

PROTOCOLO DE SIMULACIÓN CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE
PARTO VAGINAL EUTÓCICO REALIZANDO ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DEL
INSTRUCTIVO CLAP, Y SU USO EN EL LABORATORIO DE SIMULACIÓN DE LA
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA SEMESTRE A AÑO 2014

AUTORAS:

GINA ALEJANDRA CARREÑO CANO

JEAN KATHERIN CRUZ RUBIO

UNIVERSIDAD EAN

FACULTAD DE POSGRADOS

AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD

TOLIMA

2014

PROTOCOLO DE SIMULACIÓN CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE
PARTO VAGINAL EUTÓCICO REALIZANDO ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DEL
INSTRUCTIVO CLAP, Y SU USO EN EL LABORATORIO DE SIMULACIÓN DE LA
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA SEMESTRE A AÑO 2014

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN -IFI

TUTOR:

DR. HENRY TARAZONA

MD, Epidemiólogo, Especialista. Auditoria y Garantía de Calidad en Salud

UNIVERSIDAD EAN

FACULTAD DE POSGRADOS

AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD

TOLIMA

2014

CARTA DE APROBACION

Bogotá, 10 de febrero de 2014

Doctor
JORGE ERNESTO OCHOA MONTES
Director Posgrados en Salud
Universidad EAN
Ciudad.

Apreciado Doctor:

Comedidamente me permito informarle que una vez hecho el acompañamiento revisado el Informe Final de Investigación –IFI-, elaborado por GINA ALEJANDRA CARREÑO CANO Y JEAN KATHERIN CRUZ RUBIO estudiantes de la especialización “**AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA**” desarrollado por la Universidad EAN en la ciudad de **Ibagué** titulado: “**PROTOCOLO DE SIMULACIÓN CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO VAGINAL EUTÓCICO REALIZANDO ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DEL INSTRUCTIVO CLAP, Y SU USO EN EL LABORATORIO DE SIMULACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA SEMESTRE A AÑO 2014**”, cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y de rigor Investigativo establecidos en la normas APA y la “Guía estandarizada de Investigación de la EAN” y por lo tanto dicho Informe es **APROBADO**.

Cordialmente,



HENRY TARAZONA FRENCH
Asesor del Informe Final de Investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la universidad del Tolima por realizar el convenio con la universidad EAN y ofertar en su pensum la especialidad de auditoria y garantía de la calidad en salud, fuente de los conocimientos para desarrollar el trabajo.

A nuestras familias, por acompañarnos durante el proceso de realización del trabajo.

A la magister en educación, Luz Marina Cano Martínez quien con sus asesorías, aportes e interrogantes, nos permitió estructurar el contenido y desarrollo del trabajo.

A los docentes que intervinieron durante el proceso formativo, en especial al profesor Henry Tarazona, por su constante guía y retroalimentación.

TABLA DE CONTENIDO

1	RESUMEN	7
2	INTRODUCCIÓN	11
3	JUSTIFICACIÓN	13
4	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
5	OBJETIVO GENERAL	17
5.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
6	MARCO TEÓRICO	18
6.1.1	<i>DEFINICIONES</i>	18
6.1.2	<i>MARCO HISTÓRICO DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA</i>	19
6.2	SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	21
6.2.1	<i>DEFINICIONES GENERALES</i>	21
6.2.2	<i>MARCO HISTÓRICO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</i>	25
6.3	DEFINICIONES DE MORTALIDAD MATERNA EXTREMA	27
6.4	SIMULACIÓN CLÍNICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	29
6.5	TRABAJO DE PARTO Y ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO	29
6.5.1	<i>DEFINICIONES</i>	30
6.5.2	<i>Periodos del trabajo de parto</i>	33
6.6	MARCO LEGAL DE HABILITACION.....	38
6.7	MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME)	42
6.7.1	<i>GENERALIDADES</i>	42
6.7.2	<i>DEFINICIONES</i>	43
7	DISEÑO METODOLÓGICO	46
8	RESULTADOS	47
8.1	ANÁLISIS GRÁFICA 1:	48
8.2	ANÁLISIS GRÁFICA 2	49
8.3	ANÁLISIS GRÁFICA 3	50
8.4	ANÁLISIS GRÁFICA 4	51
8.5	ANÁLISIS GRÁFICA 5	52
8.6	ANÁLISIS GRÁFICA 6	53
8.7	ANÁLISIS GRÁFICA 7	54
8.8	ANÁLISIS GRÁFICA 8	55
8.9	ANÁLISIS GRÁFICA 9	56
9	DISCUSIÓN	57
10	CONCLUSIONES	60
11	RECOMENDACIONES	62
12	BIBLIOGRAFÍA	64

ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Clasificación de simuladores	18
Ilustración 2 Clasificación de complicaciones en el embarazo	28
Ilustración 3 Decálogo CLAP OPS/OMS 2003: Metas a lograr en la atención materno perinatal en América Latina y el Caribe	30
Ilustración 4 Encuesta. Pregunta 1	48
Ilustración 5. Encuesta. Pregunta 2.....	49
Ilustración 6. Encuesta. Pregunta 3.....	50
Ilustración 7. Encuesta. Pregunta 4.....	51
Ilustración 8. Encuesta. Pregunta 5.....	52
Ilustración 9. Encuesta. Pregunta 6.....	53
Ilustración 10. Encuesta. Pregunta 7.....	54
Ilustración 11. Encuesta. Pregunta 9.....	56

TABLAS

Tabla 1 resolución 1441 de mayo 6 de 2013	38
---	----

1 RESUMEN

Antecedentes: La mortalidad materna continúa siendo el indicador de mayor impacto mundial en el área de la salud, la OMS(Organización Mundial de la salud) estima que diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en el 2010 hubo 287000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado. La mejora de la salud materna es uno de los ocho objetivos del milenio adoptados por la comunidad internacional en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en 2000. El 5 objetivo del milenio consiste en reducir a 2015, la razón de mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes; El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas; el 80% de las muertes corresponden a causas directas y dentro estas causas se encuentran las asociadas a distocias asociadas a la fase expulsiva del trabajo de parto vaginal , una de las principales estrategias planteadas para la reducción de estas cifras consiste en brindar una atención de calidad a la gestante, y una de las principales tácticas planteadas en este trabajo consiste en brindar una capacitación del personal en formación y profesional que se encarga de la atención de este grupo poblacional a través de la simulación cínica para la atención de trabajo de parto vaginal eutócico.

Objetivo: Diseñar un protocolo de simulación clínica para la atención del trabajo de parto vaginal eutócico, realizando adecuado diligenciamiento de instructivo CLAP, y su uso en el laboratorio de simulación de la universidad del Tolima durante el semestre A del 2014.

Metodología: Se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura disponible, luego se planteó el diseño del protocolo de simulación para atención de parto vaginal eutócico; posteriormente se

escogió una muestra aleatoria representativa de 50 personas que pertenecen a personal en formación y profesionales en el área, a quienes se les aplicó una encuesta de percepción del protocolo.

Resultados: De la población encuestada la percepción del protocolo planteado es la siguiente: El 94% considera adecuada la metodología utilizada, 92% encuentra clara la redacción, 92% percibe similitud entre el protocolo y la realidad, el 92% que la información contenida es necesaria, el 98% no considera pertinente simplificar el protocolo, el 100% de la población entendió el objetivo, afianzo los conocimientos, lo consideran relevante para el desarrollo como profesional y el 62% ha asistido alguna vez al laboratorio de simulación clínica de la universidad del Tolima.

Análisis de resultados: La estrategia de capacitación del personal de salud que se desenvuelve en el área de obstetricia a través de la aplicación de un protocolo de atención de parto vaginal eutócico realizando el adecuado diligenciamiento del instructivo (partograma) diseñado por el CLAP, es una medida costo efectiva que contribuye a mejorar la calidad del proceso de atención de la materna en la fase activa del trabajo de parto, contribuyendo a disminuir los eventos adversos y por ende impactando positivamente la tasa de mortalidad materna, contribuyendo al cumplimiento del 5 objetivo del milenio.

Palabras clave: Mortalidad materna, morbilidad materna extrema, seguridad del paciente, evento adverso, partograma, CLAP (Centro latinoamericano de perinatología), eutócico, objetivos del milenio.

ABSTRACT

Background: Maternal mortality remains the greatest global impact indicator in the area of health, the WHO (World Health Organization) estimates that 1,500 women die every day from complications of pregnancy and childbirth. It is also estimated that in 2010 there were 287,000 maternal deaths worldwide. Most of them corresponded to developing countries and could have been avoided. Improving maternal health is one of the eight Millennium Development Goals adopted by the international community at the Millennium Summit of the United Nations in 2000. The fifth Millennium Development Goal is to reduce to 2015 the maternal mortality ratio (MMR) by three quarters, the risk of maternal death over life is 1/ 75 in developing regions and 1/ 7300 in developed regions, 80% of these deaths happen because of direct causes and these causes are associated with dystocia which are associated with the expulsive phase of trial of labor, one of the main strategies proposed to reduce these figures is to provide quality care to pregnant women, and one of the main tactics raised in this paper is to provide staff training in professional training, which is responsible for the care of this population through the cynical simulation for care work eutocic vaginal delivery.

Objective: To design a clinical simulation protocol for care work eutocic vaginal delivery, filling adequately the CLAP instructive, and its use in the simulation lab of University of Tolima throughout the semester A of 2014.

Methodology: A comprehensive literature search was conducted, then the protocol design for simulation care of eutocic vaginal birth was set; later on, a random representative sample of 50

persons belonging to trainees and practitioners in the area was chosen to who a perception survey protocol was applied.

Results: Of the surveyed population, the protocol perception posed is as follows: 94% considered the methodology used was right, 92% found the writing clear, 92% perceived similarity between the protocol and reality, 92% established that the information contained was enough, 98% did not consider relevant to simplify the protocol, 100% of the population understood the objective, fortifying the knowledge, considering it relevant to the professional development and the 62% have attended the clinical simulation laboratory of University of Tolima.

Analysis of results: The training strategy of the health department that develops in the area of obstetrics through the implementation of a protocol of care of eutocic vaginal childbirth by performing a proper processing of the instructive (partograph) designed by the CLAP, it is a cost effective manner to improve the quality of the maternal care during the active phase of labor, by helping to reduce adverse events and thus positively impacting the maternal mortality rate, helping to meet the fifth millennium Development Goal.

Keywords: Maternal mortality, extreme maternal morbidity, patient safety, adverse event, partograph, CLAP (Latin American Center for Perinatology) eutocic, millennium goals.

2 INTRODUCCIÓN

El presente trabajo consiste en la realización de un protocolo de simulación de la atención del trabajo de parto vaginal eutócico, diligenciando el instructivo de partograma CLAP (Centro Latinoamericano de perinatología), para la simulación clínica, en el laboratorio de la Universidad del Tolima, unificando las principales guías creadas a nivel mundial, nacional y departamental.

Para la elaboración del protocolo se realizó una búsqueda exhaustiva y confiable de bibliografía relacionada con la seguridad del paciente en obstetricia, simulación clínica y bases fisiológicas de atención del parto vaginal, seguido de una revisión de simuladores clínicos de obstetricia y protocolos previos disponibles en el laboratorio de simulación de la universidad del Tolima, consecutivamente se realizó un muestreo aleatorio estratificado con el fin de obtener una representación significativa de la población interviniente en la atención del parto, a la cual se aplicó una encuesta de percepción del protocolo y permitió establecer la utilidad del instrumento creado.

Teniendo en cuenta que la morbilidad materna es un indicador que demarca el grado de desarrollo de un país; la OMS incluyó dentro de los objetivos del milenio “Mejorar la salud sexual y reproductiva” (OMS Organización mundial de la Salud, 2012), haciendo énfasis en los países en vía de desarrollo; Colombia, al pertenecer a este grupo ha centrado sus políticas en acciones que impacten a este nivel.

Dentro de las principales causas de morbilidad materno perinatal se encuentran las distocias, motivo por el cual la fase activa del parto es un acto de gran responsabilidad que

asume el personal del servicio de ginecoobstetricia, debido al potencial riesgo de complicaciones que existen para el binomio madre e hijo; contar con profesionales que tengan un adecuado balance entre la teoría y la experiencia práctica en la atención del mismo contribuye a disminuir el error producido por el factor humano.

Finalmente se espera que a través del aporte teórico realizado con la creación del protocolo, el profesional de la salud en formación adquiera conocimientos, actitudes, aptitudes y habilidades, en la atención del trabajo de parto vaginal que contribuya a disminuir la frecuencia de eventos adversos y por ende la morbi-mortalidad materno perinatal.

3 JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad del paciente permite entregar a los usuarios, servicios de salud caracterizados por procesos con sello de garantía en todos los niveles de atención, donde los procedimientos estén diseñados y sean aplicados con el mínimo error, evitando la aparición de eventos adversos e incidentes que puedan poner en riesgo su integridad.

Teniendo en cuenta que el quinto objetivo del milenio es la reducción de la tasa de mortalidad materna hasta un 47% en el 2015 (ONU Organización de las Naciones Unidas, 2000), y que en Colombia dentro de los desarrollos técnicos y normativos de la política nacional de salud pública, se fijó como meta, reducir la mortalidad materna a un 45% por cada 100000 nacidos vivos en el año 2015 (Ministerio de Protección Social, 2010); se hace necesario diseñar estrategias para minimizar los eventos adversos en obstetricia y disminuir la tasa de muertes maternas evitables. Como contribución al cumplimiento de este objetivo se propone la creación de un protocolo, definido como “el conjunto de procedimientos destinados a estandarizar un comportamiento humano o sistémico artificial frente a una situación específica” (Real Academia de la Lengua Española, 2005), para este caso, el *protocolo de simulación clínica para la atención del trabajo de parto vaginal eutócico realizando adecuado diligenciamiento del instructivo CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología), y su uso en el laboratorio de simulación de la universidad del Tolima semestre A año 2014.*

El mencionado protocolo, será una herramienta de fácil manejo, con información precisa, que describa las diferentes etapas de la atención del parto vaginal y su adecuada

aplicación en el laboratorio de simulación de la universidad del Tolima; coadyuvando a estandarizar conceptos y conductas en los manejos médicos, con el fin de mejorar los procesos de la atención del parto por medio de la práctica, bajo la supervisión y correctivas de expertos que promuevan el aprendizaje y disminución del error humano, impactando en la disminución de eventos adversos.

Los estudiantes, profesores, enfermeras, médicos e investigadores de la Universidad del Tolima serán beneficiarios de esta herramienta gracias al fácil acceso; estará disponible como material de las asignaturas de gineco-obstetricia (en la biblioteca, laboratorio de simulación, facultad de ciencias de la salud, Hospital Federico Lleras, entre otros), fomentando las buenas prácticas y el aprovechamiento de la sala de simulación. Se espera una reducción en las tasas de mortalidad materna, contribuyendo con el cumplimiento de los objetivos nacionales, departamentales e internacionales.

4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad materna es el indicador de mayor impacto en la evaluación de la calidad de los procesos de atención en salud obstétrica y perinatal en cualquier país del mundo, la OMS estima que cada día mueren 1500 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, lo que se traduce en cerca de 550 mil muertes anuales (Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2013). En 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos; prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado; alrededor del 80% de las causas de mortalidad materna corresponden a complicaciones durante el trabajo de parto (Organización Mundial de la Salud OMS).

En el Tolima según estadísticas de la secretaria de salud departamental, la mortalidad materna en el 2009 fue de 43,45 por 100.000 nacidos vivos, la tendencia evidencia un decremento general en el periodo de análisis, de 85,86 en 2005 a 43,45 en el 2009, con un promedio de 68,06; según datos preliminares de 2010 la tasa aumentó de manera significativa pasando al 76,97 por cada 100.000 nacidos vivos y con una disminución notable en el 2011 de 43,66 por cada 100.000 nacidos vivos.

La seguridad del paciente tiene como principal objetivo disminuir la ocurrencia de eventos adversos en el ámbito hospitalario y por ende ha sido uno de los tópicos más importantes a tratar en salud, con énfasis en el área de obstetricia, debido al impacto familiar, social y económico que tiene la mortalidad materna (Vélez Álvarez GA, 2013).

En los diferentes niveles de atención en salud se evidencia que la mayoría de eventos adversos implicados en la mortalidad materna (infecciones, hemorragias, entre otros) se relacionan con inadecuadas prácticas en el seguimiento y atención del trabajo de parto y pudieron ser prevenidas, lo cual hace necesaria la formación y entrenamiento del personal asistencial a través de la simulación clínica.

5 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un protocolo de simulación clínica para la atención del trabajo de parto vaginal eutócico, realizando adecuado diligenciamiento del instructivo CLAP, y su uso en el laboratorio de simulación de la universidad del Tolima durante el semestre A del 2014.

5.1 Objetivos Específicos

1. Realizar un diagnóstico de la sección de obstetricia del laboratorio de simulación clínica de la universidad del Tolima
2. Estandarizar los términos del protocolo de atención del trabajo de parto vaginal y la adaptabilidad de los procesos teniendo en cuenta las sugerencias de expertos en el departamento.
3. Aplicar una encuesta de percepción del protocolo creado a una muestra aleatoria representativa de personal en formación y profesionales.
4. Diseñar una lista de chequeo de cumplimiento del protocolo elaborado para ser aplicada a los practicantes que asistan al laboratorio de simulación.

6 MARCO TEÓRICO

6.1 SIMULACIÓN CLÍNICA

6.1.1 DEFINICIONES

6.1.1.1 Simulación:

“Situación o ambiente creado por personas expertas en representar un evento real en propósitos de práctica, aprendizaje, evaluación, comparación o para entender los sistemas o acciones humanas” (Raffo Escalante Kanashiro, 2013)

6.1.1.2 Simulador:

Término genérico que designa un objeto físico, un dispositivo una situación o un medio donde pueden representarse de manera realista y dinámica una tarea o una serie de tareas. (Roxane Gardner, 2008)

6.1.1.3 Clasificación de simuladores

Capacidad del simulador					
	Entrenador por partes	Simulador basado en un monitor	Simulador basado en un modelo	Simulador basado en una pantalla de ordenador	Simulador de realidad virtual/táctil
Fidelidad	Baja	Intermedia	Alta	Baja a alta	Intermedia a alta
Retroalimentación para el usuario	Nula	Nula a parcial	Sí	Sí	Sí
Coste	Bajo a moderado	Moderado	Alto	Moderado a alto	Muy alto

Ilustración 1 Clasificación de simuladores

(Roxane Gardner, 2008)

6.1.2 MARCO HISTÓRICO DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA

A finales de los años 60 se creó el primer modelo de simulación humana orientado al personal en formación en anestesiología, posteriormente sin tener mayor acogida por el personal en formación a finales de la década de los 80s resurge el concepto basado en la simulación realizada por otros sectores de la industria como la aviación, a partir de este avance ha existido una evolución importante de los modelos de simulación acercándose cada vez a la realidad y ampliándose a las demás especialidades médicas. (Roxane Gardner, 2008)

Actualmente han creado centros de simulación clínica que permiten una adecuada sistematización de la práctica con objetivos claros y precisos conducidos a la disminución de eventos adversos por impericia.

6.1.2.1 *Simulación en obstetricia*

El principal objetivo de la simulación clínica en el área de obstetricia es mejorar la atención a la mujer y al recién nacido disminuyendo las tasas de morbilidad, materno perinatal. En el siglo XVII los cirujanos parteros empezaron a crear los primeros simuladores con la finalidad de entrenar a las comadronas, posteriormente Gregoire modificó el modelo que permaneció vigente durante ese siglo para el entrenamiento; posteriormente en el siglo XVIII fue creada la máquina, un modelo que se acercaba mucho más a la realidad, modelo que perduró hasta el siglo XX cuando finalmente se adaptaron modelos anatómicamente equiparables con la realidad dándole más credibilidad al concepto de simulación en obstetricia. Actualmente se encuentran simuladores por partes anatómicas para simular cada etapa del trabajo de parto, hasta modelos completos con una alta fidelidad, que debido a la complejidad aumentan los costos de la

adquisición del mismo, es importante utilizar cada modelo de acuerdo a los objetivos específicos de cada práctica. (Roxane Gardner, 2008)

A partir de lo mencionado, han surgido programas de entrenamiento basados en la simulación estructurada con la finalidad de perfeccionar el actuar y disminuir los riesgos, demostrado a través de múltiples estudios que revelan una reducción importante de riesgo de complicaciones asociadas al trabajo de parto para la madre y el neonato; el estudio retrospectivo realizado en el Reino Unido, donde fue analizada una cohorte de años y previos y posteriores encontrando una disminución de APGAR < 5% del 86.6 % al 44.6% y de encefalopatía hipóxico isquémica de un 27,3 hasta un 13,6 por cada 10.000 partos atendidos. (Roxane Gardner, 2008)

En Colombia, la Asociación Colombiana de Simulación Clínica en ciencias de la salud ACS-CS, es una agrupación de profesionales vinculados con la docencia o la investigación en las ciencias de la salud, sin ánimo de lucro, de carácter privado, autónoma, apolítica, creada para propender por el progreso científico y la permanente actualización profesional de sus afiliados, cuyo objetivo es fomentar el concepto de simulación clínica en las instituciones dedicadas a la enseñanza de las ciencias de la salud en pre y post grado, crear lazos de unión entre las instituciones y crear líneas de investigación en simulación. (Asociación Colombiana de Simulación Clínica en ciencias de la salud ACS-CS, 2008)

Cabe resaltar que en Colombia aunque existen laboratorios de simulación, se requiere mayor inversión en espacios adecuados para el entrenamiento del personal en formación lo que convertiría la simulación clínica en un requisito para acceder a la práctica real.

6.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE

6.2.1 DEFINICIONES GENERALES

Para estandarizar conceptos relacionados con la seguridad del paciente se seguirá la taxonomía desarrollada por la OMS, y los criterios definidos en apoyo de la Alianza Mundial para la Seguridad el Paciente, así como las definiciones de la política de seguridad del paciente del país; relacionados a continuación

6.2.1.1 Seguridad del paciente

Reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

6.2.1.2 Falla de la atención en salud

Deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

6.2.1.3 Clasificación del evento

- Atención segura
- Complicación
- Evento Adverso
- Incidente
- Indicio de atención insegura
- Violación de la seguridad de la atención

6.2.1.4 Indicio de atención insegura:

Acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

6.2.1.5 Incidente relacionado con la seguridad del paciente

Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

- Cuasi incidente: no alcanza al paciente.
- Incidente sin daño: alcanza al paciente, pero no causa ningún daño apreciable.

6.2.1.6 Evento adverso

Incidente que produce daño a un paciente

- **Evento adverso prevenible**: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial, disponibles en un momento determinado.
- **Evento adverso no prevenible**: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

6.2.1.7 Los eventos adversos de acuerdo con su gravedad

- **Grave**: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta y que ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere de una intervención quirúrgica.
- **Moderado**: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta y que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria de al menos un día.
- **Leve**: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta y que no prolonga la estancia.

6.2.1.8 Resultados para el paciente:

Corresponden a los efectos sobre el paciente y pueden ser:

- **Daño:** alteración estructural o funcional del organismo y cualquier efecto perjudicial derivado de la atención.
- **Enfermedad:** disfunción fisiológica o psicológica.
- **Lesión:** daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.
- **Sufrimiento:** la experiencia de algo subjetivamente desagradable.
- **Discapacidad:** cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de a actividad y restricción de la participación en la sociedad asociadas a un daño pasado o presente.

6.2.1.9 Violación a la seguridad de la atención en salud:

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son infracciones a los procesos de atención en salud, intencionales que implican la desviación deliberada de un procedimiento de un estándar o de una norma de funcionamiento.

6.2.1.10 Sistema de gestión del evento adverso:

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias y se basa en acciones de reducción de riesgo que son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

6.2.1.11 Barrera de seguridad:

Corresponde a una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

6.2.1.12 Factor contribuyente:

Circunstancia, acción o influencia que se considera ha desempeñado un papel en el origen o en la evolución de un incidente, o que ha aumentado el riesgo de que se produzca. Dichos factores pueden ser externos a la organización, organizacionales, relacionados con el personal de salud (por ejemplo, falta de información o entrenamiento o ausencia de supervisión) o relacionados con el paciente (por ejemplo conducta riesgosa, nivel educativo). Los errores humanos podrían clasificarse en errores humanos, fallos del sistema y características del paciente.

6.2.1.13 Factores de recuperación:

Comprenden la detección y atenuación del incidente. La detección se define como una acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente. Los mecanismos de detección pueden formar parte del sistema (por ejemplo, las alarmas de los circuitos de los ventiladores o de las bombas de infusión) o pueden ser el resultado de un proceso de inspección o de vigilancia.

6.2.1.14 Factor atenuante:

Se define como una acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño al paciente. El mecanismo del daño ya se ha iniciado, pero aún no ha producido el máximo daño posible. (Por ejemplo, uso de antídotos o uso de medicamentos para anular la acción de otros).

6.2.1.15 Medidas adoptadas para reducir el riesgo:

Se definen como acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente. Estas acciones pueden relacionarse directamente con los incidentes y factores contributivos, la detección de los factores

atenuantes o las acciones de mejora que pueden ser proactivas (antes de que suceda el incidente) o reactivas (a partir de los conocimientos adquiridos tras la observación del mismo)

6.2.2 MARCO HISTÓRICO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La difusión pública del informe del Instituto de Medicina (Institute of Medicine, IOM) de Estados Unidos “To err is human: Building a safer health system” en 1999, evidenció que la salud no es tan segura como debería ser. En esta publicación se estimaron que los eventos adversos causaron entre 44 mil y 98 mil muertes cada año en los hospitales de Estados Unidos, superando las muertes por accidentes vehiculares (8ª causa de muerte en U.S.A.), similar a las muertes por cáncer de mama equiparable a un accidente fatal diario de un avión lleno de pasajeros). También denunció un millón de días extras en hospitalizaciones y que entre 2,9 y 3,7% de los ingresos sufrirán un evento adverso (6,6 a 13,6% conducente a la muerte). Publicaciones similares en otros países como Australia, Gran Bretaña e Irlanda del Norte confirmaron el problema. Colocando los problemas en seguridad de los pacientes como prioridad en los programas políticos. (Linda T. Kohn, 1999)

La Organización Mundial de la Salud, (OMS), en el 2001 asume el problema. De aquí nace la World Alliance for Patient Safety (Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente) en 2004, iniciando el liderazgo de la OMS sobre este campo. La OMS define la Seguridad del Paciente como la “ausencia de lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención en salud”. La seguridad del paciente también ha aumentado las expectativas sobre la responsabilidad de los docentes en salud para asegurar el logro de las competencias. El objetivo principal de los profesionales de la salud debe ser la prestación de la atención con la mejor

calidad posible a los pacientes. La educación en salud es un medio fundamental para lograr este objetivo ayudando a los profesionales a desarrollar una gama adecuada de habilidades, conocimientos y actitudes. (Linda T. Kohn, 1999)

En Colombia a raíz de la problemática planteada, en asociación con cuatro países de América latina en 58 centros de atención hospitalaria en 11.379 pacientes y con el patrocinio de alianza mundial de seguridad del paciente OMS (Organización Panamericana de la Salud) de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) se realizó el estudio IBEAS una red segura en la atención del paciente en Latinoamérica que arrojó datos relevantes; 13 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado habían sufrido daño como resultado de la atención, y que este tiempo se duplica en relación con el tiempo de estancia hospitalaria, y más importante aún que más de la mitad de incidentes presentados eran evitables, permitiendo establecer con estadísticas la situación actual de seguridad del paciente en Latinoamérica, incentivando a las entidades de cada país a implementar políticas seguras que permitan prevenir la ocurrencia de estos eventos. (MIN PROTECCION SOCIAL, 2010)

Con base en lo mencionado anteriormente en el 2008 el Ministerio de la Protección Social “impulsa la política de seguridad del paciente liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad de la Atención SOGC cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente” (MIN PROTECCION SOCIAL, 2010) con la creación de la guía técnica en salud 001 GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE el 4 de marzo de 2010 cuyo

propósito es brindar a las instituciones recomendaciones técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

La práctica segura depende de procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, involucrar los pacientes y a los allegados en su seguridad e incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales; con respecto al eje principal del trabajo que es la paciente en obstetricia el ítem de procesos asistenciales hace referencia a garantizar la atención segura del binomio madre e hijo con el fin de impactar significativamente en la reducción de la muerte materno perinatal.

6.3 DEFINICIONES DE MORTALIDAD MATERNA EXTREMA

Durante el embarazo el proceso salud -- enfermedad está representado por una secuencia de eventos entre los extremos de salud y muerte. Dentro de esta secuencia un embarazo puede ser considerado como no complicado, complicado (morbilidad), severamente complicado (morbilidad severa), o con una complicación severa que amenaza la vida de la gestante. (MIN PROTECCION SOCIAL, 2010)

En esta última condición las mujeres se pueden recuperar, presentar incapacidad temporal o permanente y morir. Aquellas gestantes que sobreviven a una complicación que amenazaba su vida y que cumplan con los criterios de inclusión definidos para la identificación de caso son consideradas como casos de morbilidad materna extrema

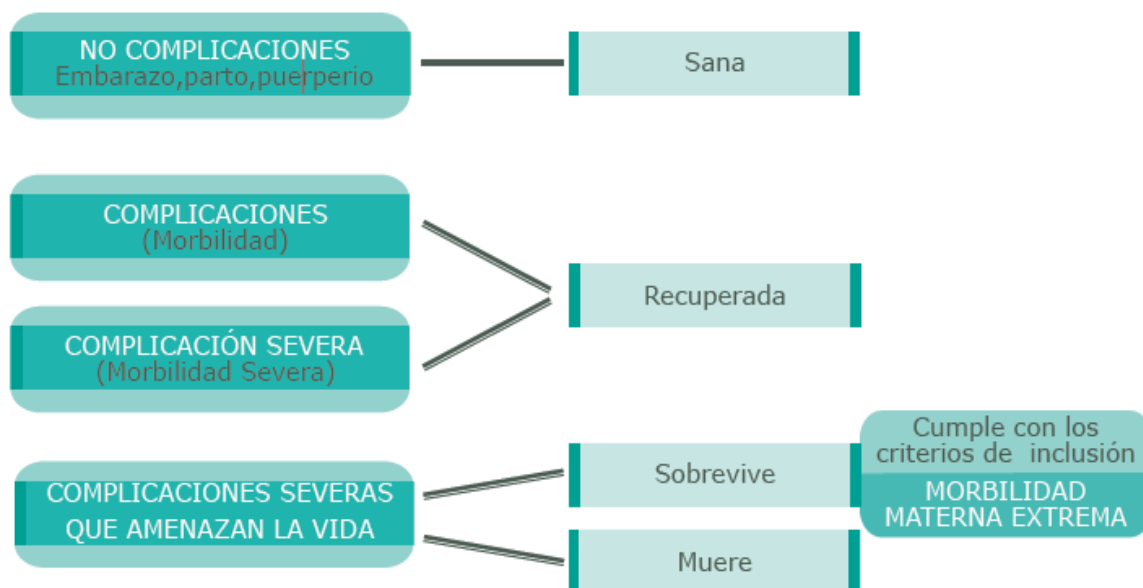


Ilustración 2 Clasificación de complicaciones en el embarazo

(MIN PROTECCION SOCIAL, 2010)

A partir de 2007 la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) concertó el uso del término “morbilidad materna extrema”, como el que mejor define aquellas gestantes sobrevivientes posterior a una complicación que amenazaba su vida, y la definió como “una complicación severa que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte”. (MIN PROTECCION SOCIAL, 2010)

La identificación del caso se debe realizar con base en los tres grupos de criterios propuestos por la OMS los cuales pueden ser adaptados a las características particulares de cada región, relacionados con aspectos clínicos, epidemiológicos, tecnológicos y administrativos.

La FLASOG propone la identificación del caso a partir de la presencia de uno o más criterios de inclusión relacionados con cualquiera de los tres grupos propuestos por OMS (criterios de inclusión mixtos).

6.4 SIMULACIÓN CLÍNICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el informe “To err is human” recomiendan el uso de la simulación para enfatizar la seguridad del paciente, a través del entrenamiento de los nuevos funcionarios, resolución de problemas, manejo de crisis, especialmente de situaciones nuevas o poco frecuentes y procedimientos potencialmente de riesgo. (Linda T. Kohn, 1999)

En la sociedad existe la tendencia punitiva a las fallas o errores cometidos en la atención en salud. La segunda víctima del error después del paciente es el profesional de la salud, motivo por el cual instaurar la cultura del reporte de eventos adversos es aún más complejo, es por ello que en la actualidad la tendencia de las políticas de seguridad del paciente va encaminada a la evaluación objetiva de riesgos potenciales y a la creación de barreras de seguridad; a través de la simulación clínica entrenando adecuadamente al personal sanitario se contribuye en gran medida a la reducción del riesgo asociado al error humano

6.5 TRABAJO DE PARTO Y ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO

La OMS y demás organizaciones internacionales han trabajado en un esfuerzo conjunto para que la atención materno perinatal sea asumida con la menor probabilidad de riesgo posible pero también tratando de mantener la misma como parte de proceso vital y no como una enfermedad

involucrando a la materna y a la red de apoyo de la misma. Con tal fin el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología) modificó las metas inicialmente planteadas por la OMS y definió los siguientes criterios:

DECÁLOGO CLAP OPS/OMS 2003: Metas a lograr en la atención materno perinatal en América Latina y el Caribe
1. Conocer la epidemiología de nuestra realidad para enfocar nuestras acciones a los problemas prioritarios.
2. Que toda mujer de la región pueda alcanzar su salud reproductiva.
3. Que las prácticas utilizadas en la atención sean basadas en la mejor evidencia disponible.
4. El trato brindado debe ser humanitario y centrado en la familia receptora.
5. El resultado de nuestra atención debe basarse no sólo en los aspectos físicos, sino también emocionales y sociales.
6. Que la mujer esté involucrada en sus cuidados y en el proceso de la atención.
7. Que las tecnologías sean evaluadas antes de ser introducidas en la práctica clínica.
8. Que la región investigue en forma mancomunada la búsqueda de soluciones a los problemas prioritarios.
9. Exigir que los profesionales de la salud cuenten con un sistema de certificación periódica por organismos de pares.
10. Todas las mujeres deben recibir calidad de la atención igualitaria.

Ilustración 3 Decálogo CLAP OPS/OMS 2003: Metas a lograr en la atención materno perinatal en América Latina y el Caribe

(CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología), 2005)

6.5.1 DEFINICIONES

6.5.1.1 Atención del trabajo de parto

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato. La gestación comprendida entre la semana 20 y la semana 24 debe ser asistida en forma individualizada por

los distintos procesos inherentes al trabajo de parto, de acuerdo con los recursos institucionales requeridos y la disponibilidad de un equipo multidisciplinario.

6.5.1.2 Parto normal

Es aquel de inicio espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones (Federación de Asociaciones de Matrones de España FAME, 2011)

6.5.1.3 Factores de Riesgo en el Momento del Trabajo de Parto (GRUPO NACER, 2007)

6.5.1.3.1 Biológicos

Gestante adolescente (< 19 años)

Gestante mayor (> 35 años)

Gran multiparta (más de cuatro partos)

Historia obstétrica adversa (aborto, muerte fetal, muerte perinatal, diabetes gestacional, preeclampsia-eclampsia, anomalías congénitas)

Primípara inmunológica

Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa o miomectomía)

Edad gestacional no confiable o no confirmada

Edad gestacional pretérmino o prolongado

Paraclínicos o ecografías con hallazgos anormales

Anemia

Fiebre

Cefalea y epigastralgia.

6.5.1.3.2 Psicosociales

Inicio tardío del control prenatal

Falta de apoyo social, familiar o del compañero

Tensión emocional

Alteraciones de la esfera mental

Dificultades para el acceso a los servicios de salud

Ausencia de control prenatal

Vivir en el área rural

No estar afiliada al sistema general de seguridad social.

6.5.1.3.3 Del medio

Recursos inadecuados para la prestación del servicio (incluye, además del talento humano y de los recursos técnicos institucionales, el funcionamiento adecuado de los sistemas de referencia y contrarreferencia.

6.5.1.3.4 Comportamentales

Alcoholismo

Drogadicción

Tabaquismo

6.5.1.4 Historia Clínica de ingreso al servicio de obstetricia (GRUPO NACER, 2007)

Para atención del parto vaginal a todas las gestantes en trabajo de parto fase activa , se revisara existencia o no de controles prenatales , paraclínicos preexistentes y ecografías disponibles,

solicitando los que se requieren en caso de que no haya existencia de los mismos, realizar una revaloración del riesgo al ingreso según formato CLAP [Anexo 2](#) en el cual se encuentra diligenciada historia clínica prenatal, posteriormente se iniciara a diligenciar el formato creado por el CLAP [Anexo 3](#) para el seguimiento del trabajo de parto , detección de alteraciones para definir la conducta.

6.5.2 Periodos del trabajo de parto

Es importante determinar las fases del trabajo de parto ya que en la fase activa se inicia el diligenciamiento del partograma, CLAP, [anexo 3](#) para seguimiento del inicio de trabajo de parto, definido como la presencia de contracciones con una frecuencia de 3 en 10 minutos y con una duración cada una de 40 segundos, relacionado a cambios cervicales dados por una dilatación superior de 4 cm.

6.5.2.1 Primer periodo: Dilatación (GRUPO NACER, 2007)

Realizando el adecuado seguimiento de la actividad uterina y dilatación por medio del tacto vaginal se considera como detención luego de que después de 1 h en multíparas y 3 h en las nulíparas con adecuada actividad uterina y sin desproporción cefalopelvica no hay progresión de la misma; se ha demostrado que la utilización adecuada del partograma elaborado por el CLAP se disminuyen las presencia de incidentes y eventos adversos.

6.5.2.2 Segundo periodo: Expulsivo (GRUPO NACER, 2007)

El descenso y posterior encajamiento de la presentación, son fenómenos relativamente tardíos en relación con la dilatación cervical; esta circunstancia es particularmente válida en las primíparas

más que en las multíparas. Por otro lado, estas últimas tienden a exhibir mayores velocidades de dilatación y descenso.

Durante este período es de vital importancia el contacto visual y verbal con la gestante para disminuir su ansiedad, así como la vigilancia estrecha de la fetocardia. Inicialmente, es preciso evaluar el estado de las membranas, si se encuentran íntegras, se procede a la amniotomía y al examen del líquido amniótico. Si el líquido amniótico se encuentra meconiado y si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si éstas son favorables la gestante deberá ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico. El pujo voluntario sólo debe estimularse durante el expulsivo y en el momento de las contracciones.

Se debe suspender la episiotomía rutinaria durante el parto en los sitios donde aún se haga esta intervención. Se debe dar uso restrictivo de la episiotomía (parto instrumentado, parto pretérmino, parto en pelvis, sospecha de macrosomía fetal, desgarro perineal inminente). Una revisión sistemática analizó los posibles efectos beneficiosos y perjudiciales del uso restrictivo de la episiotomía comparado con el uso rutinario. Se incluyeron 6 ECC y se concluyó que el uso rutinario de la episiotomía no disminuye la incidencia de desgarro perineal de 3 y 4 grados y que su uso restrictivo muestra un menor riesgo de morbilidad incluyendo trauma perineal posterior, necesidad de sutura del trauma perineal y complicaciones en la cicatrización a los siete días. No hay diferencias en lo que respecta a trauma y dolor perineal o vaginal severo, dispareunia o incontinencia urinaria. La única desventaja del uso restrictivo de la episiotomía es un aumento del riesgo de trauma perineal anterior. (GRUPO NACER, 2007)

6.5.2.3 Tercer periodo: Alumbramiento activo de la placenta (GRUPO NACER, 2007)

En la actualidad, en medios hospitalarios se debe realizar manejo activo del alumbramiento en vez del manejo expectante. El manejo expectante del tercer período del trabajo de parto consiste en permitir que la placenta sea expulsada espontáneamente o ayudada por la gravedad o la estimulación del pezón.

Los signos clínicos para valorar un desprendimiento espontáneo de la placenta son: contracción del fondo uterino; formación del globo de seguridad; expulsión súbita de sangre; descenso de la pinza indicadora (descenso del cordón umbilical); reaparición de contracciones dolorosas; palpación de la placenta en la vagina; signo del pescador (al ejercer tracción del cordón se observa el descenso del fondo uterino si no ha ocurrido el desprendimiento) y signo del pistón (tracción cefálica del segmento para valorar el ascenso del cordón cuando no ha ocurrido el desprendimiento).

El manejo activo consiste en lo siguiente:

- Dentro de un minuto del nacimiento se palpa el abdomen para descartar la presencia de otro feto y se administra un medicamento uterotónico: oxitocina o ergometrina si no hay contraindicaciones tales como hipertensión, preeclampsia o eclampsia.
- En la mayoría de los estudios se hace pinzamiento temprano del cordón para realizar el resto del protocolo. El cordón se pinza cerca del periné.
- Esperar una contracción uterina fuerte (usualmente dos a tres minutos después del parto).
- Aplicar tracción controlada del cordón para obtener lentamente el parto de la placenta, mientras que se estabiliza el útero aplicando contratracción por encima del pubis para prevenir la inversión uterina.

- Si la placenta no desciende, detener la tracción y esperar la siguiente Contracción; tan pronto como ocurra el parto de la placenta hacer masaje uterino hasta que esté bien contraído.

Visualizar la placenta, se toma con las dos manos, se inicia un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa. Debe revisarse la placenta tanto por su cara materna (observar su integridad) como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etcétera.).

También debe verificarse la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos (lo normal, dos arterias y una vena). Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos.

Después del alumbramiento se continúa con una infusión I.V. de 5 a 10 unidades de oxitocina diluidas en 500 ó 1.000 cc de cristaloides para prevenir la hemorragia posparto por atonía uterina. Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto vaginal normal.

Si la madre lo ha elegido, se puede proceder a aplicar el DIU posparto. Éste debe aplicarse antes de hacer las suturas perineales; si no es posible, se hará dentro de las primeras 48 horas del posparto. La aplicación del DIU posparto debe ser hecha por personal experto con entrenamiento específico.

Suturar los desgarros de cuello o perineales o la episiotomía en forma anatómica por planos sin dejar espacios muertos o hemorragia activa. Se recomienda el uso de suturas de sintéticas absorbibles en lugar de catgut para reparar las lesiones perineales. Una revisión sistemática incluyó 7 ECC que compararon la utilización de materiales sintéticos versus el catgut para la reparación del periné. Se analizaron las siguientes variables de desenlace dolor, cantidad de analgesia utilizada, grado de dispareunia, remoción del material de sutura, necesidad de resuturar la herida y dehiscencia.

6.5.2.4 Cuarto periodo: Seguimiento del puerperio inmediato (GRUPO NACER, 2007)

El período comprende las dos primeras horas posparto. Durante éste, se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Signos vitales maternos
- Globo de seguridad
- Sangrado genital
- Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas si no se producen alteraciones en este período, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda, vacunación, puericultura, signos de alarma, consulta de puerperio y demás temática pertinente.

En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutoria de la institución y, si es necesario, deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia.

6.6 MARCO LEGAL DE HABILITACION

Cualquier institución prestadora de salud debe ofrecer los servicios bajo parámetros estándar que permitan ofrecer un servicio con calidad y con la mayor seguridad posible y dando cumplimiento al decreto 1011 de 2006 respecto a la revisión permanente y ajuste de los estándares que hacen parte de los diferentes componentes del Sistema Obligatorio Garantía de la Calidad de la Atención en Salud; se realiza modificación de lo previamente establecido respecto a los estándares de habilitación en salud en la resolución 1043 de 2006 ; se crea la **resolución 1441 de mayo 6 de 2013** teniendo cambios relevantes como son la disminución en la cantidad de estándares de 9 a 7, mayor énfasis en la seguridad del paciente que anteriormente se creía tema que solo correspondía a la acreditación, ahora hace parte fundamental dentro de la habilitación, a través de lo dispuesto en la actual norma se hará el registro en el formato REPS (registro especial de prestadores de servicios de salud), anualmente para renovación de la habilitación siempre y cuando se haya notificado la autoevaluación de acuerdo a lo establecido antes del 31 de mayo de 2014.

Respecto a lo que plantea la norma y que corresponde al tema a tratar en el presente trabajo los estándares de habilitación relacionados con el área de obstetricia son

Tabla 1 resolución 1441 de mayo 6 de 2013

Hospitalización obstétrica baja complejidad				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
Talento Humano	Disponibilidad de: Médico general, enfermera y auxiliar en enfermería, que podrán ser compartidos con otros servicios siempre y cuando el otro servicio no requiera exclusividad o permanencia garantizando el cubrimiento del servicio			

Hospitalización obstétrica baja complejidad				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
Infraestructura	<p>Cuenta con los siguientes ambientes, áreas o espacios y características exclusivos, delimitados, señalizados y de circulación restringida:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Área para recepción y entrega de pacientes. 2. Ambiente de trabajo de parto cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> - Unidad sanitaria. - Oxígeno y vacío 3. Ambiente de vestier para el personal asistencial que funciona como filtro <ul style="list-style-type: none"> - Baño para personal 4. Ambiente de vestier para pacientes que funciona como filtro <ul style="list-style-type: none"> - Puesto de control de enfermería. - Área con lavamanos quirúrgicos. - Ambiente para inactivación y prelavado de instrumental, si no cuenta con central de esterilización anexa al servicio. - Ambiente exclusivo de aseo que incluye poceta 			
	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de partos que cuenta con las siguientes características: <ol style="list-style-type: none"> 1. Área de atención al recién nacido. 2. Oxígeno y vacío en el ambiente de trabajo de partos. 3. Las puertas tienen visor o permiten la visualización entre el interior y el exterior del área. 4. Las puertas tienen un ancho que permite el paso de las camillas. 5. Área de adaptación del recién nacido 			
	<ul style="list-style-type: none"> • Sala(s) de recuperación (2 camillas por mesa de parto). <ol style="list-style-type: none"> 1. Para procedimientos quirúrgicos de obstetricia, las áreas y ambientes deberán cumplir con las características del servicio quirúrgico. 2. Cuando el servicio obstétrico funcione en zona de quirófanos, sólo podrá tener en común con éste, el vestier. 			
	<p>Si la institución ofrece servicios de trabajo de parto y recuperación, en la misma área, cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Una sola cama por habitación. 2. Baño. 3. Antecámara a manera de filtro incluye mesón de trabajo con poceta y lavamanos 4. Área para recuperación del recién nacido. 			
Dotación	<p>Adicional a lo exigido para hospitalización de baja complejidad, la sala de partos cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lámpara quirúrgica portátil o cialítica 2. Mesa de atención de parto, 3. Equipos de atención de partos, 			

Hospitalización obstétrica baja complejidad				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>Equipo de episiotomía y episiorrafia</p> <p>Para el área de adaptación de recién nacido</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mesa para atención del recién nacido. 2. Incubadora de transporte 3. Lámpara a de calor radiante o equivalente 4. Báscula 5. Pesa bebé 6. Tallímetro o metro 7. Fuente de oxígeno con mezclador. 8. Oxímetro de pulso. 9. Fonendoscopio 10. Catéteres vena umbilical 11. Equipo de reanimación para administración de presión positiva con límite de presión y manómetro. 			
Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos	Aplica lo de todos los servicios			
Procesos Prioritarios	<p>Adicional a lo exigido en todos los servicios cuenta con guías de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención del parto, 2. Indicaciones y técnica de la episiotomía y episiorrafia, 3. Complicaciones intraparto, instrumentación, 4. Atención al recién nacido: Profilaxis ocular y umbilical, adaptación, reanimación del recién nacido y criterios de remisión, vacunación. 5. Guías para la preparación de fórmulas lácteas artificiales, priorizando la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. 6. Se Implementan las guías clínicas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para garantizar la atención segura del binomio madre hijo y la prevención de infecciones asociadas al parto. 7. Protocolos de manejo del prematuro en programa canguro, el cual deberá ser conocido por el personal asistencial, para iniciar manejo del prematuro en el caso que se presente una urgencia en el hospital y deba iniciarse manejo y remisión donde ofrezcan atención integral al recién nacido prematuro, con base en los lineamientos que para éste programa establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. 8. Protocolo para pinzamiento oportuno del cordón. 9. Guías acordes a los lineamientos 			

Hospitalización obstétrica baja complejidad				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>1. Aplica el paquete instruccional de la buena práctica para la seguridad del paciente para la atención segura del binomio madre – hijo:</p> <p>a. Definir e implementar políticas institucionales para evitar barreras administrativas a las gestantes</p> <p>b. Definir e implementar 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.</p> <p>c. Documentar o adoptar, implementar y evaluar protocolos para la atención del binomio madre hijo y garantizar una adherencia superior al 85%</p> <p>d. Documentar o adoptar e implementar guías para atender oportuna e integralmente al recién nacido desde la sala de partos.</p> <p>e. Identificar a todo recién nacido institucionalmente</p> <p>f. Aplicar los criterios clínicos para el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales</p> <p>g. 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)</p> <p>h. Verificar con lista de chequeo que se cuenta con todos los insumos y dispositivos necesarios para la atención del parto.</p> <p>i. Evidenciar la transmisión efectiva de la información dentro del equipo de cirugía</p> <p>j. Implementar una lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería, según estado.</p> <p>k. Junto con la EPS, evidenciar la revisión del proceso de referencia y contra referencia para asegurar al binomio madre – hijo el transporte y la atención en los diferentes niveles de complejidad de los servicios que requieran</p> <p>2. Procedimientos establecidos para la remisión a especialidades, a vacunación, pacientes a tamizaje de optometría, audiolología, y terapia integral según necesidad.</p> <p>10. Guía de remisión de pacientes a los programas</p>			

Hospitalización obstétrica baja complejidad				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	de Protección Específica y Detección Temprana			
Historia Clínica y Registros	Adicional a lo exigido en todos los servicios. 1. Registro de partograma a toda materna en trabajo o labor de parto.			
Interdependencia	Adicional a las interdependencias anotadas en hospitalización de baja complejidad cuenta con lactario			
	Disponibilidad de vacunación			

(MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2013)

6.7 MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME)

6.7.1 GENERALIDADES

La vigilancia epidemiológica de la MME se define como el “componente del Sistema de Información de Salud, que facilita la identificación, notificación, determinación y cuantificación de las causas y la probabilidad de su prevención en áreas geográficas y períodos determinados, con el objeto de contribuir al desarrollo de las medidas necesarias para su prevención”. (MIN PROTECCION SOCIAL, 2010)

La OMS propone que además de la vigilancia de la Mortalidad Materna, se realice la vigilancia de la MME por considerar que ésta última ofrece ventajas como la posibilidad de analizar un mayor número de casos, la disponibilidad de la fuente primaria de la información (que en este caso es la mujer sobreviviente), y la menor prevención por parte de los equipos de salud para su análisis gracias a las pocas implicaciones legales asociadas al manejo de cada caso en particular.

La metodología planteada por la OMS es la siguiente:

1. La identificación del caso.
2. Las fuentes de información.
3. La identificación de los retrasos o demoras.
4. La asignación de la causa y su clasificación.
5. La definición de evitabilidad.
6. La evaluación de posibles fallas de la atención en salud.
7. La elaboración de un plan de acción.
8. La generación del dato.
9. El análisis colectivo de la información.
10. Tendencias.
11. Caracterización en tiempo, persona y lugar.
12. La construcción de indicadores.

6.7.2 DEFINICIONES

6.7.2.1 Definición del evento de Morbilidad Materna Extrema

Es una complicación grave que ocurre durante la gestación, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.

6.7.2.2 Criterios para definición de caso

Se considera como caso toda gestante sobreviviente que durante el embarazo, parto o puerperio presente uno o más de los siguientes criterios

6.7.2.3 *Relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica*

Eclampsia: presencia de una o más convulsiones generalizadas, estado de coma o ambos, en el contexto de la preeclampsia y en ausencia de otros trastornos neurológicos identificados.

Choque séptico: estado de hipotensión (TAS <90 – TAD<60) inducida por la sepsis a pesar de la adecuada administración de líquidos, asociada a los signos de disfunción multiorgánica.

Choque hipovolémico: es un estado fisiopatológico disparado por una falla en la entrega adecuada de oxígeno a las células y perpetuado por la respuesta celular a la hipoxia, con presencia de un cuadro clínico asociado a hipotensión severa, taquicardia, alteración de la conciencia, ausencia de pulsos periféricos, secundario a sangrado.

6.7.2.4 *Relacionados con falla o disfunción orgánica*

Cardiaca: paro cardíaco; edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos, soporte inotrópico, vasopresor y/o vasodilatador.

Vascular: ausencia de pulsos periféricos o hipotensión por 30 minutos o más asociada a choque de cualquier etiología (séptico o hipovolémico). Se manifiesta en general, por presión arterial <90 mmHg, presión arterial media <60 mmHg, disminución de la presión arterial sistólica por debajo de 40 mmHg, índice cardíaco >3.5 L /min.m², llenado capilar disminuido >2 segundos, necesidad de soporte vasoactivo. Se considerará también como falla vascular aquellos casos donde la TAS sea >160mmHg o TAD>110 mmHg persistente por más de 20 minutos.

Renal: deterioro agudo de la función renal, documentada por incremento de creatinina basal de un 50% en 24 horas o elevación de la creatinina sérica por encima de 1.2 mg/dl, oliguria (< 0.5 cc/Kg/hora) que no responde al reemplazo adecuado de líquidos y diuréticos endovenosos, trastorno del equilibrio ácido básico.

Hepática: alteración de la función hepática, que se documenta con ictericia de piel y escleras o bilirrubina total mayor de 3.0 mg/dl, elevación de valores de transaminasas a niveles moderadamente elevados: AST y ALT mayor de 70 UI/L, o elevación de LDH \geq 600 UI/L.

Metabólica: aquella que corresponde a comorbilidades adjuntas como la cetoacidosis diabética; crisis tiroidea, entre otras, y que se puede manifestar aparte de las alteraciones propias de la enfermedad de fondo, por hiperlactacidemia >200 mmol/L, hiperglucemia >240 mg/dl, sin necesidad de padecer diabetes.

Cerebral: coma, convulsiones, confusión, desorientación en persona, espacio y tiempo, signos de focalización, presencia de lesiones hemorrágicas o isquémicas.

Respiratoria: síndrome de dificultad respiratoria del adulto, necesidad de soporte ventilatorio invasivo o no invasivo.

Coagulación: criterios de CID, trombocitopenia (<100000 plaquetas) o evidencia de hemólisis (LDH > 600).

6.7.2.5 *Relacionados con el manejo instaurado a la paciente*

Ingreso a UCI: paciente que ingresa a unidad de cuidado intensivo excepto al indicado para estabilización hemodinámica electiva.

Cirugía: procedimientos diferentes a un legrado, parto o cesárea, practicados de urgencia para el manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de la gestante.

Transfusión sanguínea aguda: transfusión de tres o más unidades de cualquier componente sanguíneo ante evento agudo.

6.7.2.6 *Tipos de Demoras*

Demora tipo I: demora para reconocer el problema y la necesidad de atención en salud, relacionada con falta de información sobre complicaciones del embarazo, señales de peligro y desconocimiento de deberes y derechos en salud sexual y reproductiva.

Demora tipo II: demora en la toma de decisiones para la búsqueda de atención por parte de la gestante y su familia desde el sitio de habitación, relacionada con barreras sociales, culturales o económicas o con experiencias previas negativas frente a los servicios de salud.

Demora tipo III: demora para acceder a una atención oportuna, relacionada con vías, transporte, sistemas de remisión de pacientes entre la comunidad y los proveedores de asistencia sanitaria, y con retraso en la referencia cuando la gestante accede a los servicios de salud. Relacionado también con aspectos administrativos que generan demoras o con la oportunidad y calidad de la referencia en condiciones que salven vidas.

Demora tipo IV: asociado con todos los eventos que determinan una calidad de atención deficiente en los servicios de salud incluyendo, además del acto médico, todas las actividades de tipo administrativo que inciden en la óptima prestación del servicio desde la preconcepción, la atención prenatal, el parto y puerperio.

7 DISEÑO METODOLÓGICO

Inicialmente se hizo una revisión de la literatura a nivel mundial, nacional y local sobre simulación clínica en general y obstetricia, seguridad del paciente y los principales aspectos de

la atención del parto vaginal según direccionamientos mundiales y nacionales, con el fin de consolidar el marco de referencia.

El presente trabajo se realizó búsqueda de documentos escritos por expertos , luego de analizar la información , se elaboró el protocolo para desarrollar en el laboratorio de simulación de la UNIVERSIDAD DEL TOLIMA del municipio de Ibagué, en el que se especificó de manera sistemática la atención del parto vaginal eutócico realizando el adecuado diligenciamiento de los instructivos del CLAP resolviendo las deficiencias en la información encontradas y los resultados de la encuesta de percepción del protocolo diseñado aplicada a un muestreo aleatorio representativo de personal en formación y personal asistencial que interviene en áreas de obstetricia, con un total de 50 personas pertenecientes a personal en formación y profesionales del área, con las posteriores modificaciones luego del análisis de resultados , finalmente se obtiene el protocolo y la lista de chequeo elaborada para ser aplicada a los practicantes que asistan al laboratorio de simulación.

Teniendo en cuenta que a la información no se le realizó ningún cambio al entorno de los encuestados , se clasifica como un estudio *Descriptivo*.

8 RESULTADOS

Los resultados obtenidos a continuación se presentan en gráficos que corresponde a las preguntas realizadas en la encuesta

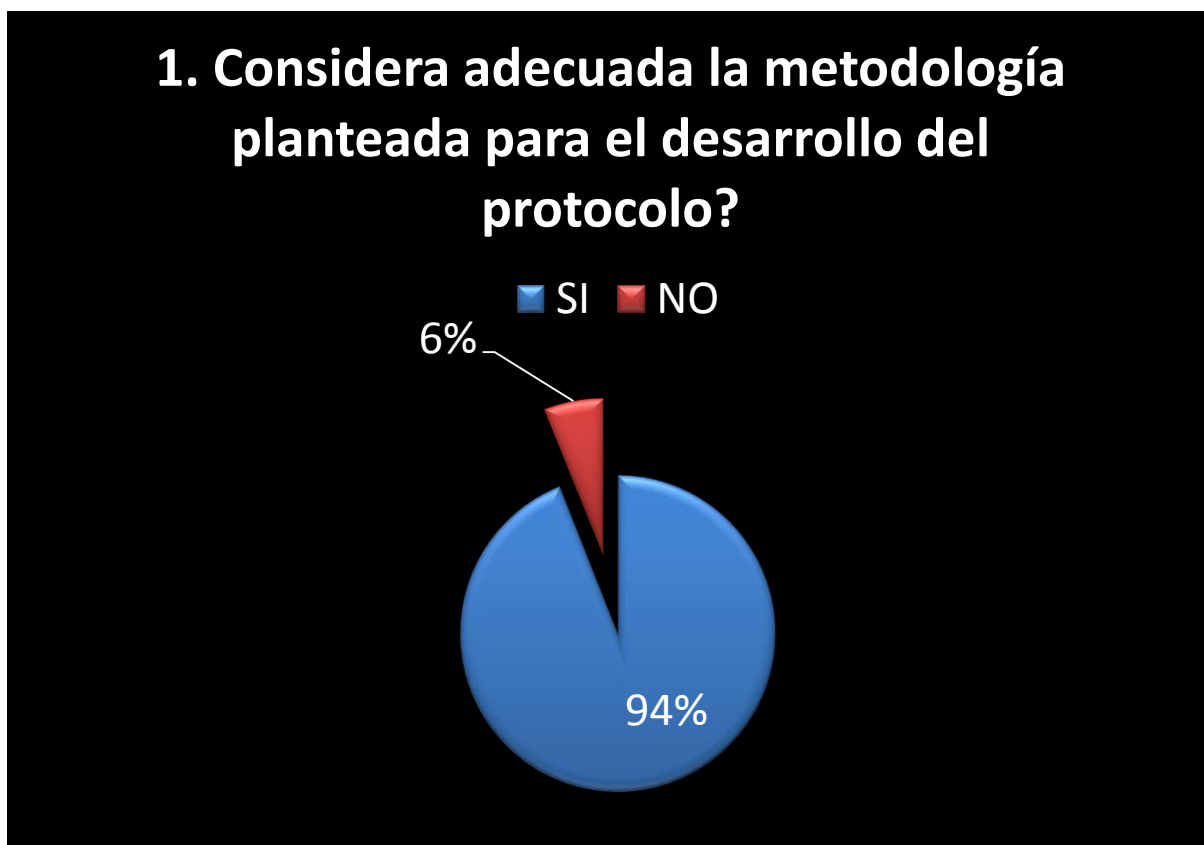


Ilustración 4 Encuesta. Pregunta 1

Grafica 1 : Porcentaje de satisfacción de metodología planteada para el desarrollo del protocolo

8.1 Análisis gráfica 1:

El 94 % de la población encuestada considero adecuada la metodología planteada para el desarrollo del protocolo, lo cual permite inferir una percepción positiva y de fácil comprensión para el personal encuestado.

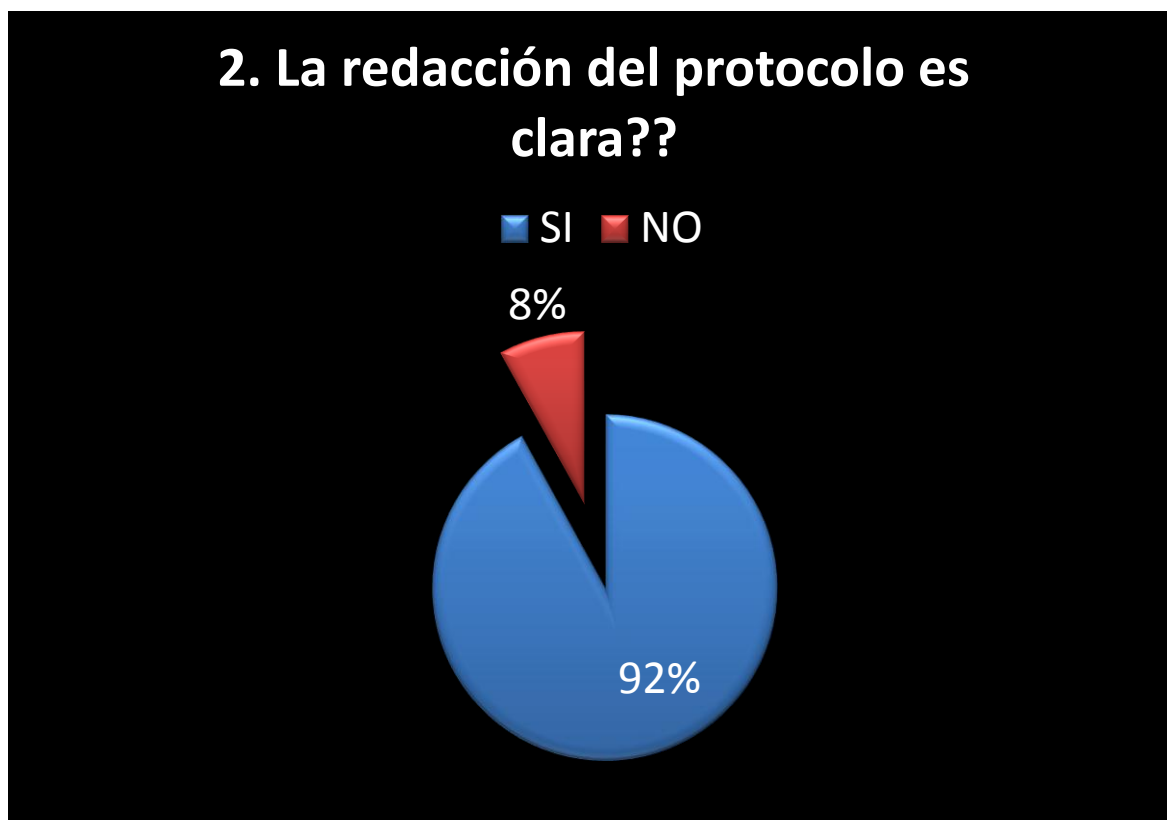


Ilustración 5. Encuesta. Pregunta 2

Grafica 2: Porcentaje de percepción de calidad en la redacción

8.2 Análisis gráfica 2

El 92% de la de la población encuestada refiere que la redacción del protocolo es clara, lo cual facilita la interpretación del contenido.

3. Los pasos y procedimientos descritos en el protocolo son acordes a una situación real?

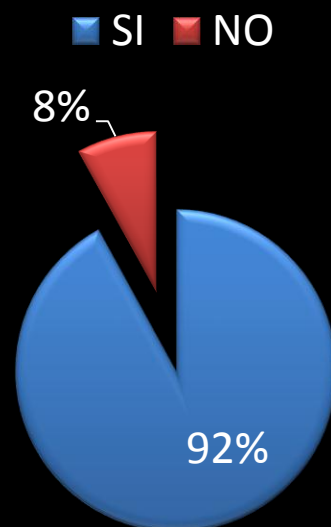


Ilustración 6. Encuesta. Pregunta 3

Grafica 3: Porcentaje de similitud entre el protocolo y la realidad

8.3 Análisis gráfica 3

El 92% de la de la población encuestada refiere que existe similitud entre los procedimientos referidos en el protocolo y una situación real, lo cual permite un adecuado entrenamiento en la atención del trabajo de parto vaginal eutócico.

4. El protocolo contiene la información necesaria para la atención del parto?

■ SI ■ NO

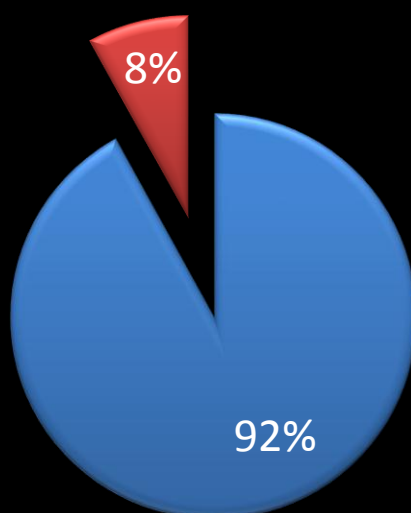


Ilustración 7. Encuesta. Pregunta 4

Grafica 4: Porcentaje de pertinencia del contenido del protocolo

8.4 Análisis gráfica 4

El 92% de la de la población encuestada refiere que la información contenida en el protocolo es la necesaria para el procedimiento de atención de parto vaginal eutócico.

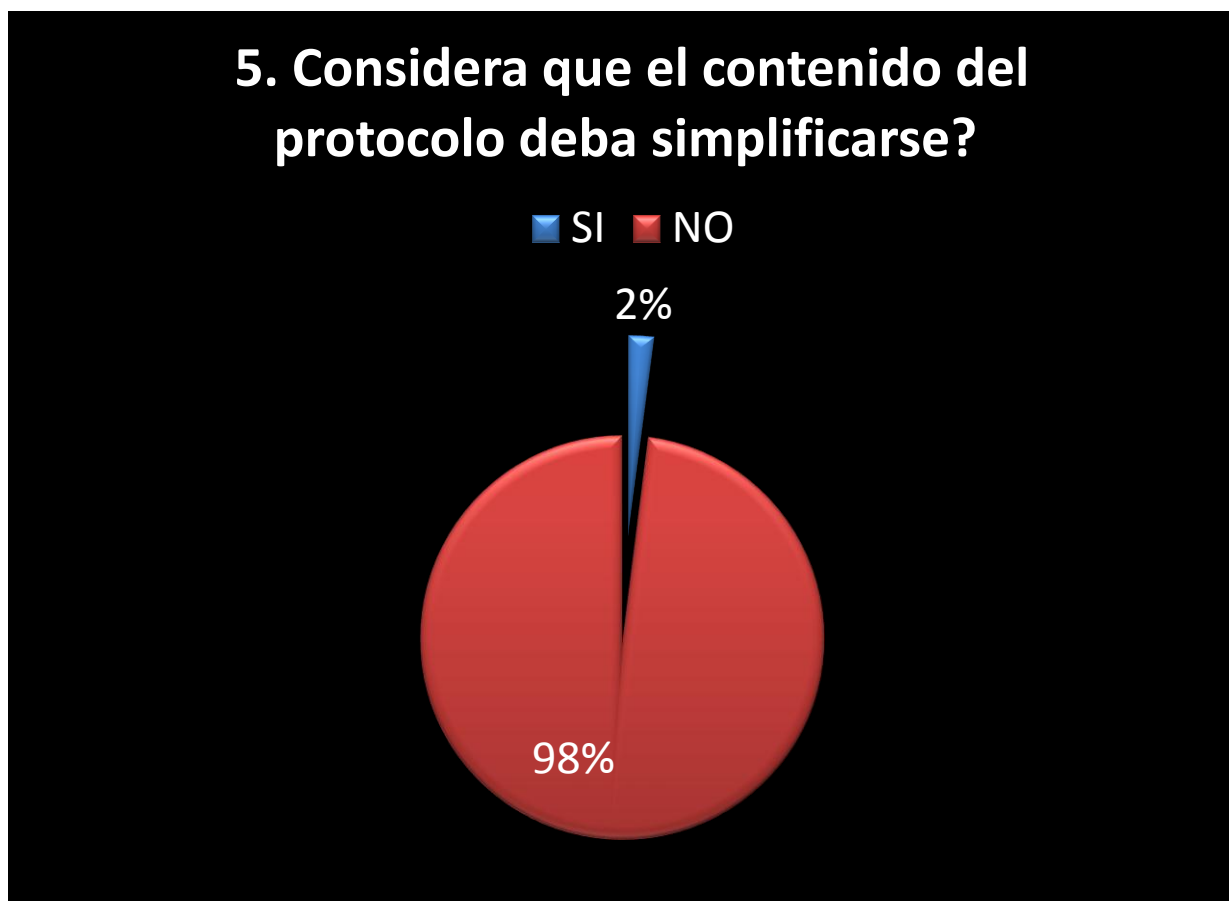


Ilustración 8. Encuesta. Pregunta 5

Grafica 5: Porcentaje de pertinencia de la cantidad de información contenida en el protocolo

8.5 Análisis gráfica 5

El 98% de la de la población encuestada refiere en el protocolo no debe ser simplificado, motivo por el cual se considera que la cantidad de la información es la indicada.

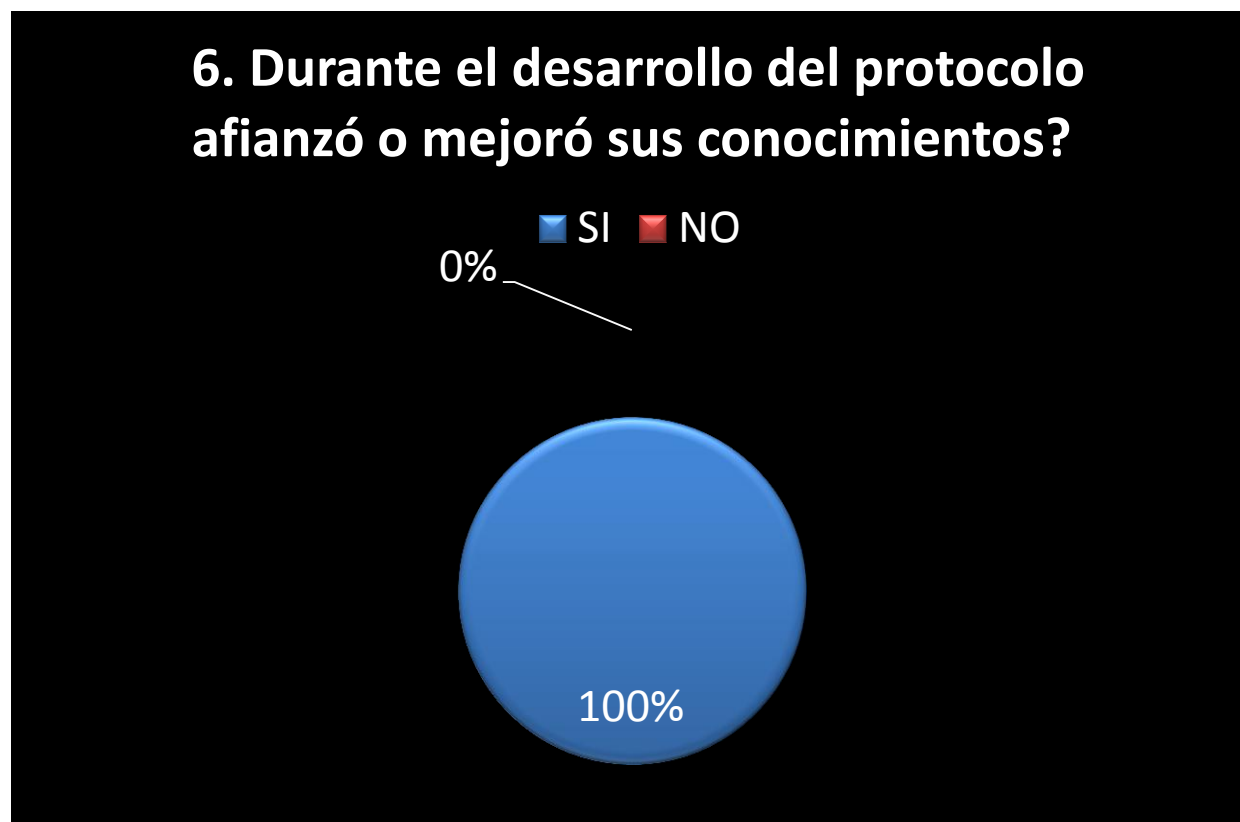


Ilustración 9. Encuesta. Pregunta 6

Grafica 6: Porcentaje de impacto del protocolo en el afianzamiento de los conocimientos

8.6 Análisis gráfica 6

El 100% de la de la población encuestada haber afianzado los conocimientos relacionados con la atención del parto vaginal eutócico, durante la lectura del mismo.

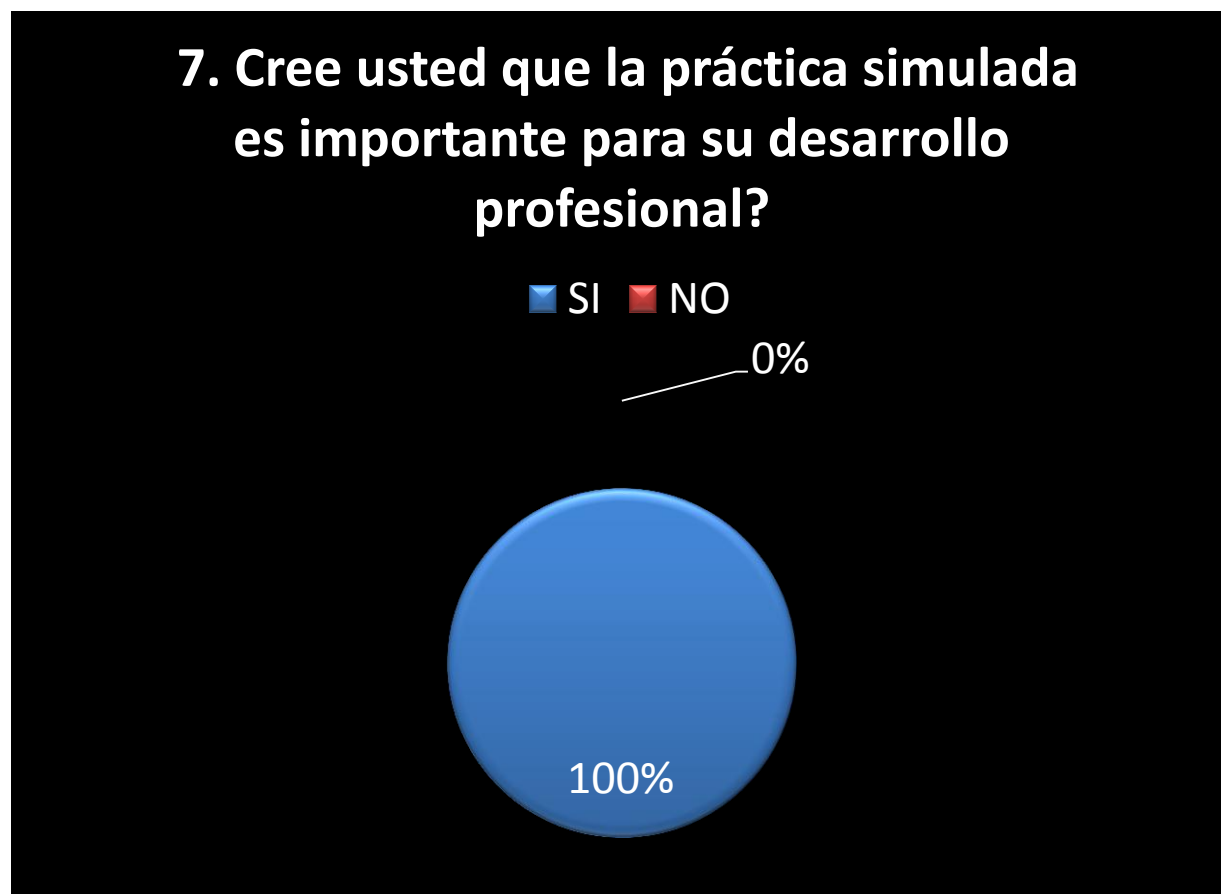
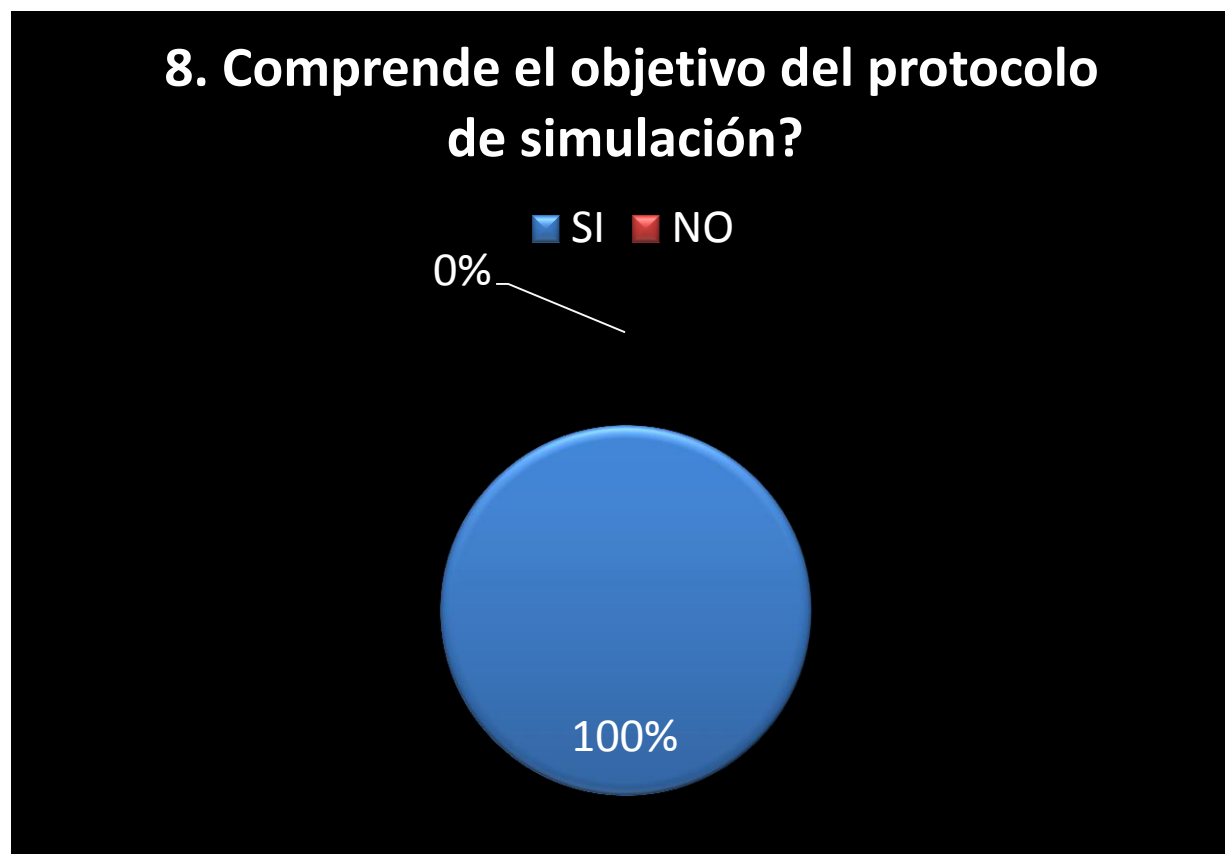


Ilustración 10. Encuesta. Pregunta 7

Grafica 7: Porcentaje de importancia de la práctica simulada

8.7 Análisis gráfica 7

El 100% de la población encuestada refiere que la práctica simulada es fundamental para el desempeño como profesional, ratificando la importancia de la misma descrita en la literatura revisada.



Grafica 8: Porcentaje reconocimiento del objetivo del protocolo

8.8 Análisis gráfica 8

El 100% de la población manifiesta haber comprendido cual es el objetivo de desarrollar y poner en práctica el protocolo.

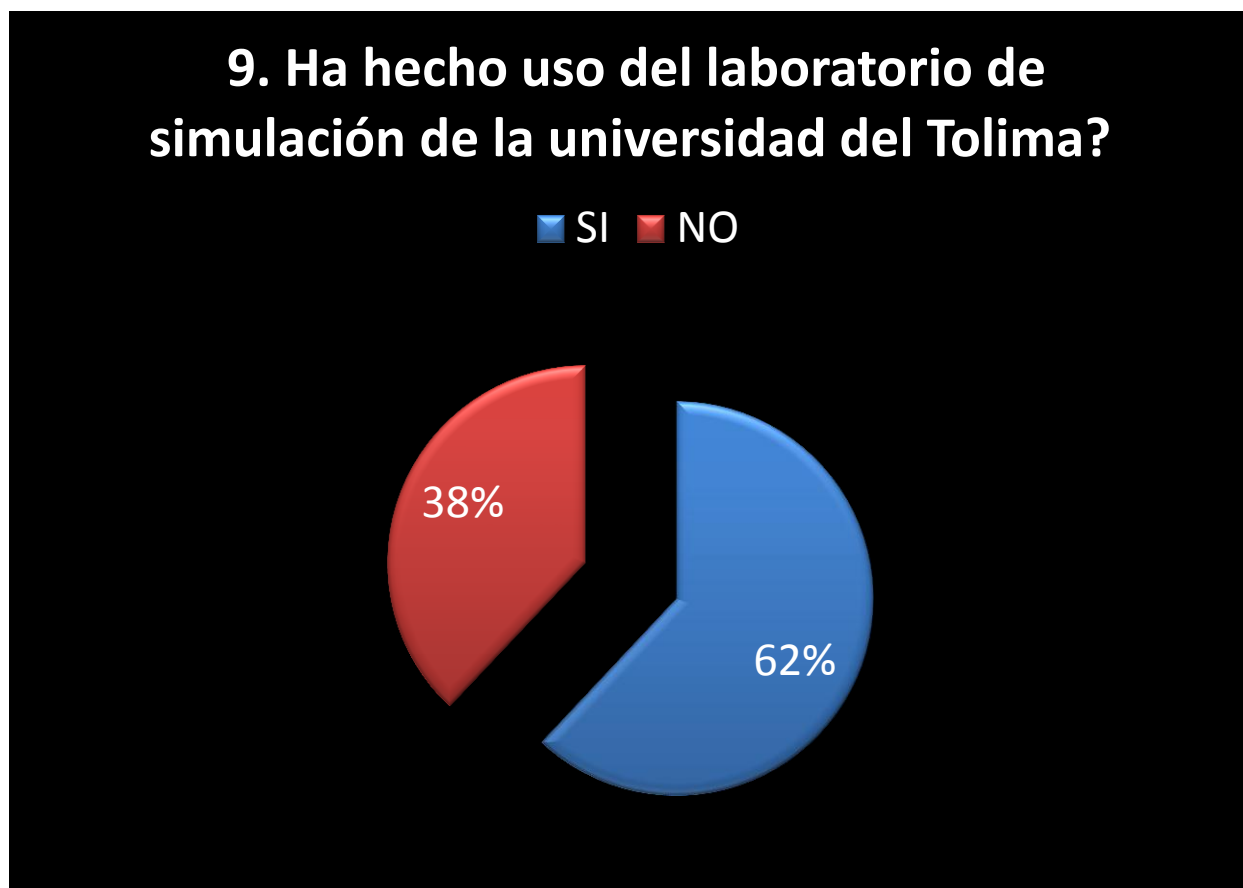


Ilustración 11. Encuesta. Pregunta 9

Grafica 9: Porcentaje de asistencia al laboratorio de simulación

8.9 Análisis gráfica 9

El 62% de la población refiere haber asistido al laboratorio de simulación de la universidad del Tolima, pero un porcentaje significativo del 38% no lo ha hecho; por lo cual es fundamental divulgar e incentivar su aprovechamiento

9 DISCUSIÓN

1. Luego de revisar la literatura disponible a nivel mundial, nacional y departamental sobre la mortalidad materna, se encuentra que aún existen dificultades para la medición del número de muertes maternas, por la falta de notificación, en las poblaciones alejadas, como comunidades indígenas, rurales de difícil acceso ; por ausencia de sistemas eficaces de información y de vigilancia así como el mal diligenciamiento de los certificados de defunción que hace que algunas de estas muertes no se clasifiquen como tal, (Organizacion Mundial de la Salud, 2013) por ende al ir mejorando los sistemas de notificación probablemente habrá un ascenso no esperando en las estadísticas generales de mortalidad materna.
2. Aunque la mortalidad es uno de los indicadores de mayor impacto como ya se ha mencionado en el desarrollo del informe , es de vital importancia contar con registros claros, confiables y precisos de la morbilidad materna extrema definida como “ una mujer que casi muere pero sobrevive a una complicación que ocurrió durante el embarazo, el parto o dentro de 42 días de la terminación del embarazo” (Organizacion Mundial de la Salud, 2013), ya que finalmente si se incide en la misma contribuirá a la disminución de la incidencia de la mortalidad.
3. La implementación del mejoramiento de procesos de notificación y de políticas eficaces para la disminución del impacto de la mortalidad materna interviniendo desde la morbilidad materna extrema ha hecho que varios países a nivel mundial disminuyan

drásticamente estas nefastas estadísticas , en el informe de la OMS en el año 2011 que hace referencia a lo anteriormente mencionado “Colombia presentó una razón de muerte materna de 92 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, países que han implementado la vigilancia en MME presentan baja razón de muerte materna: Japón 5, Países bajos 6, Australia 7, Israel 7, Reino Unido 13, China 13, India 200, Canadá de 12, Brasil 56, Perú 67, Argentina 77, Finlandia 5, Francia 8, Sudáfrica 72 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos” (Organización Mundial de la Salud, 2013)

4. Es importante reconocer los esfuerzos que han sido realizados por todas las entidades internacionales, latinoamericanas , nacionales y departamentales; en Colombia el INS (Instituto Nacional de Salud) en el año 2012, implemento el protocolo de vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema (VSP MME) por a las entidades territoriales con la indicación de realizar socialización en el tercer trimestre del año por INS en las entidades territoriales. Iniciando el proceso de vigilancia y realizando ajustes con base en el análisis de la información reportada y en los aportes de las entidades territoriales.

5. Aproximadamente 1 de cada 5 muertes maternas fueron previamente sobrevivientes a condiciones críticas con alta al domicilio notificadas como MME, lo cual muestra la falla en garantizar condiciones óptimas al alta al domicilio de la madre y el acceso a los cuidados y servicios postalta requeridos , muestra la importancia de la entrevista para que se detecten puntos críticos que pongan nuevamente en riesgo la vida de la materna , la activación de redes y que se realice el seguimiento postalta al domicilio a estas madres

para que se les garantice los servicios requeridos que eviten su muerte y permitan sobrevivir con calidad de vida.

6. El primer escenario de práctica de los profesionales en formación, para la atención de parto vaginal en maternas sin factores de riesgo, ha sido el área hospitalaria; sin haberse enfrentado previamente a la práctica en un laboratorio de simulación, lo cual aumenta la probabilidad de errar versus aquellos profesionales que previamente han aprobado prácticas en un laboratorio de simulación, con entrenamiento en escenarios en los cuales este procedimiento podría sufrir múltiples complicaciones superando las principales fallas esperadas.

10 CONCLUSIONES

1. Se diseñó y adaptó el protocolo de simulación clínica para la atención del trabajo de parto vaginal eutócico, realizando adecuado diligenciamiento de instructivo CLAP, para el laboratorio de simulación de la universidad del Tolima durante el semestre B del 2013, de acuerdo a los resultados obtenidos de la encuesta realizada a los practicantes.
2. Se realizó diagnóstico de la sección de obstetricia del laboratorio de simulación clínica de la universidad del Tolima, encontrándose un panorama mejor al esperado, al evidenciar la existencia de varios modelos de simulación en ginecobstetricia (Noelia modelo mecánico completo y modelo por partes) en buen estado general e implementos básicos para la aplicación del diseño de protocolo planteado
3. Se estandarizaron términos del protocolo de atención del trabajo de parto vaginal y se adaptaron teniendo en cuenta el manual de buenas prácticas de seguridad del paciente, definiciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud), OPS (Organización Panamericana de la salud); CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología) y las sugerencias de expertos en el departamento.
4. Se aplicó una encuesta de percepción del protocolo creado a una muestra aleatoria representativa de personal en formación y profesionales, encontrándose satisfactoriamente un adecuado entendimiento y claridad de la redacción y del

procedimiento de atención de parto vaginal eutócico; con los resultados obtenidos se realizó la última modificación al protocolo diseñado

5. Se diseñó una lista de chequeo de cumplimiento del protocolo elaborado para ser aplicada a los practicantes que asistan al laboratorio de simulación.

11 RECOMENDACIONES

1. Luego de realizar el diagnóstico de los modelos de simulación para atención del trabajo de parto vaginal en el laboratorio de simulación de la universidad del Tolima, el número de prácticas realizadas en el mismo, se evidencia que es posible generar un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, que asociados al protocolo diseñado contribuirán a un adecuado escenario de práctica para los estudiantes y profesionales que se encuentren cursando o trabajando en el área de obstetricia, motivo por el cual se propone hacer prerequisite la asistencia al laboratorio de simulación para la realización del procedimiento descrito en el protocolo diseñado para el profesional en formación y el personal que ingrese a laborar en esta área.
2. Solicitar en todas las instituciones hospitalarias la verificación del diligenciamiento del partograma diseñado por el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología), como requisito indispensable en todas las historias clínicas de obstetricia en las que se realiza seguimiento del trabajo de parto fase activa.
3. Realizar sensibilización a todo el personal del sector salud específicamente al encargado de la atención de la población materna, sobre la implementación de las políticas direccionadas por la OMS (Organización Mundial de la Salud), CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología), Ministerio de la protección social e Instituto Nacional de Salud para impactar positivamente en los indicadores de mortalidad y morbilidad materna extrema.

4. Teniendo en cuenta que las estadísticas para Latinoamérica en el año 2012 reflejan que tan solo el 58% del personal encargado de la atención del parto vaginal eutócico se encontró capacitado, por lo cual se hace necesario la capacitación masiva de personal, incluyendo como ayuda para alcanzar este objetivo la simulación clínica en laboratorios de simulación como política nacional.

5. Fortalecer comités de análisis de mortalidad materna y perinatal: cada institución que atiende pacientes obstétricas debe tener un comité de mortalidad que analice los casos de muerte materna para encontrar los factores asociados y plantear planes de mejoramiento para evitar nuevos casos.

12 BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Colombiana de Simulación Clínica en ciencias de la salud ACS-CS. (2008).
- CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología). (2005).
- Federación de Asociaciones de Matrones de España FAME. (2011). *Iniciativa Parto Normal . Guía para madres y padres.*
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2013). México.
- Grupo Nacer. (2007). *GUIA ATENCION DEL PARTO. . .*
- Linda T. Kohn, J. M. (1999). *TO ERR IS HUMAN. . .*
- Ministerio de la Protección Social . (2010). *Modelo de Seguridad Clínica del Paciente para la Atención en obstetricia. . , 25,26.*
- Ministerio de la Protección Social. (2010). OMS, Organización Mundial de la Salud, IBEAS. . .
- Ministerio de la Protección Social. (2010). *VIGILANCIA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. 20.*
- Ministerio de la Protección Social. (2013). *RESOLUCION 1441. . , 90,91,92.*
- Ministerio de Protección Social. (2010). *Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema.*
- OMS Organización mundial de la Salud. (2012). *METAS DEL MILENIO. . .*
- ONU Organización de las Naciones Unidas. (2000). *Cumbre del Milenio.* Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Morbilidad Materna Extrema. En I. N. Salud.*
- Organización Mundial de la Salud OMS. (s.f.). *Mortalidad Materna. 2012.*
- Raffo Escalante Kanashiro, G. M. (2013). *Simulación Clínica: seguridad y calidad para el paciente.* Interciencia.

Real Academia de la Lengua Española. (2005). Madrid, España.

Roxane Gardner, D. B. (2008). Simulación en obstetricia y ginecología. *Clínicas obstétricas y ginecológicas de Norteamérica*, Vol. 35, N° 1, .

SOCIAL, M. P. (2013). RESOLUCION 1441. ., 92,93.

Vélez Álvarez GA, A. J. (2013). *Validación del Código Rojo: una propuesta para el tratamiento de la hemorragia obstétrica*. Rev Panam Salud Publica.