

Rev. Soc. Esp. Dolor
2: 117-124; 2007

Protocolo de analgesia epidural obstétrica en el contexto de la gestión innovadora de la asistencia y de los criterios de calidad y seguridad

C. Campuzano

Campuzano C.

Guidelines for obstetric epidural analgesia within a framework of innovative management and quality and safety criteria

SUMMARY

Obstetric epidural analgesia was introduced in our hospital (Hospital Comarcal de Antequera) shortly after its opening in the year 2000. Up to the year 2002 a protocol was designed and a coordinator for the different areas was nominated. The clinical management section of the surgical unit began to work in the year 2002 and it implies another way of working as follows: to take part in the comprehensive process of pregnancy-labour-postpartum period, and its relationship with the general practitioner and midwife follow-up. The obstetric activity has been marked by productivity aims, human resources and the workload implied by the obstetric anaesthesia and analgesia, necessary material resources, economic resources management, competencies map for all the staff and with the computerization we will obtain activity indicators with all the previous plus the statistical data.

- We will show in this article all the quality and security criteria work out by the clinical management unit: clinical audit of the protocol, analgesia efficiency, patient satisfaction, dystocic deliveries analysis, walking epidural development, morbidity analysis from another protocol: regional techniques complications or side effects and detection, research and analysis of the critical incidents.
- It is not enough to perform the technique; there is no doubt about it. The clinical management unit has worked

out information mechanisms about what we do and the following corrections and improvements. That is the way to follow and it includes an adaptation period for the professionals. Professional satisfaction and economic motivation have been assigned by aims. The future challenge is how to negotiate the annual aims between the professionals and the managers.

Key words: Epidural, obstetrics, management, quality, safety.

RESUMEN

La Analgesia Epidural Obstétrica en nuestro hospital, comienza en el año 2000 a los pocos meses de inaugurar el nuevo Hospital Comarcal de Antequera. Elaboración de un Protocolo y la presencia de un Coordinador entre los distintos colectivos fueron los primeros pasos hasta el año 2002. La Unidad de Gestión Clínica del Bloque Quirúrgico comienza a funcionar en el año 2002 e implica directamente otra dinámica de trabajo, a saber: participación en el Proceso Integrado Embarazo-Parto-Puerperio y su relación con Asistencia Primaria de Salud, Actividad Asistencial Obstétrica marcada por objetivos de productividad, Recursos Humanos y Carga de Trabajo implicada en la analgesia obstétrica, Medios Materiales necesarios, Gestión de los recursos económicos, Mapa de Competencias específicas para los profesionales implicados e Informatización de las técnicas analgésicas dirigida a la obtención de determinados indicadores de actividad con los datos estadísticos pertinentes.

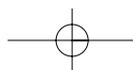
Criterios de Calidad y de Seguridad desarrollados en la Unidad de Gestión Clínica serán expuestos en este artículo: Audits Clínicos de cumplimentación del protocolo, eficacia analgésica, satisfacción del usuario, valoración de partos instrumentales, inicio de epidural ambulante, control de la morbilidad a través de otro protocolo de Complicaciones de Loco-Regional de la Unidad, detección de eventos adversos y valoración e investigación de los casos centinelas ocurridos.

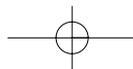
Indudablemente no basta con efectuar la técnica, la Unidad Clínica y sus Objetivos han creado mecanismos de información sobre lo que hacemos y sobre las rectificaciones y mejoras a implementar. Es el camino a seguir y incluye un periodo de adaptación de los profesionales donde las motivaciones tanto económicas como de satisfacción profesional van

Adjunto Especialista de Área del Hospital de Comarcal de Antequera

Hospital Comarcal de Antequera
Avenida Poeta Muñoz Rojas s/n.
29200 Antequera (Málaga)

Recibido: 03/11/2006
Aceptado: 11/11/2006





marcadas por objetivos. Saber negociar estos objetivos anuales entre los gestores y los profesionales es el reto del futuro.

Palabras Clave: Epidural, Obstétrica, Gestión, Calidad, Seguridad.

INTRODUCCIÓN

Introducir la analgesia epidural obstétrica en la dinámica hospitalaria no es tarea fácil. Reticencias profesionales comienzan a surgir si el cambio viene desde la imposición. Es innegable por ley el derecho de solicitar por parte de la parturienta la analgesia epidural, así que los hospitales deben crear infraestructuras para que los recursos humanos y materiales se adapten a la Ley.

Hace sólo una década la mayoría de los Anestesiólogos no tenían que asumir esta obligación, muchos no conocían la técnica, la loco-regional apenas se usaba en obstetricia y era la anestesia general con intubación oro-traqueal lo más usado. El Anestesiólogo senior tenía que aprender la técnica y asumir el aumento de carga de trabajo en las guardias (con sus complicaciones) por la misma retribución económica.

Los Ginecólogos delegaban en las Matronas la sedación de aquellas parturientas que por no aguantar el dolor se descontrolaban, incluso pensaban muchos de ellos que no había que intervenir en la evolución natural del parto, como si fuera lícito no combatir este dolor. Las Matronas vivían su forma de trabajar con el hecho consumado del dolor y asumir labores de monitorización de enfermería que elevarían su carga de trabajo no era muy atractivo.

Cambiar los hábitos de trabajo de los profesionales es muy complicado, de hecho en gran parte de hospitales del Sistema Sanitario Público no basta con adecuar medios materiales. Continuamente surgen problemas con los distintos profesionales que no se adaptan al derecho del usuario y se multiplican las reclamaciones tras haber pedido la analgesia epidural y no haberse administrado. Sólo tenemos que ver la curva de partos analgésicos de estos hospitales.

Un Coordinador y el trabajo por objetivos dentro de las Unidades Clínicas de Gestión han permitido en el Hospital Comarcal de Antequera un resultado satisfactorio (1). La figura del Coordinador surge para establecer criterios, dinamismo, practicidad, eficacia y control de calidad. Busca consensuar decisiones entre los colectivos profesionales implicados. Mediador en los conflictos, participante en el Proceso Embar-

zo-Parto-Puerperio y responsable de los criterios de seguridad y morbilidad establecidos.

PROTOCOLO DE ANALGESIA OBSTÉTRICA

Es la base, gracias a él los profesionales saben cuáles son sus obligaciones y responsabilidades. Ha ido evolucionando y modificándose en función de las dificultades encontradas para ser ratificado posteriormente por la Comisión de Quirófano.

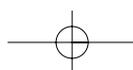
Lo primero que remarca es que la Analgesia Obstétrica se hará bajo la Indicación clínica del Obstetra de Guardia y tras haber leído y firmado el Consentimiento Informado la madre. Se reflejará la no existencia de contraindicación obstétrica, condición "sine qua non" para la realización de la analgesia epidural (2).

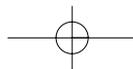
La Matrona ofertará la Analgesia Epidural a la paciente como norma general en el inicio del parto (2-3 cm. de dilatación cervical y contracciones efectivas). Avisará al Anestesiólogo el cual verá la analítica del tercer trimestre y realizará una anamnesis a la parturienta. Se valorarán las contraindicaciones absolutas y relativas. La técnica se realiza en la cama de la habitación de paritorio siendo optativo según indicación del Anestesiólogo hacerlo en paritorio o en quirófano de urgencia.

La Matrona encargada canaliza vía periférica, administra 1000 ml de Ringer Lactado, monitoriza frecuencia cardiaca-saturación oxígeno-presión arterial no invasiva y prepara la mesa auxiliar. Se coloca la paciente y el Anestesiólogo realiza la técnica. Dosis test, de impregnación y la infusión se reflejarán en una Hoja de Anestesia y en otra de Tratamiento. A los 30 min. de la técnica el Anestesiólogo sale de la zona de partos y se le avisará según los parámetros establecidos de mantenimiento y que se van apuntando en el partograma (3).

La dosis test se realiza con 3 ml de bupivacaína 0,25% + epinefrina y la dosis de impregnación 6-10 ml de la infusión de ropivacaína 0,2% + 1 mcg de fentanilo. La infusión dependiendo de la altura de la parturienta irá de 6-10 ml/h. Se administrará un bolo de 5 ml de lidocaina 2% antes de pasar a paritorio para el expulsivo (4, 5).

Durante la recuperación de la puérpera se seguirán los criterios de la SEDAR para cuidados postanestésicos, registrándose por escrito la existencia de incidencias así como la integridad del catéter epidural a su retirada. Si el parto deriva en cesárea se firmará otro Consentimiento Informado para anestesia.





UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO

Determinar la Competencias de los Profesionales necesarias para la consecución de la Cartera de Servicios pactada con Dirección Gerencia será función del Jefe de Unidad. A los profesionales que no hayan realizado la técnica se les enseña o se le incluye como Objetivo Individual de desarrollo profesional para que acuda a un curso de Formación Continuada. En nuestro hospital, sin Médicos Residentes de Anestesiología, sabían realizar la técnica el 80 % de los Anestesiólogos. Se les preparó en conocimiento y habilidad con una actitud de trabajo muy positiva por parte de todos (6).

La motivación para asumir la nueva carga de trabajo viene dada por la Productividad repartida anualmente según objetivos individuales. La media de analgesia epidurales por guardia ha pasado de ser del 15% al 25% de toda la productividad, calculando el número de epidurales por guardia según la curva de partos analgésicos por año. Asimismo la evaluación y modificaciones del protocolo supone el 15% de la productividad total. Estos incentivos han conseguido no sólo que se realice la técnica sino que se sigan criterios de calidad y seguridad que antes no existían.

Posteriormente se forma Unidad Clínica de Gestión en Ginecología y Obstetricia que incentiva igualmente a las Matronas con objetivos individuales relacionados con la toma de datos que permiten como luego veremos mejorar la cumplimentación del Protocolo.

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO EMBARAZO-PARTO-PUERPERIO

Dentro del Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud Andaluza se describe la Gestión por Procesos Integrados. La comunicación con Primaria ha sido altamente beneficiosa. En las reuniones se intercambia información de primera mano con Matronas de Primaria que relatan la verdadera vivencia hospitalaria de la parturienta (7).

La ansiedad y miedo al parto y a todo lo que rodea la analgesia epidural ha disminuido transmitiendo una hoja informativa a las Matronas de Primaria sobre la técnica, las ventajas, los riesgos reales y la realidad que se va a encontrar la parturienta cuando llegue al hospital en relación a la analgesia epidural obstétrica. Consejos que se acompañan con el Consentimiento Informado para que lo lean tranquilamente en casa y no de forma ansiosa y de parto. Detalles prácticos

sobre los pasos hasta que se le realice la técnica. Convencimiento de ser una práctica poco dolorosa, bastante segura, con escasas complicaciones leves y rarísimas complicaciones graves. Se crea un clima de confianza desde una informadora cualificada ya que por comentarios de amistades se escucha más una epidural que va mal que 10 satisfactorias. De igual manera se desmienten catástrofes clínicas sobre mujeres paráliticas que existen en casi todos los hospitales alrededor de la epidural obstétrica.

Gracias al Proceso también comunicamos a los médicos de Primaria una información más científica para que se vaya transmitiendo a las Gestantes un verdadero reflejo entre ventajas y riesgos sobre la epidural. Destacar en este punto que Anestesiólogos fuera del contexto de un Proceso y en otras Comunidades Autónomas han aprovechado la información a la parturienta para crear miedos infundados con una actitud disuasoria que han producido un aumento de ansiedad respecto a la epidural disminuyendo la demanda a veces hasta un 30%. Este hecho se puede explicar ya que esta prestación pública choca contra los intereses económicos de Hospitales privados, los únicos hasta hace pocos años que realizaban analgesia epidural.

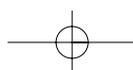
Conseguimos también llevar a Primaria datos de evolución de partos analgésicos, morbilidad y eficacia analgésica. La analítica del tercer trimestre la tenemos durante el parto tras pedirla a través del Proceso. La información sobre tatuajes lumbares y epidurales también se canaliza por el Proceso.

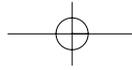
Además conseguimos crear una imagen externa diferente del Anestesiólogo, más abierta al usuario y a los demás profesionales sanitarios. El Anestesiólogo fuera de quirófano para temas como Dolor y Cuidados Críticos propios de su competencia y formación.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

No es difícil adecuar los recursos materiales para la analgesia epidural. Un paquete compuesto por, monitores, fármacos y un respirador en Paritorio es suficiente para empezar. De hecho los Gestores de los Hospitales quieren empezar nada más tener los recursos materiales (8).

Los Recursos Humanos es diferente. Cada hospital adecuará los recursos según su demanda. En este caso de Hospital Comarcal el Anestesiólogo de Guardia dispone de un Localizado para anestésicos simultáneos, asumiendo casi en su totalidad el de Presencia la epidural. Algunas mañanas hay un puesto para analgesia obstétrica y perfusiones analgésicas de planta. Las





Matronas si han aumentado su número durante las guardias de una a dos de presencia hasta las 22 horas aparte de la ayuda de las Matronas Residentes.

En la Unidad hemos estudiado lo que supone la carga de trabajo en función del aumento de partos analgésicos. Lo vemos en las siguientes figuras adjuntas. Vemos que en el 2005 con el 65% de partos analgésicos y en relación a 1999: se triplica la carga de trabajo anestésica obstétrica a expensas de la analgesia epidural, la carga obstétrica nocturna se cuadruplica y el Anestesiólogo de guardia realiza de media 5,43 actos anestésicos. Se realiza la misma actividad anestésica urgente que en 1999 más dos epidurales por guardia.

6) INFORMATIZACIÓN DE LAS TÉCNICAS ANALGÉSICAS

En la Unidad introducimos en un programa informático diversos datos tras cada acto anestésico. Esto nos permite en la analgesia obstétrica conocer rápidamente y de forma actualizada datos estadísticos básicos. Datos personales, antecedentes personales, hora de comienzo y finalización del proceso, fármacos utilizados e incidencias se registran por paciente.

Hemos podido registrar los actos anestésicos obstétricos urgentes, sus variantes y su relación con el número de embarazos tal como vemos en las figuras adjuntas.

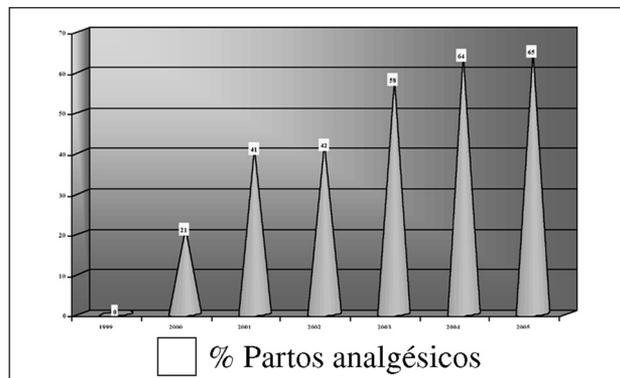


Fig 1. Porcentaje de partos analgésicos.

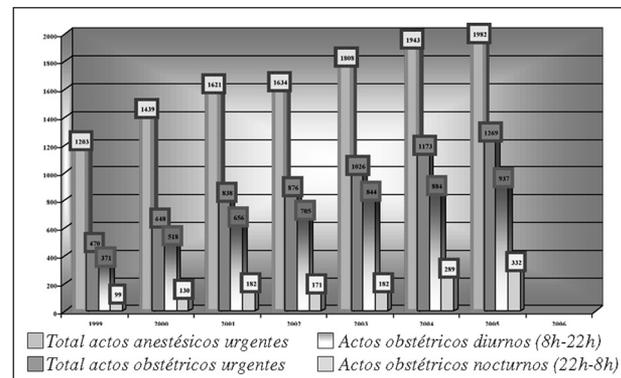


Fig 3. Incidencia de la analgesia obstétrica en el trabajo del anestesiólogo.

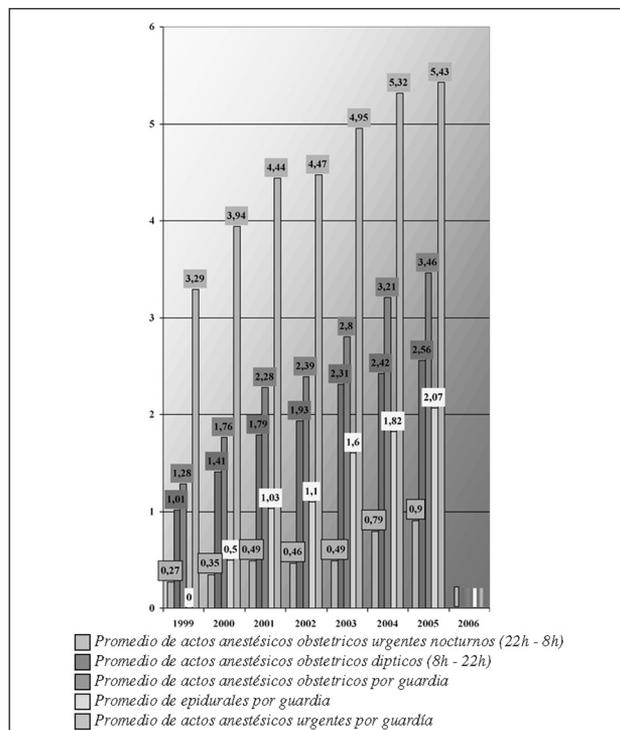


Fig 2. Actos anestésicos realizados y su horario.

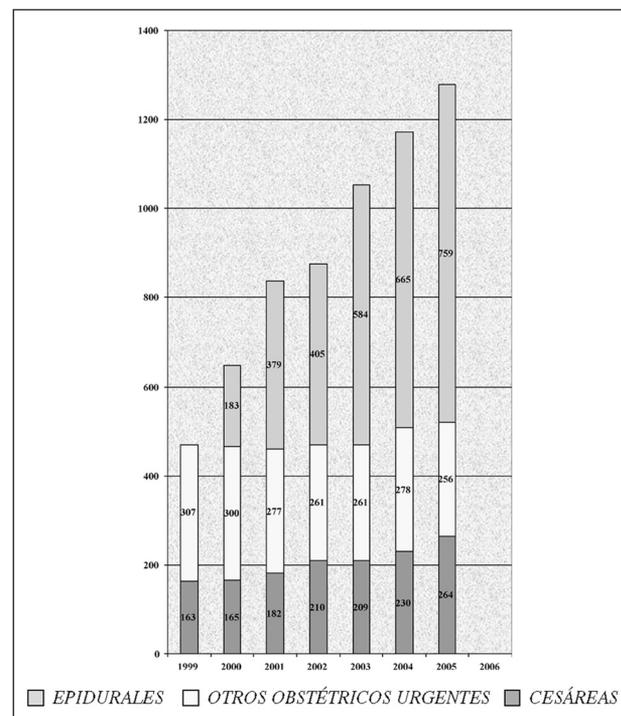


Fig 4. Actos anestésicos obstétricos.

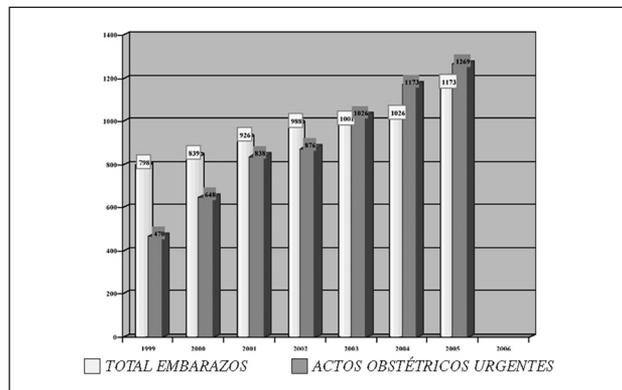


Fig 5. Actos obstétricos urgentes en relación con el total de embarazos.

7) CRITERIOS DE CALIDAD

“Es propio del hombre instruido buscar la exactitud en cada materia, pues sólo se juzga bien aquello que se conoce” Aristóteles.

AUDITS CLÍNICOS DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE LA ANALGESIA OBSTÉTRICA: Verificamos con determinados ítems el cumplimiento del protocolo de analgesia obstétrica para ir modificándolo anualmente aplicando las medidas de mejora oportunas (9).

Se realizan 5 estudios retrospectivos con muestras tomadas por muestreo sistemático y representativa de la población. Esta población ha sido trimestral en los dos estudios del 2002 y en el 2003 y anual en el estudio del 2004 y en el del 2005. Intervalo de confianza del 95%, cumplimiento del 75% y error del 15%.

Ítems referentes al Anestesiólogo: Evaluación preanestésica y Consentimiento Informado con firma y fecha del Facultativo. Hoja de técnica analgésica realizada. Centímetros de dilatación del momento de la técnica.

Ítems referentes al Obstetra: Existencia de evaluación previa del estado materno-fetal.

Ítems referentes a la Matrona: Constantes reflejadas, grado de bloqueo motor, EVA, regímenes de perfusión y bolos, incidencias en partograma, comentarios alta sobre estado de paciente y retirada de catéter.

Los Resultados obtenidos son: el Anestesiólogo cumple en el 2005 con el 100% con la evaluación preanestésica y la hoja de técnica. En el 96% con el Consentimiento informado. El 68% de las epidurales se ponen entre 4 y 7 cm. de dilatación y el 29%

con tres o menos de dilatación. El Obstetra después de la evaluación del 2004 donde no se evaluaba la no contraindicación de la epidural lo hace en el 2005 en el 72%. Las Matronas reflejan las constantes en el 83% en el 2005 tras un 43% del 2002. El grado de bloqueo motor no se recoge. El EVA sólo en el 19%. Los regímenes de perfusión y bolos en el 59%. Incidencias en el 78%

Estos Audits nos han ido permitiendo modificar conductas y mejorar en la seguridad de los pacientes. Estrecha colaboración de los tres colectivos permiten resultados cada vez mejores. EVA y bloqueo motor son objetivos de productividad en el 2006 para las Matronas que se esfuerzan diariamente en asumir sus funciones como enfermeras. Los Obstetras se implican en la indicación del tipo de analgesia a recibir por la parturienta. Los Anestesiólogos asumen sin trabas el derecho de la parturienta a la analgesia epidural. Hay que insistir en que la epidural se tiene que aplicar con 3 o menos cm. en su mayor parte.

ANALGESIA CONSEGUIDA Y SATISFACCIÓN DE LA PARTURIENTA: Muestreos sistemáticos de poblaciones trimestrales fueron realizados para valorar por encuesta telefónica el nivel de analgesia subjetivo de la parturienta y su grado de satisfacción.

Con respecto a la analgesia el 70% refirió no tener ningún dolor tras la analgesia epidural, el 15% dijo que la administración fue demasiado tarde y el 15% refirió tener algún tipo de dolor tras la técnica. Ahora la analgesia se refleja en el partograma con el EVA horario y así conseguimos un alto porcentaje de éxitos al poder intervenir de nuevo.

El grado de satisfacción es alto, un 70% muy satisfactorio. El valor más fiable es la respuesta afirmativa de todas las parturientas a repetir la analgesia epidural en un próximo parto.

PARTOS INSTRUMENTALES: En las series consultadas por otros hospitales los partos instrumentales aumentan de forma considerable a medida que se incrementan los partos analgésicos (10-12). Hemos valorado la tendencia de los partos instrumentales desde la instauración de la analgesia obstétrica epidural en el año 2000. Recogemos a través del libro de partos los partos instrumentales desde 1999 hasta el 2003, a partir del 2004 la recogida de datos es informatizada. Asimismo se correlaciona con el porcentaje de partos analgésicos y la incidencia de cesáreas: Partos instrumentales: 5% en 1999, 7,6% en el 2000, 5,3% en el 2001, 5,3 en el 2002, 7,1 en el 2003, 6,1 en el 2004, 7,7 en el 2005 y 5,5 en el 2006.

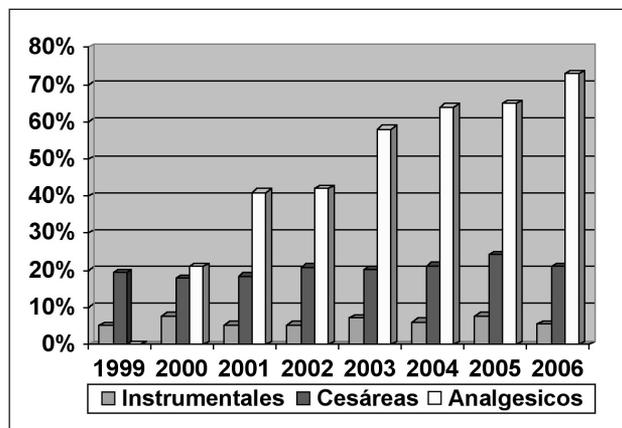


Fig 6. Evolución del tipo de parto.

Partos analgésicos: 0% en 1999, 21% en el 2000, 41% en el 2001, 42% en el 2002, 58% en el 2003, 64% en el 2004, 65% en el 2005 y 73% en el 2006.

Cesáreas: 19,4% en 1999, 17,8% en el 2000, 18,4% en el 2001, 20,7 en el 2002, 20,2% en el 2003, 21,2% en 2004, 24,1% en el 2005 y 21% en el 2006.

Los partos instrumentales se han mantenido constantes desde 1999 hasta el 2006 con el 73% de los partos analgésicos. Las cesáreas sufren un repunte de 4 puntos sólo en el 2005 (multifactorial, sin evidencias de ser por no progresión de parto en el expulsivo). Estándares de Calidad como éste tenemos que buscar para no conformarnos sólo con la realización de la técnica. La etiología del no incremento puede ser debida a:

Cumplimiento de los cuidados previstos en el protocolo en relación al umbral analgésico y el grado de bloqueo motor

Infusión satisfactoria de ropivacaína 0,2% + fentanilo a 1 mcg a un ritmo de 6-8 ml/h que permiten mantener fuerza motora en el expulsivo

Desde el punto de vista obstétrico la profesionalidad del colectivo Matronas y de los Ginecólogos han contribuido cualitativamente. El saber esperar con la dilatación completa y el uso de maniobras tradicionales de ayuda manual en el expulsivo son factores a tener en cuenta.

No hay que asumir como un hecho consumado el aumento de partos instrumentales con la analgesia obstétrica como parece suceder en la mayoría de los hospitales.

EPIDURAL AMBULANTE: Valoramos la epidural ambulante con levobupivacaina 0,0625 % + fentanilo

2 mcg/ml en 3 casos (13, 14). Criterios de inclusión en el estudio: nulíparas, ASA I II, feto único, > 36 semanas, <4 cm. dilatación, < 90 Kg., > 150 cm., consentimiento informado. Prehidratación: 1000 ml Ringer Lactado. Longitud de catéter en espacio epidural: 3 cm. Dosis test: 3 ml bupivacaina 0,25%+ epinefrina. Dosis impregnación: A los 10 min. de la dosis test 7 ml de levobupivacaina 0,0625% + fentanilo 2 mcg. Infusión: 10-15 ml/h de levobupivacaina 0,0625% + fentanilo 2 mcg/ml. Bolos: 5 ml de infusión con 60 min. de tiempo de cierre. Dosis máxima / h: 12,5 mg (20 ml). Dosis expulsivo: 5 ml de la infusión. Valoración de bloqueo motor: escala Bromage / h. Valoración analgesia: escala EVA/ h. Deambulación: con Bromage IV y EVA <5 sedestación y luego deambulación < 5 min./h. Reflejar: T Art.<100, >150, o <>25% previa, Frec Cardiaca < 50, > 150, o <> 25% previa, Sat O2< 90, dosis total en mg, tipo parto y APGAR.

Caso 1: Deambulación en las 2 primeras horas, EVA 1 en la primera hora con perfusión de 10 ml/h y EVA 4 en la segunda hora subiendo la perfusión a 15 ml/h, en el final de la segunda hora EVA 8 y se pone bolo de la infusión acercándose el final de la dilatación sin tener buen control de la analgesia hasta que usamos bolos de 5 ml de lidocaina 2% en dilatación completa y en expulsivo. Parto vaginal.

Caso 2: Deambulación eficaz las 6 primeras horas, EVA 1 en todas, pero no progresión de dilatación. Comenzamos con 15 ml/h de infusión y bajamos a 10 ml/h tras la tercera deambulación por pesadez excesiva de las piernas. Cesárea.

Caso 3: Deambulación eficaz con buena analgesia en las 2 primeras horas pero con analgesia insuficiente acercándose a la dilatación completa. Empezamos con 13 ml/h y subimos rápidamente a 15 ml/h. usamos 2 bolos de la infusión. Parto vaginal.

Concluimos que el manejo de las dosis en la epidural ambulante es más individualizado y más difícil que con concentraciones mayores. La experiencia nos irá dando las pautas para que la embarazada consiga los objetivos de analgesia y participación activa.

CRITERIOS DE SEGURIDAD

MORBILIDAD: Examinamos por un lado Complicaciones Inmediatas a través de su detección durante

la técnica y en el tiempo que esté en el paritorio. Se reflejan en la hoja de anestesia o en el partograma tras avisarnos: calambres, punciones dificultosas, temblores, analgesia ineficaz, hipotensión, bradicardia... Otras más graves como anafilaxia o administración intradural o intravenosa de dosis de impregnación no se han producido. Ha habido dos casos de inyección intradural de dosis test para espacio epidural controlados y sin repercusión clínica, otro caso de administración de 5 mg de efedrina en espacio epidural asintomático y otro de colocación durante 10 min. de la infusión de anestésico local en vía intravenosa igualmente sin consecuencias.

Las Complicaciones Tardías se detectan a través de un Protocolo de Complicaciones en Anestesia Local-Regional que permite avisarnos desde las plantas de hospitalización o de urgencias. Al paciente se le rellena una hoja de seguimiento diario desde el día que nos avisan. Recopiladas las principales complicaciones vemos su frecuencia en el 2004 sin encontrar ninguna complicación grave entre ellas: cefalea postpunción dural 0,44%, lumbalgias 0,44%, radiculalgias 0,15%. El bajo índice de CPPD habría que buscarlo en la no existencia de Médicos Residentes en nuestra Unidad (15, 16).

SEGURIDAD: La Seguridad es la capacidad de disminuir los riesgos propios de una atención sanitaria y del entorno para los pacientes, familiares y profesionales. Un plan de seguridad implica un método prospectivo y sistemático para identificar y prevenir los problemas antes de que ocurran. Evitar el Evento Adverso y cuando ocurra aprender los mecanismos para que no se repita. Definimos Evento Adverso como cualquier suceso que no sea coherente con el funcionamiento deseado, normal o habitual de la organización. Debe incluir al menos los siguientes eventos: lesión o muerte accidental, accidentes que involucren al paciente, personal o terceros, variaciones de la medicación, resultado inesperado de un tratamiento o procedimiento, cuerpos extraños o confusión de identidad.

Se definen la probabilidad, severidad y riesgos de las posibles actividades. Identificado el problema se reúne un equipo multidisciplinar donde se crean acciones tras analizar causas y se prepara un plan de acción en respuesta a los sucesos centinelas.

En Obstetricia han entrado como evento adverso la administración de efedrina en espacio epidural y la perfusión intravenosa de anestésico local. Se han establecido medidas para que no vuelva a suceder (17, 18).

A través de un buzón en zona quirúrgica cualquier profesional rellena una Hoja de Comunicación de Eventos Adversos en donde se recogen estas incidencias.

CONCLUSIONES

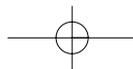
Una visión integral e innovadora de la asistencia analgésica obstétrica es un verdadero reto para la Sanidad Pública. Es de complicada implantación y necesita varios años de aclimatación. Adecuar recursos y costes para que el Profesional se sienta motivado es fundamental para que el incremento de carga de trabajo no pase factura a los profesionales. Este modelo futurista de actuación para la mayoría de los hospitales es una realidad en el Hospital Comarcal de Antequera.

CORRESPONDENCIA

carlosm.campuzano.sspa@juntadeandalucia.es
Teléfono: 639458992
Financiación: Ninguna
Conflictos de interes: No declarados

BIBLIOGRAFÍA

1. I Plan de Calidad del Servicio Andaluz de Salud. Autor Servicio Andaluz de Salud. 2005.
2. Recomendaciones para la asistencia analgésica en los procedimientos obstétricos. <http://www.aear.org/paginas/doc/ANALGESIAEPIDURAL.doc>
3. Guidelines for Regional Anesthesia in Obstetrics. <http://www.asahg.org/publicationsAndServices/standards/11.html>
4. Sia AT, Chong JL. Epidural 0,2% ropivacaine for labour analgesia: parturient – controlled or continuous infusion ? *Anaesth Intensive Care* 1999; 27: 154 – 158.
5. Miranda A. Tratado de Anestesiología y Reanimación en Obstetricia: principios fundamentales y bases de aplicación práctica. Masson. 1997.
6. La Actividad y Calidad de los Hospitales Andaluces. Servicio Andaluz de Salud. 2005.
7. Evaluación de normas de calidad de los Procesos Asistenciales Integrados de Atención Especializada. Servicio Andaluz de Salud. 2003.



8. Gomar C., Fernández C. Epidural Analgesia-anaesthesia in obstetrics. *Eur J Anaesthesiol.* 2000; 17: 542-58.
9. Barba R, Vilanova F. La participación de los profesionales en la mejora de la calidad. *Revista Española de Calidad Asistencial.* 1997; 12: 48.
10. Finegold-Gammon H, Mandell G, Thimmons J, Ramanathan S. Epidural Labor Analgesia with ropivacaine-fentanyl infusion causes less motor block than bupivacaine-fentanyl infusion. *Anesthesiology* 1998; 89: A 1022
11. Lacassie HJ, Columb MO, Lacassie HP, et al. Motor blocking potencies of epidural bupivacaine and ropivacaine in labor. *Anesth Analg* 2002; 95: 204-208
12. Fernández-Guisasola J. Analgesia epidural Obstétrica: relación con diversas variables obstétricas y con la evolución del parto. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2004; 51 : 121-128
13. Fernández C, Gomar C. Analgesia Epidural con Ropivacaina frente a Bupivacaina en perfusión continua para tratamiento del dolor del parto. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2003; 50: 70-76
14. Cohen SE, Yeg J Y, Riley ET, Vogel TM. Walking with labour epidural analgesia. *Anesthesiology* 2000; 92 : 387-392
15. Van de Velde M. Postdural puncture headache following combined spinal epidural or epidural anaesthesia in obstetrics patients. *Anaesth Intensive Care* 2001; 29: 595 – 599
16. Chilvers RJ, Bamber J. Postdural Puncture Headache in Obstetrics Patients. *Anesthesia and Analgesia* 2001; 92: 1616
17. Bales D. Using information technology to reduce rates of medication errors in Hospitals. *BMJ* 2000; 320: 788 – 791
18. American Hospital Association 1992: Quality management. Management Advisor. Catalog 049735. Chicago. AHA.

