información para la Acción. Dirección Seccional de Antioquia. Dirección de Salud Pública. INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA DEL PARTO "PARTOGRAMA" DEL CLAP OPS/OMS. Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS – Universidad de Antioquia convenio CI-295-2004-DSSA-U de A. 2005.

<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/bia.pdf>

(6). FORMAS DE CUIDADO DURANTE EL EMBARZO Y EL PARTO, Diciembre 2001. http://www.clap.opsoms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/BOLETIN19.pdf.

(7). TECNOLOGIAS PERINATALES, OPS, OMS PUBLICACION CIENTIFICA CLAP 1255, 1992. EL ENFOQUE DE RIESGO Y LA ATENCION MATERNO INFANTIL. http://www.clap.opsoms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201255.pdf.

(8). Fescina R. Jefe de Unidad - Director del CLAP/SMR - OPS/OMS et al. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Guías para el CONTINUO DE ATENCION de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS.

<http://perinatal.bvsalud.org/pdf/continuocap1.pdf>.

(9). Salud reproductiva Modelo PDF. <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ciclovital/saludreproductiva.pdf>.

(10). Faundez Melendez A. ESTUDIO DE CASO 15 GENERO, SALUD Y POLITICAS PUBLICAS DEL BINOMIO MADRE HIJO A LA MUJER INTEGRAL. Octubre 1997.

<http://www.dii.uchile.cl/~webmgpp/estudiosCaso/CASO15.pdf>. . Castro, René. Entrevista realizada el 13 de agosto de 1996. P. 30-31.

(11). AVERTING MATERNAL DEATH AND DISABILITY (AMDD) HEILBRUNN DEPARTMENT OF POPULATION AND FAMILY HEALTH, MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, COLUMBIA UNIVERSITY 60 HAVEN AVENUE, B-3, NEW YORK, NY 10032. FAX: (212) 544-1933 WEBSITE: [HTTP://WWW.AMDD.HS.COLUMBIA.EDU](http://WWW.AMDD.HS.COLUMBIA.EDU). <http://www.amddprogram.org/>.

(12). Bailey P., Fortney J., Freedman L., et al. MEJORA DE LA ATENCION OBSTETRICA DE EMERGENCIA MEDIANTE LA AUDITORIA BASADA EN CRITERIOS.

<http://www.amddprogram.org/resources/CriterionBased%20AuditSP.pdf>.

(13). Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Bibliografía de Profundización

BIBLIOGRAFÍA:

John Hopkins, Ginecología y Obstetricia, 1a ed., 2005; 606 páginas
20.5 ISBN 84-7101-455-6, Marbán / Gonvill

Azziz, Ginecología y Obstetricia. Casos,





preguntas y respuestas, 1a. ed., 2008; 290 páginas 21, ISBN 978-970-10-6395-8, McGraw-Hill

Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, Ginecología y Obstetricia, 1a ed., 2008; 704 páginas

Federación Nacional de Neonatología de México, A.C., Neonatología, 3a. ed., 2009

GORBEA ROBLES, M C, MANEJO INTEGRAL DEL BINOMIO MADRE-HIJO C..., Editor: MANUAL MODERNO, Género: Enfermedades infecciosas. Epidemiología

UNFPA División de Apoyo Técnico Subdivisión de Salud Reproductiva Daily News Building 220 East 42nd Street New York, NY 10017 Estados Unidos de América Teléfono: (212) 297-5232 – (4122) 9178574 Facsímil: (212) 297-4915. Correo electrónico: fauveau@unfpa.orgwww.unfpa.org

CIBERGRAFÍA:

Paz E. LOS DETERMINANTES DEL A MORTALIDAD MATERNA EN MEJICO Y AMERICA CENTRAL HACIA UN ENFOQUE MULTISECTORIAL. <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/EnriquePazRevitizacionAPSreducirDisparidades.pdf>.

SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA 2009. POLITICA DEPARTAMENTAL DE SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE DE LA SECRETARIA DE SALUD DEBOYACA. http://www.boyaca.gov.co/recursos_user/documentos/editores/56/Prestacion/POLITICA_DEPARTAMENTALA.pdf.

Charpak N. Figueroa Z. EL METODO MADRE CANGURO . http://www.holistika.net/parto_natural/el_bebe/EL_ME_TODO__MADRE_CANGURO_.asp.

Herrera .J. Md. EVALUACION DEL RIESGO OBSTETRICO EN EL CUIDADO PRENATAL. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33No1/pren>

atal.htm.

Ministerio de Salud Perú. PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL 2009 - 2015. <http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/4456/1/BVCI0004568.pdf>.-

Fescina R. Jefe de Unidad - Director del CLAP/SMR - OPS/OMS et al. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Guías para el CONTINUO DE ATENCION de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS. <http://perinatal.bvsalud.org/pdf/continuocap1.pdf>.

Diaz AG. EMBARAZO DE ALTO RIESGO. CLAP 0900. http://www.clap.opsoms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%200900.pdf.

SALUD PERINATAL. MONTEVIDEO URUGUAY. VOL2 NO. 6 , 1986. http://www.clap.opsoms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/BOLETIN%2006.pdf

BIA. Boletín Información para la Acción. Dirección Seccional de Antioquia. Dirección de Salud Publica. INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA DEL PARTO "PARTOGRAMA" DEL CLAP OPS/OMS. Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS – Universidad de Antioquia convenio CI-295-2004-DSSA-U de A. 2005. <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/bia.pdf>

Reynes M. Jose.FORO PEDIATRICO PARA EVITAR MALA PRACTICA EN NEONATOLOGIA. <http://www.amp.org.mx/foro-pediatrico/tomo3-oct-dic.htm>.

ATENCION DEL PARTO DE RIESGO TOMO IV. PROPUESTA NORMATIVA PERINATAL, 1998. <http://www.msal.gov.ar/html/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/05-Parto%20de%20r.pdf>.

BARCIA C. MODELO DE ATENCION INTEGRAL Y





HUMANIZADA EN SALUD.

<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ciclovital/saludreproductiva.pdf>.

FORMAS DE CUIDADO DURANTE EL EMBARZO Y EL PARTO, Diciembre 2001.

http://www.clap.opsoms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDA%20DES/BOLETIN19.pdf.

TECNOLOGIAS PERINATALES, OPS, OMS
PUBLICACION CIENTIFICA CLAP 1255, 1992. EL ENFOQUE DE RIESGO Y LA ATENCION MATERNO INFANTIL. http://www.clap.opsoms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDA%20DEL%20CLAP/CLAP%201255.pdf.

AMBIENTE Y EMBARAZO. TU OTRO MEDICO.COM.

http://www.tuotromedico.com/temas/ambiente_y_embrazo.htm.

Faúndez A. GENERO SALUD Y POLITICAS PUBLICAS DEL BINOMIO MADRE HIJO A LA MUJER INTEGRAL.

<http://www.dii.uchile.cl/~webmgpp/estudiosCaso/CASO15.pdf>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN CON COLOMBIA 2006-2010. 21 de NOVIEMBRE 2006.

<http://www.paho.org/spanish/d/csu/ECPCOL-2006.pdf>.

TAGS: HEALTH INDICATORS | SOURCE: HEALTH INDICATORS DATABASE, 2009. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO).

[HTTP://WWW.PAHO.ORG](http://WWW.PAHO.ORG)

POWERED BY PAHO HEALTH INTELLIGENCE PLATFORM (PHIP)

http://ais.paho.org/hip/viz/cip_maternalandinfantmortality.asp.

Mesa LH, Castañeda H. PROPUESTAS PARA PROTEGER BINOMIO DE MADRE E HIJO.

<http://www.periodicoelpulso.com/html/nov02/general/general-02.htm>.

LOMUTO C. DUVERGES C. IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR SU ROBO DE LAS MATERNIDADES. <http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sard%C3%A1/95>





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GUÍA DE LA SESIÓN EDUCATIVA



GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO

La presente guía contiene las recomendaciones pedagógicas necesarias para abordar la temática acerca de **“Garantizar la atención segura del binomio madre hijo”** en los pacientes durante la estancia hospitalaria; se recomienda al instructor que profundice sobre las herramientas y estrategias pedagógicas propuestas, (ver paquete instruccional “Modelo Pedagógico”)

Como instructor también debe comprender a profundidad cómo funciona la Guía del Alumno, para poder guiarlo en su proceso de aprendizaje.

Recuerde que como multiplicador e instructor tiene la responsabilidad de la implementación de los paquetes dentro de su institución, y de los resultados que cada uno de ellos busca.

1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR

Competencia Específica

Garantizar la atención segura del binomio madre hijo.

Competencias Institucionales

- Aplicar a su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano las disposiciones establecidas a través del diseño y adopción de protocolos y guías de atención.
- Asumir el liderazgo y la gestión en un equipo de trabajo, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.

2. RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Conceptualizar sobre la atención segura del binomio madre-hijo, el tratamiento que debe seguir, la importancia del tratamiento y sus riesgos, y a quien se debe acudir si detecto riesgos de la atención.
- Identificar las acciones inseguras más recurrentes en el ámbito hospitalario, relacionados con la atención segura del binomio madre-hijo, y que contribuyen a la aparición de estos eventos adversos en el paciente.
- Analizar cuáles son los factores contributivos que determinan la existencia de acciones inseguras relacionadas con la atención segura del binomio madre-hijo, y que generan la aparición de problemas.
- Argumentar la relación existente entre los factores contributivos con la cultura y los procesos organizacionales
- Proponer barreras de seguridad y planes de acción en el ámbito de la Atención segura Madre-Hijo, para prevenir la aparición de eventos adversos en el paciente y su familia.

3. CONOCIMIENTOS

De Conceptos y Principios

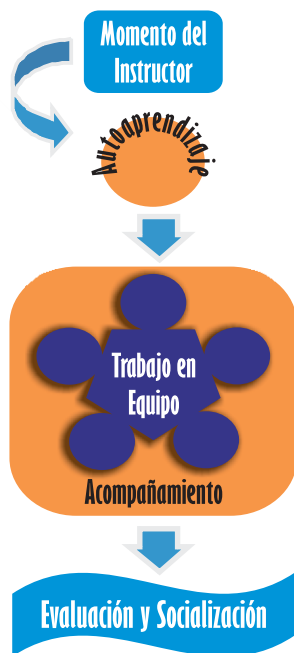
- Eventos adversos durante la atención del binomio madre-hijo.
- Acciones inseguras que contribuyen en la aparición de eventos adversos.
- Factores contributivos de acciones inseguras hospitalarias relacionados con la atención del binomio madre-hijo, que favorecen la aparición de eventos adversos en el paciente.
- Cultura organización y su implicación en la generación de factores contributivos en el ámbito de la atención del binomio madre-hijo, para que se presenten eventos adversos en los pacientes y en la familia y la comunidad.
- Planes de acción y barreras de seguridad relacionados con la atención segura del binomio madre-hijo, para prevenir la aparición de eventos adversos en la atención del paciente.

De Procesos

- Análisis causal según el Protocolo de Londres
- Protocolos para la atención segura del binomio madre-hijo.
- Protocolos Derechos Humanos relacionados con la atención segura del binomio madre-hijo.
- Valoración del riesgo de la atención segura del binomio madre-hijo.

4. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Para el desarrollo del paquete, se privilegia una estrategia metodológica que permita desarrollar las competencias del saber hacer, es decir, instrucciones de prácticas, para ello se plantea trabajar en momentos de aprendizaje que se fundamentan en el trabajo en equipo; adelante se presenta un mapa conceptual que muestra los ambientes de aprendizaje y su secuencia lógica:



Procederemos ahora a explicar detalladamente las actividades que habrá de desarrollar el instructor, en cada uno de los momentos de aprendizaje.

Momento del Instructor

Este momento se desarrollará en el 35% del tiempo destinado para cada paquete y corresponde al primer momento de instrucción teórica por parte del instructor, para el caso particular de la atención segura del binomio madre - hijo, estamos hablando de 85 minutos. El Instructor deberá facilitar previamente al estudiante la información sobre el tema (Marco Teórico) para la indagación y profundización con su respectiva bibliografía.

Para el abordaje de la temática, deberá orientar las siguientes fases:

Motivación:

En esta fase, el formador o capacitador busca activar la motivación, generar la expectativa sobre la temática a desarrollar, lograr un ambiente de confianza y propiciar la participación grupal.

Instalar la reunión; Informar a los participantes sobre los propósitos de la sesión y presentar de manera clara las normas de trabajo, Precisar una agenda de trabajo, donde se visualice la aplicación de cada uno de los momentos del proceso de enseñanza aprendizaje.

Ubicación:

El participante comprenderá más, si encuentra que lo que se le propone está vinculado a una problemática de su entorno, de su interés. Esta participación hay que estimularla, desarrollando preguntas que permitan identificar:

- La experiencia de los alumnos sobre este aspecto
- Genere diálogo para precisar el diagnóstico de la realidad.
- Problematic y explore necesidades y expectativas.
- Precise los objetivos de aprendizaje

Adquisición:

En esta fase el Instructor procura que el participante a la formación codifique la información a su disposición, que la reciba, clasifique y organice, según su nivel desarrollo y comprensión.

Es el momento en que el instructor valiendose de la presentación del paquete de caídas, expone al alumno todo el Marco Teórico, para ello deberá:

- Explicar los procedimientos y/o las teorías y hechos que los soportan.
- Hacer un planteamiento interdisciplinario, utilice diversos referenciales para incluir todas las actividades asignadas.
- Traducir la información según el nivel de conciencia posible del alumno y utilice su lenguaje.
- Apóyarse sobre la experiencia previa del alumno y ejemplifíquela, basado en su realidad.
- Preferir la pregunta problematizadora a la afirmación categórica.

Tanto en la motivación como en la ubicación, el Instructor puede valerse de la asignación de liderazgos para promocionar la participación activa de los alumnos; existen diversos roles que se pueden manejar (ver paquete instruccional "Modelo Pedagógico").





Autoaprendizaje

Este momento, discurre paralelo al Momento del Instructor, puesto que hace referencia a la manera en que los alumnos se apropian de los conocimientos impartidos, en este caso particular:

- Entrega al estudiante “Guía del Alumno” sobre la atención segura del binomio madre-hijo y explica el desarrollo de este documento. (ver guía de aprendizaje)
- Invita a participar activamente al estudiante en la sesión de formación

Trabajo en Equipo

El trabajo en equipo potencia las posibilidades de aprendizaje. Este es el momento de la formación que se constituye en eje fundamental para desarrollar una propuesta pedagógica, que contribuya a la formación de aprendizajes significativos, y por lo tanto el que mayor intensidad horaria se le asigna. Se sugiere realizar actividades en equipos que cubran por lo menos el 50% total de la formación. Aquí se privilegiará la implementación de estrategias didácticas pertinentes para lograr los objetivos de formación de cada paquete. Para el caso particular que nos atañe Para el caso particular que nos atañe, la Atención segura del Binomio Madre-Hijo, recomendamos desarrollar la “técnica de riesgo”.

Este momento lo desarrollará el instructor de la siguiente manera:

Organización:

Explica mediante un ejemplo el significado y el diseño de la Técnica del Riesgo, Un grupo debate los riesgos que podrían derivarse de una alarma de infección asociada con la atención en salud

Organiza a los participantes en equipos asistenciales interdisciplinarios, donde estén todos los involucrados en la atención hospitalaria.

Técnica Didáctica:

Técnica de Riesgo (ver anexo)

- Se formula con precisión la situación o problema relacionado
- El grupo grande se divide en subgrupos para que estos expresen sus temores frente al riesgo que se determina
- Se asigna un coordinador para que relate las vivencias, temores y conclusiones. Se concede un tiempo prudencial para el taller vivencial.
- Se invita a los subgrupos a que discutan y analicen los riesgos, eliminando los irreales. El subgrupo toma una decisión con un conocimiento más objetivo de la realidad.

Resultados:

- Una vez se ha discutido en cada equipo la situación o problema, se procede a la socialización ante la plenaria, frente a la toma de decisión producto de la reflexión y el análisis. Se conceden un tiempo prudencial para la revisión de cada decisión grupal.

Aunque proponemos la técnica de riesgo para abordar el paquete, esto no imposibilita al instructor ha utilizar otra técnica (ver paquete “Modelo Pedagógico”)



Acompañamiento

Este momento es transversal en todo el tiempo en el que se desarrollará el “Trabajo en Equipo”, pues hace referencia al acompañamiento que hace el instructor durante la implementación de la técnica didáctica; en donde:

- Orienta al funcionario -estudiante en su proceso de aprendizaje individual y grupal, tanto en la sesión presencial como en el trabajo autónomo, teniendo como referencia las actividades descritas en la guía de aprendizaje entregada



para tal efecto.

- Asume las funciones de tutor del capacitado en lo que tiene que ver con la aplicación práctica de lo aprendido.

Evaluación y Socialización

Este momento corresponde aproximadamente al 15% del tiempo total de la formación, y tiene que ver con el cierre de esta; en ella el instructor:

- Reúne a los estudiantes en sesión plenaria y propone la explicitación de las conclusiones grupales.
- Una vez revisado los análisis de las diferentes decisiones y sus correspondientes conclusiones, sintetiza y resume los aspectos centrales del paquete, en especial las que tienen que ver con la prevención de elementos adversos que tienen que ver con la temática en cuestión
- Propone la creación de mesas de trabajo que monitoricen la implementación de las acciones encaminadas a prevenir eventos adversos en la atención del Binomio Madre-Hijo.
- Invita a los alumnos a desarrollar la autoevaluación que se presente en la “Guía del Alumno”
- Cierre de la sesión, donde participan los liderazgos asignados.

Agenda Propuesta “Garantizar la atención segura del binomio madre”

AMBIENTE /MOMENTO	MINUTOS
MOMENTO DEL INSTRUCTOR	85
Motivación	5
Ubicación	10
Adquisición	70
TRABAJO EN EQUIPO	120
Organización	10
Técnica Didáctica	90
Resultados	20
EVALUACIÓN Y SOCIALIZACIÓN	35
Conclusiones	15
Recomendaciones	10
Auto evaluación	5
Cierre de la sesión	5
TOTAL TIEMPO	240

Ambientes de Aprendizaje

- Aula Taller.
- Centros de información y documentación.
- Entorno laboral.
- Tecnologías de la información y la comunicación “Formación en Línea”(www.ocsav.info): e-learning, Aula Virtual y Videoconferencia.

Medios y Recursos Didácticos

- Marco teórico “Garantizar la atención segura del binomio madre-hijo”.
- Guía del Alumno “Garantizar la atención segura del binomio madre-hijo”.
 - Técnica de Riesgo
 - Ejercicios de análisis causal según el protocolo de Londres, de las acciones inseguras más recurrentes en la atención del binomio madre-hijo.
 - Diapositivas del paquete “Garantizar la atención segura del binomio madre-hijo” entregadas por el capacitador durante el momento de la instrucción con su bibliografía y cibergrafía correspondiente.

5. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

El capacitador conceptúa si los funcionarios han logrado los resultados de aprendizaje si éstos, de manera individual o grupal:

- Expresan adecuadamente, oral o por escrito, los referentes teóricos de reducción de riesgos de la atención del binomio madre-hijo.
- Explican y entienden las principales acciones inseguras que están relacionadas en la atención del binomio madre-hijo.
- Identifican los factores contributivos que predisponen la presentación de las acciones inseguras más frecuentes, y comprende cuales de las decisiones gerenciales y procesos organizacionales son quienes las mantienen vigentes.





- Proponen barreras de seguridad, basados en los factores contributivos y las buenas prácticas para la disminución de riesgos y aparición eventos adversos en la Atención del binomio madre-hijo.

El alumno deberá presentar evidencias de conocimiento y de desempeño en las actividades de formación, tal y como aparece en la guía de aprendizaje





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GUÍA DEL ALUMNO



GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO

La siguiente guía, tiene como función orientar al alumno durante el proceso de instrucción de cada uno de los paquetes. Es imperativo si se quieren obtener los objetivos de cada paquete, que el alumno desarrolle cada una de las responsabilidades aquí descritas y participe colaborativamente con el instructor en el desarrollo de las técnicas didácticas.

Finalmente, es vital comprender que a la postre, el impacto que pueden llegar a tener estos paquetes, depende de la forma en que todo el personal asistencial hospitalario se apropie de las recomendaciones aquí planteadas.

Una atención segura en salud solo es posible si todos los profesionales asistenciales y el personal de atención en general esta instruido en el desarrollo de “Buenas Prácticas de Atención en Salud”, en este caso, practicas para garantizar la atención segura del Binomio Madre-Hijo.

1. IDENTIFICACIÓN

Modalidad de Formación

➤ Modalidad de Formación Presencial, instruccional, con actividades recomendadas extra clases

Competencias a Desarrollar

- Disminuir la aparición de eventos adversos en la atención, mediante la Atención segura del Binomio Madre-Hijo y las personas que se dedican a la atención del paciente.
- Aplicar en su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano las disposiciones del código de ética y el buen gobierno.
- Asumir el liderazgo y la gestión en un equipo de trabajo, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.

Resultados de aprendizaje

- Conceptualizar sobre la reducción del riesgo de la atención segura del Binomio Madre-Hijo.
- Identificar las acciones inseguras más recurrentes en el ámbito hospitalario que generan dificultades en la Atención segura del Binomio Madre-Hijo.
- Analizar cuáles son los factores contributivos que determinan la existencia de acciones inseguras que generan la aparición de eventos adversos en la Atención segura del Binomio Madre-Hijo.
- Argumentar la relación existente entre los factores contributivos con la cultura y los procesos organizacionales
- Proponer barreras de seguridad y planes de acción para la Atención segura del Binomio Madre-Hijo.

2. INTRODUCCIÓN

Saber acompañar en todas las relaciones es un arte. La experiencia del aprendizaje nos lleva al desarrollo de capacidades y competencias de conocimiento sobre la disminución de riesgos en la atención del paciente y la Atención segura del Binomio Madre-Hijo, para trabajar en función de la apropiación y generación de los mismos, promoviendo atenciones más seguras.

Esta guía desarrolla la problemática mencionada y además da los lineamientos sobre las prácticas más seguras que usted debe reforzar para ser más efectivo en su diario que hacer. De esta forma contribuiremos a la prevención de eventos adversos en la atención segura del Binomio Madre-Hijo compartida del equipo multidisciplinario, paciente, familia y a las diferentes estrategias que surgen para la prevención, orientación y educación de los diferentes actores.

Estimado Alumno:

En el mundo a diario se estima que mueren 1500 mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Para el año 2005 se calculó que a nivel mundial ocurrieron 536,000 muertes maternas. De todos estos casos, la mayoría pertenecía a los países en desarrollo, estas muertes pudieron evitarse en su mayor proporción. Cada minuto en algún lugar del mundo, ocho niños mueren en el primer mes de vida, ocho en la primera semana y ocho nacen muertos.

La muerte materna permite evidenciar el grado de desarrollo de los países, ya que las tasas más altas de muerte materna se encuentran en zonas pobres, deprimidas, de difícil acceso y en donde las mujeres no tienen un trato social igualitario con los hombres.

La mortalidad materna y perinatal es más elevada

en los países en vías de desarrollo, lo cual es expresión de las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y evidencia las condiciones de desigualdad que afecta a la población mundial y sobre todo a las mujeres y recién nacidos; por lo tanto la mortalidad materna, no es sólo un problema de salud pública, sino también de derechos humanos y de justicia social, ya que refleja la exclusión social por razones de género, culturales y económicas entre otras.

Los trabajadores asistenciales profesionales, tecnólogos y técnicos del sector salud necesitan renovar sus conocimientos constantemente para dar respuesta a los continuos cambios y demandas tanto sociales como sanitarias. El progresivo aumento de la complejidad de los sistemas de prestación de servicios de salud, que exige de los prestadores de servicios de salud la adopción de políticas de seguridad del paciente y la administración del riesgo en los sistemas; y el nuevo rol protagónico del usuario en todos los procesos, requieren una mejora en la formación mediante programas de estudio adaptados a esta nueva realidad. La base de esta actualización de conocimientos debe tener en cuenta la mejor evidencia científica posible y las capacidades, habilidades y destrezas de los profesionales dedicados al cuidado de la población.



Al finalizar el desarrollo de las actividades de aprendizaje propuestas, usted deberá volver a formular sus conceptos sobre estos aspectos y contrastarlos con los que construyó al inicio; esto le permitirá ser consciente de su avance en el aprendizaje.

Durante el desarrollo de la instrucción, participe permanentemente en las sesiones presenciales fijadas en el cronograma de la formación. Solicite

la asesoría e instrucción del capacitador encargado, interactúe con sus compañeros de estudio y de ser posible participe y aporte en la Unidad Sectorial de Normalización del Ministerio de la Protección Social; esta acción le permitirá obtener una mayor fundamentación para apropiarse de la política de Seguridad del paciente y el Modelo de Análisis causal del Protocolo de Londres.

Finalmente, participe en la sesión de socialización programada para esta actividad y obtenga sus propias conclusiones al escuchar las experiencias presentadas por cada uno de los integrantes de los grupos de estudio.

ES USTED QUIEN PUEDE HACER MÁS SEGURA LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES.

3. PLANTEAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE

A continuación le presentamos una serie de actividades de aprendizaje mediante las cuales se contribuirá el desarrollo de competencias, habilidades y destrezas necesarias para identificar y controlar las acciones inseguras, los factores contribuyentes y las fallas latentes, del tema de la Atención segura del Binomio Madre-Hijo y las implicaciones que éstas conllevan, para poder finalmente desarrollar las buenas prácticas en torno a la Atención segura del Binomio Madre-Hijo.

De su empeño y atención, dependen los resultados de la presente instrucción.

Ejes temáticos

Conceptualización:

- Reflexión sobre la información entregada y la sugerida.
- Participación en la sesión de formación.
- Observación y análisis de las Diapositivas en la clase.

- Seminario participativo.

Análisis causal (protocolo de Londres) de las principales acciones inseguras de caídas de los paciente:

- Revisar la bibliografía específica del paquete “La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente” para comprender el Protocolo.
- Determinar las acciones inseguras mas frecuentes según revisión bibliográfica
- Identificar cuales son las acciones inseguras que en su institución se presentan
- Identificar que Factores Contributivos están asociados con las anteriores acciones
- Atender la Conferencia sobre la temática
- Observar y analizar las diapositivas en clase
- Participar activamente en al técnica de riesgo.
- Debate dirigido o discusión de la técnica de riesgo.

Recomendaciones y actividades preventivas para las caídas Manejo de la Seguridad:

- Proponer barreras de defensa, que eviten la aparición de las caídas de los paciente.
- Mediante la revisión de practicas exitosas, identificar variables comunes que puedan ser aplicables a las “buenas” practicas de atención en salud.
- Proponer modelos de monitorización para la gestión de atención segura del binomio madre-hijo.

4. EVALUACIÓN

Los siguientes son los criterios que le permitirán a usted , al docente y al grupo capacitado en general verificar si ha alcanzado las competencias, habilidades y destrezas en el paquete “Atención segura del Binomio Madre-Hijo ”, a modo de autoevaluación, pregúntese si usted:

- Identifica la fundamentación teórica de la

componentes esenciales de la atención segura del Binomio Madre-Hijo.

- Es capaz de identificar cuáles son las acciones inseguras que predisponen una atención insegura del Binomio Madre-Hijo.
- Señala los Factores Contribuyentes y su estrecha relación con las acciones inseguras
- Propone barreras de entrada, basados en buenas prácticas para la disminución de riesgos y ocurrencia de inconvenientes con la Atención segura del Binomio Madre-Hijo.
- Aplica correctamente, en el tema, el análisis causal del Protocolo de Londres.

5. EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE

De Conocimiento

Resolverá correctamente, individual o en equipo, preguntas sobre:

- Conceptualización de eventos adversos en la atención del binomio madre-hijo.
- Acciones inseguras relacionadas con la atención del binomio madre-hijo.
- Factores Contribuyentes asociados a las acciones inseguras.
- Recomendaciones y actividades preventivas (barreras de seguridad y defensas) para la atención segura del binomio madre-hijo.
- Indicadores y formas de monitorizar la atención del binomio madre-hijo.

De Desempeño

El capacitador conceptuará sobre su desempeño, a través de la observación en un proceso que utilizará para estos efectos. Se trata del desarrollo de un caso.

Dentro de la institución, se mejorar la seguridad en la atención del binomio Madre Hijo, y se mitigarán los riesgos en el proceso de atención.

6. AMBIENTES DE APRENDIZAJE

- Aula Taller
- Centros de información y documentación
- Entorno laboral
- Tecnologías de la información y la comunicación
“Formación en Línea”(www.ocsav.info):
e-learning, Aula Virtual y Videoconferencia.

Los recursos necesarios para instruirse ya están a su disposición, del modo en que los utilice, dependerá el alcance de los propósitos de cada paquete instruccional



PRESENTACIÓN DE POWER POINT



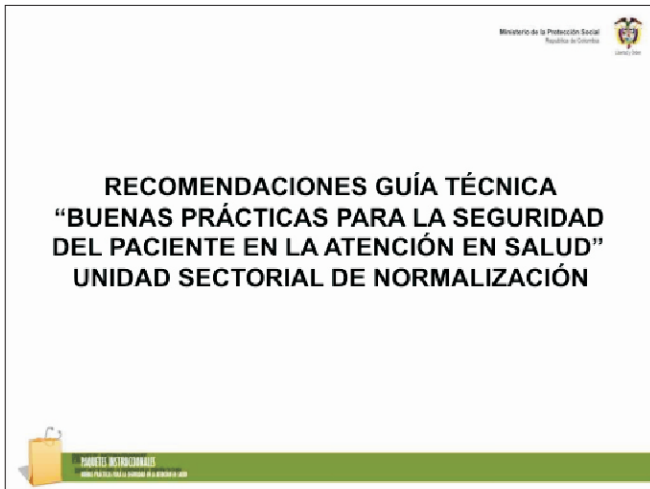
“GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO”



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia




PAQUETES INSTRUCCIONALES
BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

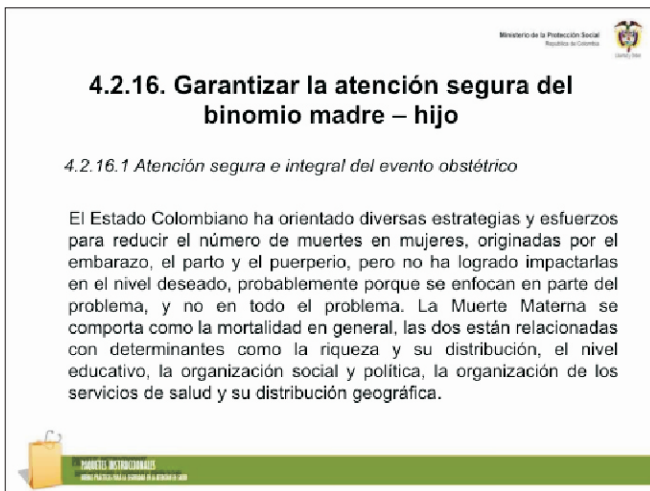


Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

**RECOMENDACIONES GUÍA TÉCNICA
“BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”
UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN**



PAQUETES INSTRUCCIONALES
BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD




Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

4.2.16. Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo

4.2.16.1 Atención segura e integral del evento obstétrico

El Estado Colombiano ha orientado diversas estrategias y esfuerzos para reducir el número de muertes en mujeres, originadas por el embarazo, el parto y el puerperio, pero no ha logrado impactarlas en el nivel deseado, probablemente porque se enfocan en parte del problema, y no en todo el problema. La Muerte Materna se comporta como la mortalidad en general, las dos están relacionadas con determinantes como la riqueza y su distribución, el nivel educativo, la organización social y política, la organización de los servicios de salud y su distribución geográfica.



PAQUETES INSTRUCCIONALES
BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

PRESENTACIÓN DE POWER POINT


Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

4.2.16. Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo

Al mirar las causas, la mayor parte de las muertes maternas en el mundo y en Colombia, se deben a pérdida excesiva de sangre, infecciones, trastornos de hipertensión, la obstrucción en el parto, o las complicaciones por abortos en condiciones inseguras, causas de emergencias difíciles de prever.

En el caso de la muerte materna, la excesiva medicalización de la atención, desmotiva a las mujeres a utilizar los servicios de salud especialmente en áreas dispersas y en grupos especiales.

MANEJO INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL




Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

4.2.16. Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo

- Estas prácticas además contribuyen a la tasa elevada de cesáreas y otros procedimientos quirúrgicos innecesarios en la atención materna. La atención segura e integral requiere:
- 4.2.16.1.1 *Mejoramiento del Acceso a servicios de salud materno perinatales.*
- Definir un paquete de atención integral al evento obstétrico materno perinatal, para la atención a la mujer durante el embarazo, el parto, el recién nacido y el Puerperio y la detección precoz de las complicaciones asociadas para realizar la derivación al nivel de complejidad requerido. Incluye:

MANEJO INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL




Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

4.2.16. Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo

- Atender a la gestante independientemente de las dificultades administrativas.
- Asegurar la atención del Parto y el puerperio por persona Calificada; reconociendo que todos los embarazos están expuestos a potenciales riesgos
- Toda institución que atiende mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio debe disponer, conocer y utilizar de acuerdo a las guías de atención basadas en la evidencia, de insumos críticos básicos como:

- Antibióticos

MANEJO INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL





PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Detectar errores o fallas en la atención del Binomio madre-hijo.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la ocurrencia de Atención Segura del Binomio Madre Hijo, en la atención del paciente.
- Conocer barreras de seguridad que favorecen la atención segura del binomio madre-hijo.
- Implementar buenas prácticas para prevenir Eventos adversos y contribuir a una Atención Segura del Binomio Madre Hijo.

PROYECTO INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

LAS FALLAS EN LA ATENCION DEL BINOMIO MADRE - HIJO COMO EVENTOS ADVERSOS

En el mundo a diario se estima que mueren 1500 mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Para el año 2005 se calculó que a nivel mundial ocurrieron 536,000 muertes maternas. De todos estos casos, la mayoría pertenecía a los países en desarrollo, estas muertes pudieron evitarse en su mayor proporción. Cada minuto en algún lugar del mundo ocho niños mueren en el primer mes de vida, ocho en la primera semana y ocho nacen muertos

En Colombia, la PreEclampsia se constituye en la principal causa de mortalidad materna con 38% de fallecimientos atribuibles a esta causa; además, se asocia con una mortalidad perinatal cinco veces mayor.

PROYECTO INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

ACCIONES INSEGURAS

- No atención de la gestante por problemas administrativos
- Atención del Parto y el puerperio por personal no Calificado
- Utilización inadecuada e inoportuna de insumos como: Antibióticos, Anticonvulsivantes, Antihipertensivos, Oxitócicos, Líquidos, Hemoderivados y sustitutos en la atención de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio.
- Atención de la materna en un nivel de complejidad inferior al necesitado.
- Atención de la materna sin contar con un sistema funcional de comunicaciones y transporte, con el que pueda responder de manera oportuna y segura cuando se presenta la emergencia obstétrica no predecible y que no puede ser resuelta en ese nivel

PROYECTO INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCION

Según las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes identificados, se recomienda implantar las siguientes acciones, las cuales dependerán de las características particulares de cada institución:

- Definir Políticas institucionales donde se establezca los requisitos que deben cumplir los profesionales para la atención del binomio madre – hijo, desde la etapa preconcepcional, prenatal, parto y postparto.

OBJETIVO INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCION

- Definir políticas institucionales sobre qué tipo de procedimientos en la atención del parto, requiere la presencia de ayudante quirúrgico y cuáles serían los requisitos mínimos que debe cumplir éste.
- Definir políticas institucionales de coordinación con los Aseguradores y otras IPS de diferente nivel para garantizar la remisión de los pacientes.
- Atender oportuna e integralmente al recién nacido desde la sala de partos.

OBJETIVO INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCION

- Identificar al recién nacido de alto riesgo
- Conocer y aplicar los principales protocolos de manejo en neonatología
- Aplicar los criterios clínicos para el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales
- Asegurar un traslado óptimo a otra unidad
- Normas de seguridad institucional
- Verificar con lista de chequeo si se dispone de los insumos necesarios para el manejo inicial de las emergencias obstétricas (kits para el manejo de la emergencia obstétrica)
- Verificar con lista de chequeo que se cuenta con todos los insumos y dispositivos necesarios para la atención del parto.
- Elaborar partograma a toda matema en trabajo o labor de parto

OBJETIVO INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCION

- Identificar al recién nacido de alto riesgo
- Conocer y aplicar los principales protocolos de manejo en neonatología
- Aplicar los criterios clínicos para el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales
- Asegurar un traslado óptimo a otra unidad
- Normas de seguridad institucional
- Verificar con lista de chequeo si se dispone de los insumos necesarios para el manejo inicial de las emergencias obstétricas (kits para el manejo de la emergencia obstétrica)
- Verificar con lista de chequeo que se cuenta con todos los insumos y dispositivos necesarios para la atención del parto.
- Elaborar partograma a toda materna en trabajo o labor de parto

PARÁMETROS DE MONITORIZACIÓN
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN

Algunos indicadores en el Nivel de Monitoría de la Institución para hacer el seguimiento de las actividades que se implementen en los procesos para garantizar la atención segura del binomio Madre Hijo pueden ser:

- **Razón de Mortalidad Perinatal**

PARÁMETROS DE MONITORIZACIÓN
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



ANEXOS



GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO

1. CONTROL DE LA INTEGRIDAD DEL BINOMIO MADRE - HIJO

En estos últimos años surge un nuevo concepto que introduce un cambio de perspectiva en el panorama total del problema de la identificación del recién nacido.

- Comienza a trascender en la comunidad la posibilidad del cambio de recién nacidos en los establecimientos de atención, a través de múltiples formas, desde la simple confusión de identidad en sectores de recuperación o en terapia intensiva neonatal sobre todo en maternidades con número elevado de partos diarios.
- Por otro lado merece especial atención la sustracción o robo de los recién nacidos en establecimientos donde se reconocen fallas en los sistemas de seguridad.
- Esta situación ha originado una presión de la opinión pública, exigiendo de los establecimientos la seguridad de contar, además de las huellas dactiloscópicas, con metodologías tangibles cuya evidencia permita en forma fácil y segura el control de la integridad del binomio madre-hijo durante la internación y en el momento del alta.
- Se entiende que el sector salud debe dar una respuesta a este requerimiento expreso de la comunidad, incorporando procedimientos que permitan individualizar al binomio materno filial garantizando su indemnidad.
- A esos efectos se deberá incorporar métodos que permitan asegurar la integridad del vínculo madre-hijo mas allá de toda duda, mediante procedimientos que, por su "evidencia", sean de fácil interpretación fuera de ella por personal no entrenado perteneciente a enfermería general, vigilancia, portería, etc.
- De acuerdo a ello y antes del parto, se deberá colocar en la muñeca de la madre una banda plástica en forma de pulsera codificada con números iguales y cierre inviolable y en la que se puede además escribir el nombre y apellido de la madre, su número de documento, el número de historia clínica, etc. Dicha pulsera deberá llevar adherida otra pulsera de iguales características, que será colocada en el neonato inmediatamente luego de su nacimiento.
- Esta metodología de seguridad, adoptada internacionalmente, debe permitir al equipo de salud garantizar la indemnidad del vínculo materno filial, no solo en sala de partos si no durante todo el tiempo que permanezcan internados en el establecimiento.
- La tecnología de seguridad propuesta, podrá ser reemplazada por otra, en función de los cambios tecnológicos, que garantice el vínculo entre la madre y el recién nacido.

A) Recomendaciones Específicas para Evitar la Mala Práctica en Neonatología:

Atender oportuna e integralmente al recién nacido desde la sala de partos:

- Contar idealmente con entrenamiento en reanimación neonatal.
- Conocer y valorar los factores de riesgo del binomio materno-fetal y detectar oportunamente el sufrimiento fetal.
- Verificar antes del nacimiento la existencia de material y equipo para enfrentar cualquier situación imprevista.
- Valorar el estado de salud integral del recién nacido: mediante exploración física, valoración de Apgar y Silverman.
- Identificar oportunamente mediante una exploración física completa las anomalías congénitas y adoptar las medidas correspondientes.

1. CONTROL DE LA INTEGRIDAD DEL BINOMIO MADRE - HIJO

- Realizar las maniobras de evaluación y corrección para asegurar una buena vía aérea, ventilación y circulación.
- Informar al familiar o tutor las condiciones de salud del recién nacido y obtener el consentimiento informado para procedimientos subsecuentes.
- Documentar la atención médica prestada de acuerdo a la NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido; NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico y la NOM-031SSA2-1999, para la Atención del Niño.

Conocer y aplicar los principales protocolos de manejo en neonatología:

- Líquidos y electrolitos.
- Tamiz metabólico neonatal.
- Isoinmunización materno-fetal grupo sanguíneo y Rh.
- Profilaxis ocular y administración de vitamina k.
- Inmunizaciones del periodo neonatal.
- Reanimación neonatal y cardio-pulmonar básica y avanzada en pediatría.
- Procedimientos para el manejo del recién nacido: catéteres vasculares, intubación endotraqueal y ventilación asistida, punción pleural y lumbar y exsanguíneo transfusión.

Identificar al recién nacido de alto riesgo en:

- Madre con toxemia gravídica (preclampsia y eclampsia)
- Madre con diabetes mellitus.
- Ruptura prematura de membranas.
- Madre con placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Isoimmunización materno-fetal.
- Madre con antecedentes de aborto y muerte fetal.
- Madres con adicciones.
- Madre con productos de bajo peso.
- Anomalías congénitas
- Infección materna (TORCHS, vulvovaginitis, corioamnionitis, infección de vías urinarias y VIH)
- Madre sin control prenatal.
- Madre con desnutrición o enfermedades intercurrentes.

Aplicar los criterios clínicos para el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales:

- Asistencia ventilatoria
- Insuficiencia orgánica y choque que requieren apoyo para mantener la homeostasis.
- Uso de aminas presoras y otros medicamentos que requieren vigilancia y monitoreo continuo
- Neonato diminuto (peso menor a 1000 gr.)
- Malformación congénita grave.
- Postoperado de cirugía mayor.

Asegurar un traslado óptimo a otra unidad

- Realizar las maniobras necesarias para estabilizar al recién nacido antes de su traslado.
- Establecer comunicación con la unidad receptora que cuente con los recursos necesarios para recibir



1. CONTROL DE LA INTEGRIDAD DEL BINOMIO MADRE - HIJO

al paciente.

- Garantizar la participación de un médico o personal de salud calificado durante el mismo.
- Contar con el transporte, insumos y equipo necesarios.
- Asegurar la vía aérea, oxigenación, acceso vascular y control de la temperatura durante su traslado en incubadora.
- Elaborar y enviar la documentación de traslado, y detallar la evolución clínica, medicamentos y soluciones administradas, así como aquellos incidentes ocurridos.
- Entregar a la unidad receptora toda la documentación: historia clínica, notas de evolución, exámenes de laboratorio y gabinete realizados previamente y la nota de envío la cual deberá especificar el motivo de traslado, el diagnóstico y las medidas terapéuticas tomadas y el estado clínico en el momento del envío y el pronóstico.
- Comunicar a los padres, y exponerles las razones del traslado, con explicaciones claras acerca del diagnóstico, pronóstico probalístico, riesgo de traslado, y medidas terapéuticas que se van a aplicar con sus posibles consecuencias y obtener el consentimiento informado.
- Favorecer que el familiar se presente en la Unidad de destino.
- Documentar la atención médica prestada de acuerdo a la NOM-020-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia.

B) Normas de seguridad institucional.

A los efectos de la prevención del cambio o robo de recién nacidos, se recomienda que todo establecimiento que integre dentro de sus prestaciones un servicio de atención materno-neonatal, aplique las presentes Normas de Seguridad Institucional.

En todo el hospital:

- Establecer un “programa de seguridad” en el Hospital y especialmente en las Unidades de atención obstétrica y neonatológica, a través de una política escrita de “prevención del robo de niños”, desarrollado por un experto en seguridad.
- Control de accesos. A esos fines se deberá examinar y evaluar las salidas del hospital a fin de implementar métodos de seguridad adecuados (cerrar con llave las salidas lejanas, colocar personal de seguridad en todos los accesos, si es posible instalar sistemas detectores electrónicos, etc.).
- Alertar al personal del hospital para que comunique cualquier anomalía e identifique a personas en actitud sospechosa. Se deberá estar atento a disturbios creados en otras áreas para producir la distracción del personal (incendio de un ropero, etc.).
- Todo el personal del establecimiento deberá llevar una Tarjeta de Identificación con su fotografía.

En el área de Maternidad y Neonatología:

- Cada una de estas Unidades deberá contar con la mínima cantidad de puertas de acceso, que permitan su vigilancia y control por personal de la guardia de seguridad, facilitando la instalación de detectores electrónicos. Cabe aclarar que los sensores electrónicos incorporados habitualmente en la pulsera del recién nacido, son pequeños adminículos descartables, de muy bajo costo, actualmente en uso en los comercios para preservar artículos en libre exhibición, que activan una alarma cuando pasan por un campo magnético instalado en la puerta de salida.

1. CONTROL DE LA INTEGRIDAD DEL BINOMIO MADRE - HIJO

- Desarrollar una “política de visitas” que aumente la seguridad de la Unidad.
- Evitar la separación del niño de su madre.
- Tomar las medidas necesarias a fin de limitar el transporte intrainstitucional de neonatos que no sean acompañados por su madre.
- Caso contrario asegurar, hasta donde esto sea posible, que ningún neonato sea transportado en brazos dentro del establecimiento sino únicamente en cunas rodantes.
- Proporcionar una identificación clara y evidente al personal autorizado para retirar y transportar recién nacidos sin su madre, a otras dependencias de diagnóstico y tratamiento, dentro y fuera del establecimiento.
- Hacer participar a los padres en las medidas de seguridad generales establecidas por las autoridades del hospital y las particulares de las Unidades de atención, pudiéndose por ejemplo, distribuir a los mismos “Guías para evitar el robo de niños”.

Además se deberán adoptar las siguientes metodologías que facilitan el reconocimiento del recién nacido en forma inmediata como:

- *Mostración detallada de los rasgos del recién nacido a la madre y sus familiares:* Todo recién nacido debe ser mostrado inmediatamente a su madre, informándosele de las características generales del bebé, como peso, sexo, color, largo del pelo, etc. con el fin de facilitar su reconocimiento ante una posible confusión en áreas de reanimación en establecimientos con gran número de partos.
- *Búsqueda de señas particulares:* La búsqueda y reconocimiento de características especiales en el recién nacido, como manchas epidérmicas, pueden ser de ayuda en el reconocimiento posterior del neonato, debiéndose dejar constancia de las mismas en la historia clínica neonatal.
- *Vestido del recién nacido con ropas proporcionadas por la familia:* Las ropas del bebé, preparadas por la familia para un acto de tanta trascendencia como es el nacimiento, son fácilmente reconocidas por la madre y sus familiares y esto contribuye de alguna manera al reconocimiento del niño.
- *Fotografía del recién nacido:* El registro fotográfico inmediato del recién nacido, efectuado con sistemas de revelado instantáneo y archivado en la Historia Clínica, constituye otro método de seguridad recomendable.
- *Guardar sangre del cordón:* La muestra permitirá efectuar determinaciones (autoanticuerpos maternos AbP, ADN, etc.) que permitan la Identificación posterior del binomio madre hijo si se considera necesario.

En las Salas de Parto:

- El recurso humano perteneciente al sector salud y afectado a la sala de partos, deberá asegurar la integridad del binomio madre-hijo mas allá de toda duda, mediante procedimientos que, por su “evidencia”, sean de fácil interpretación fuera de ella por personal no entrenado perteneciente a enfermería general, vigilancia, portería, etc.
- Esta metodología de seguridad seguida por el sector salud deberá permitir garantizar la indemnidad del binomio madre-hijo durante todo el tiempo que el binomio permanezca en el establecimiento.
- Por ello el uso de métodos tangibles, que permitan el “reconocimiento evidente” de la integridad del binomio materno filial, permitirá garantizarla y de éste modo diferir la toma de las impresiones dígito plantares o dígito palmares hasta el momento en que la presencia de un/una identificadora profesional pueda realizarla con toda la minuciosidad que la técnica dactiloscópica requiera.

1. CONTROL DE LA INTEGRIDAD DEL BINOMIO MADRE - HIJO

C). Sistemas de “Reconocimiento Evidente”

➤ **Bandas plásticas codificadas inviolables:**

- Se trata de juegos de pulseras o brazaletes, presentadas en forma de bandas plásticas adheridas entre sí, que llevan una numeración idéntica y son portadores de un cierre inviolable que obliga a cortarlas si se las quiere retirar una vez
- Cerradas.
- Además estas pulseras permiten escribir en las mismas el nombre y apellido, número de historia clínica, número de documento de identidad de la madre, etc.
- Si se lo considera conveniente, existen en el mercado juegos de pulseras que incluyen una tercer banda adherida a las otras, a fin de ser colocada en el tobillo del recién nacido, lo que permite ser cortada y retirada por el personal de “identificadores”, en el momento de la toma de las impresiones y ser adherida al formulario del establecimiento.

Clamps de cordón numerados:

- También el juego de bandas plásticas puede contar con un clamp para el cordón umbilical, también inviolable una vez cerrado y con idéntica codificación, lo que incrementa la seguridad.

Sellos con tintas indelebles:

- Se trata de tintas indelebles al agua que pueden persistir en la piel más de una semana, pudiendo ser borradas con alcohol. Su uso se efectúa mediante sellos idénticos colocados en la madre y el niño y que permitan una gama de números suficiente.

Obleas autoadhesivas a prueba de agua (simil tatuaje):

- Son pares de etiquetas autoadhesivas con igual numeración entre sí, inalterables al agua y también sensibles al alcohol, comercializados como “símil tatuajes” cuyo diseño puede ser elegido por la jurisdicción.
- Cada jurisdicción podrá seleccionar el método de reconocimiento evidente al que pueda acceder, recomendándose asociarlos con las normas de seguridad institucional descriptas, que permitan garantizar la indemnidad del vínculo madre hijo, fuera de toda duda, mientras el binomio permanezca en el establecimiento.



2. TÉCNICA DIDÁCTICA: TÉCNICA DE RIESGO

SITUACIÓN PROBLEMA

Motivo de Consulta y Enfermedad Actual:

Paciente de 17 años embarazada remitida por macrosomía fetal.

Paciente con cuadro clínico de 3 horas de evolución de salida de líquido amniótico amarillo claro, abundante, no fétido, asociado a dolor pélvico que se irradia a la cadera, niega sangrado y actividad uterina.

Antecedentes:

G1P0, EG41 semanas, por Fum, IVU tratada con cefradina, leucorrea, flujo amarillo no fétido pruriginoso.

Examen Físico:

TA: 110/70, FC: 80, FR: 18

C/P: normal

Abdomen: altura uterina: 35 cm, movimientos fetales positivos.

g/u: dilatación: 2cm, borramiento: 50%, estación: 0, membranas rotas.

Dx: Macrosomía Fetal,
G1P0,
Embarazo de 41 semanas.

Conducta:

- Se ordenan líquidos endovenosos, paraclínicos, se inicia ampicilina, y vigilancia de progresión del parto.
- Se ordena oxitocina, nada vía oral, meperidina.
- SV: ta 90/60, fc: 80, fr: 18., paciente con dilatación: 6 cm. No progresa, con borramiento del 100%, feto no encajado; se decide llevar a cesárea.

Nota Operatoria:

Hallazgos: recién nacido sexo femenino, APGAR 9/10, líquido amniótico claro, placenta fúndica.

Peso: 4000 gramos.

Evolución:

- Paciente en su tercer día de hospitalización, presenta pico febril, con dolor intenso a la palpación superficial en sitio quirúrgico, eritema perilesional.
- Paciente con signos de ISO: se ordena abrir herida quirúrgica con evidencia de membranas purulentas, iniciar antibiótico: Oxacilina 1g c/6h, gentamicina 240mg c/24h, tramadol, curaciones 3 veces al día.
- Paciente con evolución satisfactoria; se decide dar de alta con tratamiento antibiótico ambulatorio.



2. TÉCNICA DIDÁCTICA: TÉCNICA DE RIESGO

PREGUNTAS PARA DESARROLLAR EN GRUPO:

Realice el análisis en grupo junto con su facilitador, respondiendo las siguientes preguntas:

1. ¿Hay indicios de atención insegura?
2. ¿Cumple con las características de evento adverso y requiere su estudio?

De acuerdo al modelo de análisis del Protocolo de Loinres identifique:

Fallas Latentes:

1. ¿De las decisiones gerenciales y procesos organizacionales que se evidencien en este caso?
2. ¿Identifique los factores contributivos de las cinco áreas descritas en el gráfico del modelo:
 - a. Paciente,
 - b. Tarea y tecnología,
 - c. Individuo prestador,
 - d. Equipo de trabajo.
 - e. Equipo humano.
 - f. Ambiente.

3. Las acciones inseguras detectadas, fallas activas

4. De acuerdo a la interrelación de los datos trabajados con los documentos, con las recomendaciones y acciones preventivas propuestas, en el paquete instruccional de ATENCION SEGURA DEL BINOMIO MADRE- HIJO proponga barreras de seguridad y defensas EN SU Día- Día, a nivel de:
 - a. Barreras físicas,
 - b. Barreras humanas,
 - c. Barreras administrativas y
 - d. Barreras naturales.



VERSIÓN:

1.0

FECHA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN:

Diciembre 31 de 2009



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia