



Lista OMS de verificación de la seguridad del parto Guía de aplicación

*Mejorar la calidad de la atención prestada a la
madre y al recién nacido en
instituciones sanitarias*



Organización
Mundial de la Salud


ARIADNE LABS

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Lista OMS de verificación de la seguridad del parto, guía de aplicación: mejorar la calidad de la atención prestada a la madre y al recién nacido en instituciones sanitarias.

1.Parto. 2.Centros de Asistencia al Embarazo y al Parto. 3.Atención Perinatal. 4.Servicios de Salud Materna. 5.Recién Nacido. 6.Calidad de la Atención de Salud. 7.Lista de Verificación. I.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 354945 3

(Clasificación NLM: WQ 300)

© Organización Mundial de la Salud 2015

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS — ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales — deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño y maquetación de Complex Stories, Boston, Estados Unidos



Lista OMS de verificación de la seguridad del parto Guía de aplicación

*Mejorar la calidad de la atención prestada a la
madre y al recién nacido en
instituciones sanitarias*



Organización
Mundial de la Salud

ARIADNE LABS

ÍNDICE

Introducción a la Guía de implementación	6
Antecedentes y sinopsis de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto	8
<i>Elaboración de la lista de verificación</i>	8
<i>Datos obtenidos de la prueba piloto</i>	8
<i>Antecedentes de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto</i>	10
<i>Consejos prácticos para el uso de la Lista de verificación pour la sécurité de l'accouchement</i>	11
Lista OMS de verificación de la seguridad del parto	14
Implementación de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto	20
<i>Involucrar</i>	21
<i>Lanzar</i>	24
<i>Apoyar</i>	25
Anexos	31
<i>Suministros para la seguridad del parto</i>	31
<i>Guía para el lanzamiento de la lista de verificación</i>	33
<i>Ilustraciones de los puntos claves de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto</i>	35
<i>Principios para el asesoramiento personal eficaz</i>	37
<i>Instrumento de observación</i>	40
<i>Instrumento de asesoramiento personal</i>	44
Glosario	47
<i>Descripción de los elementos de la lista de verificación</i>	47
Referencias	60
Nota de agradecimiento	61

INTRODUCCIÓN



En 2013, 289 000 mujeres murieron durante el puerperio y 2.8 millones de recién nacidos fallecieron antes de cumplir 28 días. La mayoría de estas muertes ocurrieron en entornos de bajos recursos y podrían haberse evitado.¹

El parto es un fenómeno complejo y es preciso insistir en que debe hacerse todo lo necesario para que tanto la madre como el recién nacido reciban la atención más segura posible. Las listas de verificación son instrumentos útiles para organizar procesos complejos e importantes como el parto y, desde hace mucho tiempo se han utilizado para ayudar a los proveedores de servicios a recordar tareas esenciales, a fin de prestar la mejor y más segura asistencia en diversas circunstancias.^{1,2}

La Lista OMS de verificación de la seguridad del parto fue concebida como un instrumento para mejorar la calidad de la atención provista a las mujeres durante el parto. Es una lista estructurada de prácticas esenciales de atención del parto con fundamento científico que se centra en las principales causas de muerte materna, morbilidad y muerte neonatal que ocurren en instituciones de salud de todo el mundo. Cada elemento aborda una acción decisiva que, si se omite, puede causar graves daños a la madre, el recién nacido o ambos.

La experiencia obtenida con otros instrumentos relacionados con la seguridad de los pacientes, en particular la lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la OMS, pone de relieve que la entrega de estas listas al personal sanitario o la exigencia de emplearlas dentro de una instalación o sistema de salud, no da por resultado su uso generalizado y uniforme. Dichas estrategias tampoco llevan a una mejora en la atención médica.²

Así pues, la presente guía fue elaborada con el objetivo de ayudar a las parteras y a las autoridades sanitarias a usar correctamente la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto. Hemos recolectado y tomado ventaja las experiencias obtenidas por una amplia gama de personal de salud que han sometido a prueba, utilizado y promovido la lista de verificación en todo el mundo.

En esta guía se describe el proceso de elaboración, el uso y la implementación de la lista de verificación.

Los temas que abarca incluyen cómo introducir y dar seguimiento al uso continuo por el uso continuo de la lista de verificación mediante la participación de las partes interesadas, cómo presentarla formalmente y cómo brindar apoyo mediante el asesoramiento personal y el intercambio de datos. En los anexos se describen a detalle los elementos de la lista de verificación, así como los recursos útiles para complementar el método de implementación descrito.



LA LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PARTO TAMBIÉN SE CONSIGUE EN LÍNEA:
www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth/

ANTECEDENTES Y SINOPSIS



La atención del parto es un proceso complejo que involucra diversos pasos necesarios, en ocasiones difíciles, en otras ocasiones complicados, para conseguir que tanto la madre como el recién nacido reciban la mejor atención posible. A la mayoría de las personas se les dificulta recordar toda la información necesaria; y la ejecución correcta de todos los pasos en el orden apropiado es incluso más difícil. Por ello, en entornos que van de restaurantes a obras en construcción, de aeroplanos a hospitales, los profesionales se valen de listas de verificación para organizar y ordenar grandes cantidades de información compleja a fin de recordar las tareas decisivas que han de realizar y, en última instancia, desempeñar su trabajo con mayor eficacia, eficiencia y seguridad.³

Elaboración de la lista de verificación

En consonancia con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud — con aportaciones de enfermeras, parteras, obstetras, pediatras, médicos generales, expertos en seguridad de los pacientes y pacientes de todo el mundo — elaboró la Lista de verificación de la seguridad del parto (la lista de verificación, para abreviar) con la finalidad de ayudar al personal sanitario a prestar una asistencia de gran calidad en los partos que son atendidos en instalaciones sanitarias, desde el momento en que la madre ingresa hasta el momento en que ella y el recién nacido reciben el alta.^{3,4}

La lista de verificación reúne prácticas de base científica organizadas en cuatro pausas diferenciadas. Tomando como base las directrices de la OMS, los elementos de la lista de verificación ayudan a prevenir las principales causas de muerte materna, morbilidad y muerte neonatal (en particular hemorragias, infecciones, parto obstruido, trastornos hipertensivos y complicaciones de la prematuridad). Cada tarea de la lista representa una acción decisiva que, si se omite, puede causar graves daños a la madre, el recién nacido o ambos.



LA IMPORTANCIA DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN: Se ha comprobado que estas prácticas seguras de asistencia del parto reducen los daños a la salud de la madre y el recién nacido.

Datos obtenidos de la puesta a prueba

La Organización Mundial de la Salud ha sometido la lista de verificación a pruebas extensas. La versión preliminar de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto se evaluó sobre el terreno en nueve países, que proporcionaron una retroalimentación completa, de la cual se sirvió la OMS para modificar la lista y someterla a prueba en el estado Karnataka de la India. Se comprobó que la realización de prácticas esenciales de base científica en la asistencia de cada parto aumentó en promedio de 10 de 29 antes de la introducción de la lista, a 25 de 29 después de que ésta se aplicó.²

Después del estudio preliminar en Karnataka, se diseñó un ensayo aleatorizado de gran extensión que incluyó 116 000 partos asistidos en Uttar Pradesh, el estado más poblado de la India. El ensayo, conocido como programa BetterBirth - aún en curso -, determinará el efecto de la introducción correcta de la lista de verificación en los resultados de salud de la madre y el recién nacido. Los resultados preliminares de los primeros cinco establecimientos que participan son prometedores. Antes de la introducción de la lista, en los establecimientos se realizaban únicamente 5 de las 17 prácticas evaluadas en el ensayo. Después de que el programa BetterBirth introdujo la lista de verificación (valiéndose de los instrumentos y estrategias que se dan a conocer en el presente documento), las parteras que atendieron los partos en los establecimientos realizaron regularmente 16 prácticas. En Rajastán (India), Jhpiego, con el apoyo de la Fundación Children's Investment Fund (CIFF) y en alianza con el Gobierno de Rajastán, ha utilizado la lista en 101 establecimientos públicos.

Los resultados iniciales del programa Jhpiego demostraron el mejoramiento de la calidad de la atención en establecimientos del sector público, y por tal motivo, los estados de Andhra Pradesh y de Gujarat introdujeron la lista de verificación en varios establecimientos de ese tipo.

En paralelo con la puesta a prueba de la lista de verificación, la OMS se asoció con Ariadne Labs para establecer la Colaboración de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto (la Colaboración de la OMS, para abreviar) con el fin de explorar las circunstancias que influyen en el uso de ésta en todo el mundo. Entre noviembre del 2012 y marzo del 2015, 34 grupos registraron proyectos en la Colaboración de la OMS, lo que suma en total 29 países y 234 lugares involucrados. Los grupos analizaron cuestiones sobre cómo y por qué algunos establecimientos usaron la lista de verificación de manera oportuna, eficaz y uniforme, mientras que otros presentaron demoras.



De noviembre del 2012 a marzo del 2015 un total de **34** GRUPOS registraron proyectos en la Colaboración de la OMS, lo que representa **29** PAÍSES y **234** LUGARES.

A fin de recopilar y documentar las experiencias de estos 34 grupos, se llevó a cabo una encuesta integral acerca de la introducción y el uso de la lista de verificación.

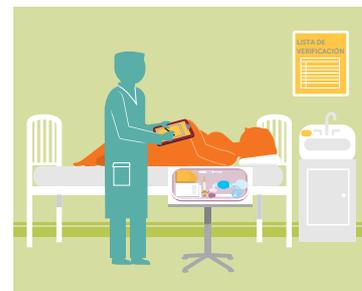
LOS MOMENTOS APROPIADOS PARA HACER UNA PAUSA Y VERIFICAR

La Lista OMS de verificación de la seguridad del parto se debe utilizar en las cuatro pausas durante la asistencia del parto en instituciones médicas, como se explica enseguida.



PRIMERA PAUSA: AL INGRESO

Examinar a la madre al momento del ingreso es importante para detectar y tratar complicaciones presentes, determinar si hay que referirla a otro establecimiento, prepararla (a ella y su acompañante) para el parto y el nacimiento, y orientarla (a ella y su acompañante) acerca de los signos de peligro frente a los cuales debe pedir ayuda.



SEGUNDA PAUSA: INMEDIATAMENTE ANTES DEL EXPULSIVO (o antes de la cesárea)

Comprobar cómo está la madre inmediatamente antes de la etapa de expulsión (o antes de la cesárea) es importante para detectar y tratar posibles complicaciones y prepararse para los fenómenos ordinarios y las posibles complicaciones después del nacimiento.

1

2

EL PROCESO DEL PARTO



INGRESO

PARTO



Antecedentes de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto

La Lista OMS de verificación de la seguridad del parto ayuda al personal sanitario a ejecutar durante todo el proceso prácticas esenciales en momentos decisivos de la atención de cada parto. El parto se caracteriza por acontecimientos ordinarios o imprevistos, y en su transcurso pueden surgir complicaciones para la madre, el recién nacido o ambos. Aunque es imposible reunir en una lista todas las prácticas necesarias en la atención de cada parto, la presente lista de verificación incluye una serie esencial de prácticas que, según se ha comprobado, reducen daños a la madre y el recién nacido.

Al idear la lista se consideró el flujo de los acontecimientos ordinarios y las prácticas esenciales de la asistencia del parto, por lo que se dividió en cuatro secciones o pausas, que son momentos concretos en los que la partera debe detenerse a «verificar» si ha realizado dichas prácticas. Estas pausas permiten que la partera efectúe sus «verificaciones» en los momentos en que pueden proteger de complicaciones potenciales a la madre y al recién nacido; al mismo tiempo, se producen cuando es oportuno que la partera se tome el tiempo para las comprobaciones, sin interrumpir la atención.

Cada elemento de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto se describe con detalles en el **GLOSARIO**.



TERCERA PAUSA: POCO DESPUÉS DEL NACIMIENTO (en la primera hora)

Comprobar la situación de la madre y el recién nacido poco después del nacimiento (en el plazo de 1 hora) es importante para detectar y tratar complicaciones que pueden aparecer en esta etapa e instruir a la madre (y su acompañante) cuándo debe pedir ayuda.



CUARTA PAUSA: ANTES DEL ALTA

Evaluar la situación de la madre y el recién nacido antes de darles el alta es importante para asegurarse de que ambos están sanos en ese momento, han organizado las visitas de seguimiento, han explicado a la madre (y su acompañante) las opciones de planificación familiar y les ha instruido en torno a los signos de peligro en la madre y el recién nacido, que señalan la necesidad inmediata de atención calificada.

3

4

ALTA



SEGUIMIENTO

En diversos establecimientos asistenciales, las pausas no se producirán en el mismo lugar. Por ejemplo, la primera pausa puede producirse en el área de admisiones; la segunda, en la sala de partos; la tercera, en el cuarto de recuperación posparto; y la cuarta, en la sala de puerperio. En los establecimientos donde hay un solo cuarto de partos, todas las pausas se producirán en ese lugar. Cada establecimiento determinará, basándose en sus necesidades y prácticas, el lugar en que la partera debe efectuar las verificaciones de cada pausa. Si las pausas se producen en distintos lugares, la lista de verificación debe «seguir» a la madre y el recién nacido conforme pasan de una habitación a otra. En ocasiones, mantener la lista de verificación junto con el expediente clínico de la madre permitirá que la partera la encuentre fácilmente cuando la necesita.

Lista OMS de verificación de la seguridad del parto

Comúnmente, las listas de verificación se emplean de dos maneras; la primera consiste en leer la instrucción y enseguida ejecutar la tarea especificada; en la segunda, se efectúa la tarea y luego se lee la instrucción de la lista para confirmar que se ha ejecutado. Se puede seguir cualquiera de estos métodos; aunque a muchas personas, sobre todo las que empiezan a usar la lista de verificación, les resulta más fácil leer primero y ejecutar la tarea a continuación.

Para mayor soporte, a la derecha de cada elemento se incluye información adicional. Por ejemplo, en el elemento relativo al partograma, se describe la forma de utilizarlo. La partera debe consultar esa información según sea necesario. A pesar de emplear repetidamente la lista de verificación y de que la partera memorice la información, se debe seguir utilizando la lista en cada pausa de la asistencia para cerciorarse que siempre se realicen las prácticas esenciales en cada parto.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA USAR LA LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PARTO

- ☑ Cada elemento de la lista de verificación es importante para cada madre y cada parto; la partera debe consultar siempre la lista de verificación en cada pausa, sin importar que esté segura de conocer las prácticas asistenciales
- ☑ La partera debe emplear una lista de verificación para cada madre, y esa lista habrá de acompañar a la madre y el bebé de un lugar a otro del establecimiento y de un miembro del personal que los atiende al siguiente
- ☑ Aunque al principio puede parecer que la lista es complicada y quita tiempo, en breve permitirá que el personal efectúe las prácticas esenciales de la atención del parto con mayor facilidad, seguridad y rapidez

Varios elementos de la lista de verificación requieren la administración de medicamentos tales como antibióticos, sulfato de magnesio, antihipertensivos y oxitocina. No se especifican los antibióticos ni los antihipertensivos porque en las distintas directrices del mundo los productos farmacéuticos pueden variar según los lugares. Al adaptar la lista de verificación a su establecimiento, seleccione los antibióticos de conformidad con las directrices de la OMS en su país. De manera análoga, guíese por esas directrices al trazar las pautas posológicas y terapéuticas de todos los medicamentos.

LA LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PARTO



1

Al ingreso

¿La madre necesita ser remitida?

- No
- Sí, ya organizado

Verifique los criterios de su institución

¿Se ha iniciado el partograma?

- No, se empezará a los ≥ 4 cm de dilatación
- Sí

Empiece a registrar cuando la dilatación sea ≥ 4 cm; a partir de ahí la dilatación debe ser ≥ 1 cm/hora

- Cada 30 minutos: anote la frecuencia cardiaca, las contracciones y la frecuencia cardiaca fetal
- Cada 2 horas: anote la temperatura
- Cada 4 horas: anote la presión arterial

La madre requiere:

¿Antibióticos?

- No
- Sí, ya administrado

Antes de administrar cualquier medicamento, pregunte si hay antecedentes de alergia
Administre antibióticos a la madre en caso de:

- Temperatura ≥ 38 °C
- Antecedente de exudado vaginal maloliente
- Rotura de membranas > 18 horas

¿Sulfato de magnesio y tratamiento antihipertensivo?

- No
- Sí, ya administrado (sulfato de magnesio)
- Sí, ya administrado (un antihipertensivo)

Administre sulfato de magnesio a la madre si hay:

- Presión arterial diastólica ≥ 110 mm de Hg y proteinuria 3+
- Presión arterial diastólica ≥ 90 mm de Hg y proteinuria 2+ y si hay: cefalea severa, trastornos visuales, dolor epigástrico

Administre un antihipertensivo a la madre si la presión arterial sistólica es > 160 mm de Hg

- Objetivo: mantener la presión arterial $< 150/100$ mm de Hg

- Confirmar que haya suministros para lavarse las manos y utilizar guantes para cada examen vaginal.**

- Alentar a que durante el parto esté presente un acompañante.**

- Confirmar que durante el parto la madre o el acompañante pedirá ayuda si es necesario.**

Pida ayuda si hay:

- Sangrado
- Dolor abdominal severo
- Cefalea severa o trastornos visuales
- Dificultad para orinar
- Deseos de pujar

Esta lista de verificación no es exhaustiva ni debe sustituir las notas clínicas individuales ni el partograma. Se alientan las adiciones o modificaciones para adaptarla a las prácticas locales. Para obtener más información acerca del uso recomendado de la lista de verificación, consulte la Guía de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad del parto en www.who.int/patientsafety.

2

Inmediatamente antes del expulsivo (O antes de la cesárea)

La madre requiere:

¿Antibióticos?

- No
 Sí, ya administrado

Antes de administrar cualquier medicamento, pregunte si hay antecedentes de alergia

Administre antibióticos a la madre en caso de:

- Temperatura ≥ 38 °C
- Antecedente de exudado vaginal maloliente
- Rotura de membranas >18 horas
- Cesárea

¿Sulfato de magnesio y tratamiento antihipertensivo?

- No
 Sí, ya administrado (sulfato de magnesio)
 Sí, ya administrado (un antihipertensivo)

Administre sulfato de magnesio a la madre si hay:

- Presión arterial diastólica ≥ 110 mm de Hg y proteinuria 3+
- Presión arterial diastólica ≥ 90 mm de Hg y proteinuria 2+, y si hay: cefalea severa, trastornos visuales, dolor epigástrico

Administre un antihipertensivo a la madre si la presión arterial sistólica es >160 mm de Hg

- Objetivo: mantener la presión arterial $<150/100$ mm de Hg

Confirmar que junto a la cama haya los suministros esenciales y prepárese para el parto:

Para la madre

- Guantes
 Preparación alcohólica o jabón y agua limpia para la higiene de las manos
 Oxitocina, 10 unidades en jeringa

Prepárese para atender a la madre inmediatamente después del nacimiento:

Confirme el nacimiento de un solo bebé (no es un parto múltiple)

1. Administre oxitocina 1 minuto después del nacimiento
2. Controle la expulsión de la placenta 1 a 3 minutos después del nacimiento
3. Masajee el fondo del útero después de la expulsión de la placenta
4. Confirme que el útero esté contraído

Para el bebé

- Toalla limpia
 Cordón o pinza umbilical
 Tijera estéril para cortar el cordón umbilical
 Dispositivo de aspiración
 Ambú

Prepárese para atender al bebé inmediatamente después del nacimiento:

1. Seque al bebé y manténgalo caliente
2. Si no respira, estimule al bebé y despeje las vías respiratorias
3. Si continúa sin respirar:
 - pince y corte el cordón umbilical
 - limpie las vías respiratorias, si es necesario
 - ventile con el ambú
 - solicite ayuda inmediatamente

- Asistente designado y listo a ayudar en el parto si es necesario.**

3

Poco después del nacimiento (en la primera hora)

¿La madre presenta un sangrado anormal?

- No
 Sí, solicite ayuda inmediatamente

Si hay sangrado anormal:

- Masajee el fondo del útero
- Considere administrar más uterotónico (oxitocina)
- Inicie perfusión intravenosa y mantener caliente a la madre
- Trate la causa: atonía uterina, retención de placenta o fragmentos placentarios, desgarro vaginal, rotura uterina

La madre requiere:*¿Antibióticos?*

- No
 Sí, ya administrado

Antes de administrar cualquier medicamento, pregunte si hay antecedentes de alergia. Administre antibióticos a la madre en caso de extracción manual de la placenta o de la temperatura ≥ 38 °C, y además:

- Escalofríos
- Exudado vaginal maloliente

Si hay desgarros perineales de tercero o cuarto grado, administre antibióticos para prevenir la infección

¿Sulfato de magnesio y tratamiento antihipertensivo?

- No
 Sí, ya administrado (sulfato de magnesio)
 Sí, ya administrado (un antihipertensivo)

Administre sulfato de magnesio a la madre si hay:

- Presión arterial diastólica ≥ 110 mm de Hg y proteinuria 3+
- Presión arterial diastólica ≥ 90 mm de Hg, proteinuria 2+, y si hay: cefalea severa, trastornos visuales, dolor epigástrico

Administre un antihipertensivo a la madre si la presión arterial sistólica es > 160 mm de Hg

- Objetivo: mantener la presión arterial $< 150/100$ mm de Hg

El bebé requiere:*¿Ser remitido?*

- No
 Sí, ya organizado

Verifique los criterios de su institución.

¿Antibióticos?

- No
 Sí, ya administrado

Administre antibióticos al bebé si estos se administraron a la madre durante el parto por una infección materna o si el bebé presenta:

- Frecuencia respiratoria > 60 por minuto o < 30 por minuto
- Tiraje torácico, quejido o convulsiones
- Pobre movimiento al estímulo
- Temperatura < 35 °C (y que no aumenta tras calentarlo) o temperatura ≥ 38 °C

¿Atención especial y monitoreo?

- No
 Sí, ya organizado

Organice la atención especial o el monitoreo si el bebé:

- Es prematuro por más de un mes
- Pesa < 2500 g al nacer
- Necesita antibióticos
- Requirió reanimación

Se inició la lactancia materna y contacto directo piel-a-piel (si la madre y el bebé se encuentran bien).

Confirmar que la madre o el acompañante llamarán para pedir ayuda si aparecen signos de peligro.

4

Antes del alta

Confirmar la estancia en la institución durante las 24 horas que siguen al parto.

¿La madre requiere antibióticos?

- No
 Sí, ya administrado y posponga el alta

Antes de administrar cualquier medicamento, pregunte si hay antecedentes de alergia
 Administre antibióticos a la madre en caso de:

- Temperatura ≥ 38 °C
- exudado vaginal maloliente

¿Es normal la presión arterial de la madre?

- No, administre tratamiento y posponga el alta
 Sí

Administre sulfato de magnesio a la madre si hay:

- Presión arterial diastólica ≥ 110 mm de Hg y proteinuria 3+
- Presión arterial diastólica ≥ 90 mm de Hg, proteinuria 2+, y si hay: cefalea severa, trastornos visuales, dolor epigástrico

Administre un antihipertensivo a la madre si la presión arterial sistólica es >160 mm de Hg

- Objetivo: mantener la presión arterial $<150/100$ mm de Hg

¿La madre presenta un sangrado anormal?

- No
 Sí, administre tratamiento y posponga el alta

Si el pulso es >110 latidos por minuto y la presión arterial es <90 mm de Hg:

- Inicie perfusión intravenosa y mantener caliente a la madre
- Trate la causa (choque hipovolémico)

¿El bebé requiere antibióticos?

- No
 Sí, administre antibióticos, posponga el alta y ofrezca atención especial

Administre antibióticos al bebé en caso de:

- Frecuencia respiratoria >60 por minuto o <30 por minuto
- Tiraje torácico, quejido o convulsiones
- Pobre movimiento al estímulo
- Temperatura <35 °C (y que no aumenta tras calentarlo) o temperatura ≥ 38 °C
- Deja de lactar adecuadamente
- El muñón umbilical presenta un enrojecimiento que se extiende a la piel o exuda pus

¿Se está alimentando adecuadamente el bebé?

- No; establezca buenas prácticas de lactancia materna y posponga el alta
 Sí

Explicar y ofrecer a la madre opciones de planificación familiar.

Disponer el seguimiento y confirmar que la madre o su acompañante buscará ayuda si después del alta aparecen signos de peligro.

Signos de peligro

La madre presenta cualquiera de estos:

- Sangrado
- Dolor abdominal severo
- Cefalea severa o trastornos visuales
- Dificultad para respirar
- Fiebre o escalofríos
- Dificultad para orinar
- Dolor epigástrico

El bebé presenta cualquiera de estos signos:

- Dificultad para respirar o respiración rápida
- Fiebre
- Frialdad anormal
- Deja de lactar adecuadamente
- Menos actividad de lo normal
- Ictericia generalizada

La responsabilidad de la interpretación y el uso de la presente lista de verificación compete al lector. En ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización. Para obtener más información, visite www.who.int/patientsafety.

La Lista OMS de verificación de la seguridad del parto puede descargarse de los sitios web de la OMS y de Ariadne Labs.

La lista OMS fue desarrollada de acuerdo con las directrices de la OMS y las normas asistenciales internacionales. No obstante, puede resultar necesario modificarla para adaptarla al contexto o los protocolos y directrices nacionales. Si es necesario efectuar cambios, consulte los principios rectores en la página 23, así como algunas adaptaciones más frecuentes realizadas en la página 58.

PUESTA EN
PRÁCTICA DE LA
LISTA OMS DE
VERIFICACIÓN DE
LA SEGURIDAD
DEL PARTO



Es importante la manera en que la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto se presenta al personal sanitario. La experiencia obtenida con la lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la OMS y otras tentativas por mejorar la seguridad y la calidad de la atención que reciben los pacientes en el mundo ha demostrado que limitarse a introducir una lista de verificación en un establecimiento no trae consigo un mejoramiento sostenido de las prácticas asistenciales básicas. Sobre la base de modelos bien conocidos de modificación del comportamiento⁵⁻⁷ en los entornos asistenciales y la aplicación de las enseñanzas extraídas de una variedad de experiencias de interesados directos, los tres pasos esenciales que se describen a continuación pueden ayudar a cada establecimiento o sistema sanitario a lograr los mejores resultados.

DESDE EL TERRENO

La lista de verificación no basta por sí sola

Involucrar a los líderes, lanzar la lista de verificación y proporcionar apoyo continuo puede ayudar a obtener buenos resultados.



INVOLUCRAR. Conseguir la participación y establecer un equipo para apoyar la implementación

- Procurar que las partes interesadas conozcan la lista de verificación y participen en su implementación
- Establecer un equipo que se involucre e identifique con el objetivo de la lista de verificación
- Examinar los recursos y prácticas actuales para determinar qué se requiere para que la lista de verificación dé buenos resultados
- Adaptar la lista de verificación a las directrices y protocolos locales



LANZAR. Organizar un acto formal para dar a conocer la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto

- Lanzar la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto mediante un acto o actividad de capacitación especial
- Incorporar la capacitación técnica para corregir las deficiencias de la práctica



APOYAR. Alentar el uso mediante el asesoramiento personal, el seguimiento y la evaluación

- Analizar el uso de la lista de verificación y mostrarla a las personas que la están utilizando en el establecimiento
- Observar el uso de la lista de verificación y aplicar las aptitudes de asesoramiento personal para facilitar una retroalimentación respetuosa y constructiva que aliente el cambio y motive la observancia
- Documentar los buenos resultados y los problemas recopilando información sobre el uso de la lista de verificación, los comportamientos relativos a las prácticas esenciales de atención del parto y la disponibilidad de suministros
- Compartir información periódicamente para alentar el mejoramiento.

PUESTA EN PRÁCTICA DE LA LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PARTO

Después de dar a conocer formalmente la lista de verificación, un ciclo continuo de asesoramiento personal y la medición del desempeño y de los datos de retroalimentación ayudan a mejorar las normas y la calidad de la asistencia.

LA LISTA DE VERIFICACIÓN



INVOLUCRAR



LANZAR



RESULTADOS



Normas individuales y sistémicas fortalecidas

CONDUCEN A



Mejoramiento de la calidad de la atención de la madre y el recién nacido

Mediante la generación de interés de las partes interesadas, el lanzamiento y el apoyo constante, la lista de verificación puede cambiar de manera favorable las prácticas individuales y de los establecimientos, así como propiciar mejoras en todo el sistema y concientizar sobre la importancia de la seguridad de los pacientes. Esos cambios pueden a su vez mejorar la calidad de la atención de la madre y el recién nacido.



Involucrar

El uso correcto de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto en cada parto da por resultado una mejor y más segura atención de la madre y el recién nacido. Sin embargo, la utilización sostenida solo puede lograrse si el personal que atiende los partos y las autoridades sanitarias creen en ella y apoyan activamente su implementación.

Para hacer realidad esta convicción y obtener el apoyo necesario, las personas, instituciones y organizaciones influyentes deben aliarse desde el inicio en los esfuerzos para aplicar la lista de verificación. Otros asociados importantes son los funcionarios del gobierno, el personal administrativo local y nacional, e incluso las pacientes. Convencer a estas partes interesadas de que la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto puede mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad de la madre y el recién nacido. Asimismo, mejorará las probabilidades de introducir satisfactoriamente la lista de verificación en un establecimiento o sistema de salud.⁷

DESDE EL TERRENO

La experiencia de la Colaboración OMS indica que la participación de los líderes fue decisiva para empezar a usar la lista de verificación.

EL PROCESO DE INVOLUCRAR ALIADOS CONSTA DE CINCO PASOS⁸

1. Determinar qué personas, instituciones u organizaciones tienen que aprobar o respaldar el uso de la lista de verificación
2. Organizar una reunión para describir la lista de verificación y explicar su finalidad
3. Establecer un equipo integrado por líderes apropiados de la asistencia sanitaria y parteras para que dirija la implementación de la lista de verificación
4. Examinar los recursos existentes y las prácticas vigentes para determinar el modo en que la lista de verificación se usará óptimamente y las necesidades que habrán de satisfacerse para alcanzar buenos resultados
5. Adaptar correctamente la lista de verificación para que sea idónea para el establecimiento y el sistema sanitario local.

1 DETERMINE QUÉ PERSONAS, INSTITUCIONES U ORGANIZACIONES TIENEN QUE APROBAR O RESPALDAR EL USO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN

Es importante obtener el respaldo público de personas, instituciones y organizaciones pertinentes para lograr la puesta en práctica eficaz de la lista de verificación. Entablar contacto con los distintos niveles administrativos para ponerlos al tanto del proceso de implementación de la lista reviste una importancia especial. Al hacer suyo el proceso en público y aportar los recursos necesarios, estos líderes transmiten un mensaje vigoroso de apoyo a la adopción de la lista de verificación, lo que a su vez será un estímulo para que el personal sanitario la utilice. El primer paso para la implementación adecuada de la lista de verificación es identificar quiénes deben participar.

En muchas instituciones, los médicos no son empleados sino contratistas privados que trabajan allí. Hay que tratar con ellos desde el inicio del proceso, pues limitarse a enviarles la orden de que usen la lista de verificación probablemente no rinda frutos.

2 ORGANICE UNA REUNIÓN PARA DESCRIBIR LA LISTA DE VERIFICACIÓN Y EXPLICAR SU FINALIDAD

Para obtener el apoyo de los líderes de la asistencia sanitaria, las parteras y otros participantes, usted tiene que explicar primero qué es la lista de verificación, cómo funciona y por qué es importante cada uno de sus elementos.

3 ESTABLEZCA UN EQUIPO INTEGRADO POR LÍDERES APROPIADOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA Y PARTERAS PARA QUE DIRIJA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN

El apoyo general al uso de la lista de verificación no es suficiente. También usted tiene que decidir quién se hará cargo de guiar el proceso de implementación hasta que éste se ubique dentro de los procesos. En el ámbito nacional o estatal, un grupo de trabajo, una institución u organización pertinente o un equipo puede guiar la implementación de la lista de verificación. En un establecimiento en particular, conviene escoger una o varias parteras como guías o «campeonas» del proceso. También puede haber campeones de las diversas profesiones sanitarias. Estos deben asumir un papel activo en la gestión de cada paso del proceso de implementación. Puede ser conveniente que el equipo invite a participar a un miembro del siguiente nivel administrativo, por ejemplo, estatal o local. Esto puede ser útil especialmente al principio del proceso de implementación y ayudar a otros establecimientos a decidirse para adoptar también la lista de verificación.

4 EXAMINE LOS RECURSOS EXISTENTES Y LAS PRÁCTICAS VIGENTES PARA DETERMINAR EL MODO EN QUE LA LISTA DE VERIFICACIÓN SE USARÁ ÓPTIMAMENTE Y LAS NECESIDADES QUE HABRÁN DE SATISFACERSE PARA ALCANZAR BUENOS RESULTADOS

Al inicio del proceso de implementación, los líderes deben recopilar datos acerca de los suministros, las directrices o normas y las cuestiones pertinentes de infraestructura (por ejemplo, puestos para el lavado de manos) con que cuenta el establecimiento y las prácticas que se siguen en éste. Los datos servirán de diversas formas: pondrán de manifiesto las formas en que el establecimiento puede mejorar la asistencia que presta y ayudarán a medir la mejora desde el inicio del proceso de implementación. Asimismo, puede ayudar a estimular al personal para que cambie sus prácticas conforme avanza el proceso. Por lo tanto, los líderes deben ser muy cuidadosos al recopilar estos datos, procurando hacerlo de una manera amable. Hay que hacer saber al personal que la finalidad es mejorar la calidad de la atención de la madre y el recién nacido.

No se puede introducir correctamente la lista de verificación en un establecimiento o sistema de salud que carece de los suministros esenciales. Uno de los anexos al presente documento contiene una lista de los suministros seguros para la atención del parto. Se puede usar para la evaluación inicial de los recursos, así como para el seguimiento ordinario, a fin de tener siempre a la mano los recursos necesarios. Saber cuáles elementos de la lista se aplican o no en el establecimiento propiciará que las autoridades concentren el apoyo donde hace falta. Una evaluación inicial bien documentada puede ayudar a promover el mejoramiento de la gestión de la cadena de compras y suministros a nivel nacional.

5 ADAPTE CORRECTAMENTE LA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA QUE SEA IDÓNEA PARA EL ESTABLECIMIENTO Y EL SISTEMA SANITARIO LOCAL

La lista de verificación se elaboró bajo las directrices de la OMS y las normas internacionales de asistencia, de modo que modificarla demasiado puede restarle eficacia. Aún así, puede requerir algunas modificaciones para adecuarla a circunstancias como por ejemplo, la prevalencia de infección por el VIH o el riesgo de paludismo. En tal situación, es importante que el equipo a cargo de la implementación se contacte con el nivel administrativo nacional y promueva una revisión de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto en todo el país. Una reunión nacional de expertos podría examinar la lista de verificación para comprobar su concordancia con las normas, directrices y aspectos culturales del país a fin de modificarla en consecuencia.

La lista de verificación debe traducirse al idioma local para que sea fácil usarla. Al igual que las modificaciones, las traducciones de la lista deben coordinarse en el nivel nacional. Así se evitará duplicar el trabajo si otros establecimientos de la región o el país también están implantando la lista.

Si hay que modificar aún más la lista para adaptarla al entorno local, la colaboración de las autoridades sanitarias locales, las parteras y otros interesados permitirá que todos se sientan partícipes de los buenos resultados. Saber que su propio establecimiento o sus colegas participaron en la adaptación de la lista de verificación puede estimular a otros a usarla.

No pierda usted de vista que las listas de verificación logran la máxima utilidad cuando es fácil usarlas. Si hay que modificarla, por ejemplo, para agregar elementos relativos a la infección por el VIH o el paludismo a fin de hacerla más específica a sus circunstancias, tenga en cuenta los principios que se describen a continuación.

Usar menos elementos. En muchos establecimientos surge la tentación de incluir demasiados elementos en su lista de verificación. Sin embargo, recuerde que cada elemento adicional hará que la lista sea más difícil de usar. Cada elemento de la lista de verificación debe concordar con al menos una de estas aseveraciones:⁸

- Omitirlo puede acarrear consecuencias graves
- Se tiene que hacer, pero frecuentemente se omite
- Mejora la comunicación entre los integrantes del equipo.

Usar un lenguaje ameno y sencillo. La redacción debe ser clara y sencilla, y debe «sonar» bien al leerse en voz alta. Si la redacción de los elementos no es amena o sencilla, resulta menos probable que las personas usen la lista de verificación.

Usar un diseño sencillo y de lectura fácil. Hay que mantener la coherencia del formato y abstenerse de usar textos en letra pequeña y muy densos. Si la lista de verificación no es clara y resulta difícil de leer, es poco probable que las personas la usen.

DESDE EL TERRENO

Modificación de la lista de verificación

Todos los miembros de la Colaboración OMS que participaron en la evaluación y notificaron el uso continuo de la lista de verificación también indicaron que la habían modificado.

Algunos establecimientos indicaron asimismo que habían pedido la ayuda de ginecólogos y obstetras expertos del país para adaptar la lista de verificación.

Entre las modificaciones que se hicieron cabe mencionar la adición de un espacio para anotar el nombre de la madre y los resultados de la presión arterial y la temperatura; la inclusión de los criterios del establecimiento para la remisión de la madre o el recién nacido; la adición de un espacio para verificar las alergias; y la adición de actividades para prevenir la transmisión de la madre al niño tales como la prueba del VIH y la administración de antirretrovirales.

**Lanzar**

El lanzamiento formal de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto en un acto oficial o una reunión de capacitación es importante para establecer la importancia del uso de la lista. Las partes interesadas a nivel local pueden capacitar a otros en su establecimiento después de haber recibido un curso de formación de formadores en un nivel administrativo superior.

Al margen de la opción que elija usted en el nivel local, la actividad puede ser dirigida por el equipo designado para la puesta en práctica o la gestión en la fase de involucramiento de participantes. Sin embargo, se alienta la participación activa de personal de distintas disciplinas, en particular médicos. Un acto de esa índole puede atraer a más profesionales y administradores sanitarios, brindar la oportunidad de ofrecer capacitación técnica adicional sobre prácticas de atención del parto y constituir un foro para analizar obstáculos y factores favorables. Usted deberá informar al nivel administrativo superior inmediato acerca del acto e invitar a funcionarios de este para ayudar a formalizar el lanzamiento.

El acto debe crear una atmósfera de entusiasmo para las parteras y el personal de otro tipo. Una buena opción es distribuir materiales como folletos y apuntes, o preparar un video institucional o de motivación. Los simulacros prácticos mediante objetos de utilería o la instrucción mediante el uso de las participantes como pacientes simuladas es un componente esencial de la enseñanza y capacitación de adultos.

En los anexos se incluye una guía para el acto de lanzamiento. Además, allí se incluye también una serie de imágenes donde se describe cada pausa de la lista de verificación, la cual puede ser útil como ayuda visual y consulta durante la capacitación de lanzamiento. Hay que alentar a los miembros del equipo de implementación o a algunos miembros del personal del establecimiento para que en los días siguientes al lanzamiento estén a disposición para responder preguntas.

EL LANZAMIENTO DEBERÍA INCORPORAR LOS PASOS SIGUIENTES⁸

- 1.** Preséntese y presente al equipo a cargo de la puesta en práctica de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto
- 2.** Describa los beneficios de usar una lista de verificación
- 3.** Explique las cuatro pausas de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto
- 4.** Demuestre y explique el uso correcto de la lista de verificación mediante simulaciones, videos u otros materiales
- 5.** Brinde a los participantes la oportunidad de practicar el uso de la lista de verificación
- 6.** Anime a los participantes a hablar de las posibles dificultades para usar la lista de verificación
- 7.** Invite a los participantes a decir lo que piensan y sienten con respecto a la lista de verificación y responda las preguntas que planteen
- 8.** Haga saber a los participantes que contarán con el apoyo de usted y el respaldo continuo del equipo durante la implementación de la lista.

DESDE EL TERRENO**Incluya sesiones de capacitación técnica**

La mayor parte de los miembros de la Colaboración OMS incluyeron capacitación técnica sobre temas como la higiene de las manos y el uso del partograma. Los equipos correspondientes examinaron los recursos existentes y las prácticas aplicadas en los establecimientos (como se describe en el proceso de «Involucrar») con el fin de decidir qué tipo de capacitación incluir en los actos de lanzamiento.

En muchos lugares se recurrió a los simulacros y se capacitó inicialmente a los obstetras y las enfermeras o parteras jefas para conseguir su participación y dotarlos de los medios para capacitar a otros. El programa BetterBirth usó videos de instrucción y motivadores para orientar al personal del establecimiento sobre la forma de usar la lista de verificación y enfatizar su importancia.

**Apoyar**

Se insta a los implementadores y los líderes del establecimiento a que faciliten apoyo promoviendo constantemente la lista de verificación con el fin de crear conciencia y generar entusiasmo con respecto a su uso. Por ejemplo, aprovechar las reuniones ordinarias para subrayar la importancia del uso de la lista de verificación y exponer los progresos realizados hasta el momento. Además, valerse de fotografías, videos y tableros de avisos para destacar a las personas que están aplicando la lista de verificación, confiere mayor importancia al proceso y reforza la idea de que ésta es local y está adaptada a las circunstancias propias.

Dos componentes esenciales del apoyo son el asesoramiento personal para alentar a otros a cambiar y la aplicación del seguimiento y la evaluación para mejorar.

ASESORAMIENTO PERSONAL PARA ESTIMULAR EL CAMBIO⁸

El asesoramiento personal (coaching) es un componente destacado de la implementación apropiada de la lista de verificación. Ayuda a las personas y los equipos a mejorar su desempeño y mantener el uso correcto de la lista de verificación a lo largo del tiempo. Dar asesoramiento personal a colegas y otros miembros del personal promueve a observar, alentar y proporcionar una retroalimentación respetuosa a las personas con el fin de fomentar un comportamiento nuevo y mejorar el desempeño. Supone acompañar a las personas mientras están trabajando y ayudarlas a mejorar. El asesor personal (coach) puede ser una persona o un grupo proveniente de distintas áreas clínicas o administrativas y de cualquier nivel dentro o fuera del establecimiento. El asesor personal puede ejercer esta función a tiempo completo o parcial, además de atender a otros deberes. Puede ser un empleado de nivel superior, aunque ello no es imprescindible. Los asesores pueden también provenir de un nivel superior de administración sanitaria para apoyar a varios establecimientos o distritos a poner en práctica la lista de verificación.

El asesoramiento personal implica observar a otros durante la atención del parto para evaluar la aplicación de la lista de verificación. También puede consistir en examinar las listas de verificación completas para comprobar que se rellenaron correctamente. En ambos casos, facilitar una retroalimentación respetuosa y constructiva es un componente esencial del asesoramiento personal. Desde luego, la buena comunicación reviste una importancia decisiva para estimular y dar retroalimentación adecuada a otras personas. Un buen asesor personal sabe cómo y cuándo escuchar, dirigirse a otros con respeto y amabilidad, y transmitir ideas de manera clara y sencilla. En los anexos se pueden consultar los principios del buen asesoramiento personal y ahondar en las cualidades y aptitudes necesarias para esta tarea, así como en las técnicas de comunicación para facilitar una retroalimentación eficaz.

Además de ayudar a establecer y mantener el uso correcto de la lista de verificación en el establecimiento, el asesoramiento personal puede ayudar a impulsar otras mejoras.

- **UNA ASISTENCIA MEJORADA Y COORDINADA DE LOS PACIENTES.** Un equipo que funciona bien atiende mejor a los pacientes
- **UNA MORAL FORTALECIDA.** El asesoramiento personal sobre el uso de lista de verificación ayudará a reforzar las mejores prácticas que mantienen en un nivel elevado la comunicación y el trabajo en equipo
- **DESCUBRIMIENTO DE OTRAS OPORTUNIDADES.** El asesoramiento personal puede ayudar a reconocer nuevas oportunidades para mejorar
- **ÉXITO A LARGO PLAZO.** El asesoramiento personal puede mostrar que lo que hace el personal importa y, por lo tanto, conviene invertir en su éxito sostenido

Para facilitar el cambio, el asesor personal tiene que saber lo que impide que otras personas mejoren sus prácticas. Es probable que el asesor personal observe tres factores⁹ que dificultan a las personas ejecutar los elementos de la lista de verificación.

- **OPORTUNIDAD**
Factores ambientales o coyunturales que escapan a la voluntad del individuo (Por ejemplo, problemas con el apoyo de los superiores, los recursos humanos o los suministros)
- **MOTIVACIÓN**
Interés o convicción
- **HABILIDAD**
Aptitudes, conocimientos o confianza en la capacidad técnica

UN BUEN ASESOR PERSONAL ES UNA PERSONA:

- Susceptible de ser asesorada
- Respetada
- Modesta
- Paciente

DESDE EL TERRENO**Dificultades para usar la lista de verificación**

La evaluación de la lista de verificación de la seguridad del parto efectuada por la Colaboración OMS reveló varias dificultades de carácter motivacional en el uso de la lista, como la opinión de que ésta era muy compleja y quitaba mucho tiempo. Los asesores personales pudieron superar las dificultades mediante la supervisión y capacitación continuas, así como reforzando la importancia de la lista de verificación mediante actividades educativas y reuniones con todo el personal

Muchos lugares de la Colaboración OMS también tropezaron con dificultades relativas a las aptitudes, tanto para usar la lista de verificación como con ciertas prácticas de atención del parto impulsadas por ésta. Los lugares que obtuvieron buenos resultados organizaron actos de lanzamiento y sesiones de capacitación técnica adicionales para ayudar a mejorar las aptitudes.

En toda la Colaboración OMS un problema de oportunidad común fue la falta de suministros esenciales. En este caso, varios asesores personales y parteras colaboraron con los directores de los establecimientos e incluso administradores sanitarios de un nivel superior para trazar un plan más sólido para organizar la cadena de suministros. En los lugares donde las parteras no podían conseguir fácilmente copias de la lista de verificación porque no había impresoras, se consideró la conveniencia de mandar a hacer carteles. Cada cartel de una determinada pausa de la lista de verificación se colocaba en la habitación donde se prestaba la asistencia correspondiente. Algunos establecimientos mandaron hacer copias plastificadas de la lista de verificación que podían limpiarse y volverse a utilizar al atender otro parto. Para resolver la escasez de personal y la asistencia irregular de éste, en muchos sitios se enfatizó en las normas de asistencia al trabajo y se alentó al personal sanitario a aprovechar la ayuda de los acompañantes del parto cuando lo juzgaran apropiado.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN PARA MEJORAR

Con el fin de brindar a las parteras un estímulo y apoyo constante para que utilicen la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto, primero hay que averiguar cuándo, cómo y por qué usan o no la lista en su trabajo. Cuantificar la frecuencia del uso correcto de la lista de verificación y la ejecución de las prácticas asistenciales prescritas en ésta, puede indicar cuáles aspectos plantean dificultades al personal que la usa, ayudará a resolver esas dificultades y le permitirá reconocer mejoras personales e institucionales dignas de celebrarse con el equipo y de manera más general. Recuerde que la lista de verificación se puede integrar a los procesos e iniciativas de mejoramiento de la calidad habituales del establecimiento de tal modo que no represente una tarea adicional. Es importante evaluar la forma como la lista de verificación puede complementar o realzar los sistemas existentes.

Vigilancia del proceso de puesta en práctica

Los asesores personales, los supervisores y las parteras pueden recopilar información sobre el uso de la lista de verificación y la calidad de la asistencia prestada mediante la observación directa de quienes efectúan las tareas de asistencia del parto. En los anexos figura un instrumento de observación que permite:

- Documentar cuáles prácticas ejecutan las parteras durante cada período de observación
- Decidir cuáles prácticas tienen la mayor importancia para mejorar el establecimiento o el sistema de asistencia sanitaria
- Comprobar que todos los observadores identifiquen y documenten las mismas prácticas y los mismos comportamientos
- Decidir y documentar el motivo por el cual una partera no ejecuta un elemento de la lista de verificación (Falta de oportunidad, habilidad o motivación)

La finalidad del instrumento de observación no es juzgar el desempeño de las parteras, de tal manera que usted debe informarles que las observaciones tienen como finalidad reunir datos para el asesoramiento personal y el mejoramiento de la calidad. Además, no conviene mencionar los nombres ni otros datos de identificación de las parteras ni de las pacientes en los instrumentos de observación, a fin de aumentar la participación de los prestadores de asistencia en el proceso. Conviene incluir en el proceso a supervisores del nivel superior inmediato, pues pueden ser más objetivos y formular comentarios útiles por comparación con el personal permanente del establecimiento. Sea cual fuere el instrumento de observación empleado, todos los observadores deben estar de acuerdo en el significado de los elementos específicos de la lista de verificación, por ejemplo, ¿cuándo se considera que «la hemorragia de la madre se ha controlado satisfactoriamente»?

Además del instrumento de observación, la propia lista de verificación se puede usar para supervisar y documentar el tipo de asistencia prestada por las parteras. Mediante el examen de las listas completas se puede identificar si la calidad de la asistencia en el establecimiento o sistema de salud está mejorando y de qué manera. Cuando analice los resultados con las parteras y los altos cargos, aplique los principios del asesoramiento personal eficaz para que aquellas sientan que usted las está ayudando a mejorar sus prácticas y no poniéndoles presión para que «marquen la casilla correspondiente».

Como el equipo y los suministros específicos son imprescindibles para realizar las prácticas esenciales de la atención del parto descritas en la lista de verificación, hay que vigilar periódicamente las existencias de éstos dentro del establecimiento. En los anexos se incluye una lista de suministros para la atención sin riesgos del parto que permite ayudar a los establecimientos sanitarios a vigilar los suministros, reconocer las necesidades y detectar áreas que pueden mejorarse.

Evaluación y retroalimentación para mejorar

Una vez terminada la recolección de datos sobre el uso de la lista de verificación y la calidad de la asistencia en el establecimiento, hay que hacer lo necesario para analizar los datos y compartir lo aprendido con las parteras y otros que se apoyan en la lista para hacer su trabajo. A nivel de un sistema de salud, se pueden obtener los datos de muchos establecimientos para analizar las tendencias regionales o nacionales de la salud de la madre y el recién nacido.

La introducción de los datos en un hoja de cálculo impresa o electrónica permitirá organizarlos y reconocer tendencias. Se pueden formular las siguientes preguntas:

- ¿Cómo ha venido cambiando con el tiempo el uso de la lista de verificación?
- ¿Cuáles elementos de la lista de verificación se aplican con más frecuencia? ¿Cuáles se aplican con menos frecuencia?
- ¿Qué suministros y equipos faltan habitualmente? ¿Por qué? ¿Cómo se puede conseguir que los haya de manera más regular?
- ¿Cuáles son los motivos por los cuales las parteras no ejecutan frecuentemente por lo general determinados elementos de la lista de verificación?
- ¿Cómo se pueden resolver estos problemas?

Al margen de los detalles concretos, como el tipo de documento u hoja de cálculo empleados, podrá usted comprobar que la retroalimentación y comunicación de los datos son decisivos para lograr buenos resultados. Todos los que usan la lista de verificación — parteras, directivos del establecimiento y del sistema de salud, y asesores personales — deben saber cuándo y cómo efectuar cambios para resolver las dificultades existentes. Para el efecto habrá que formular a las parteras y los directivos del establecimiento las preguntas que permitan saber qué problemas hay y por qué, e involucrarlos para que ayuden a resolver los problemas del sistema y se motiven los unos a los otros.

Además, periódicamente hay que darle a conocer a todo el personal los buenos resultados obtenidos a fin de alentarlos a continuar las prácticas eficaces. El instrumento de asesoramiento personal que figura en los anexos puede ayudar a tomar nota de los logros y los programas, y sirve también para prepararse a la hora de compartir los datos en conversaciones con las parteras u otros. Asimismo el instrumento puede servir para mostrar reconocimiento al personal que ha contribuido a lograr buenos resultados o para trazar un plan dirigido a resolver problemas concretos. Muchos programas satisfactorios de mejoramiento de la calidad ofrecen reconocimiento social a las personas que se distinguen en el proceso de puesta en práctica.

DESDE EL TERRENO

Cómo usar las representaciones gráficas de los datos

La experiencia del ensayo BetterBirth y la Colaboración OMS indica que el despliegue de los datos mediante gráficos puede habilitar al personal al revelar dónde persisten problemas con el uso de la lista de verificación y en qué esferas está mejorando el establecimiento.

DESPLIEGUE VISUAL DE SUS DATOS

Es frecuente que las representaciones gráficas de los datos por computadora asuman la forma de cuadros, esquemas y gráficos, pero también se pueden dibujar a mano. El uso de colores representa una manera sencilla de mostrar el curso del proceso (el rojo para indicar «no» o una tendencia negativa, y el verde para representar «sí» o una tendencia positiva). A continuación se ofrecen ejemplos de representaciones gráficas de datos que ayudarán a mostrar la marcha del proceso y a trazar la cronología de la implementación:

GRÁFICO DE BARRAS

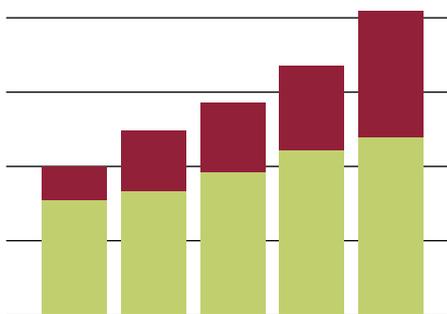
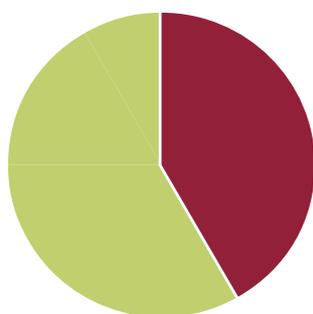
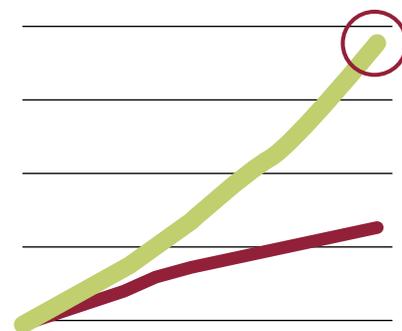


GRÁFICO DE SECTORES



GRÁFICOS LINEALES



BITÁCORAS DE COMPORTAMIENTO

COMPORTAMIENTOS ILUSTRATIVOS

	OBSERVACIONES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Presión arterial de la madre medida	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Oxitocina administrada en el plazo de 1 minuto después del nacimiento	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Contacto de piel-a-piel	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓
Signos de peligro explicados	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓

O BIEN

COMPORTAMIENTOS ILUSTRATIVOS

	OBSERVACIONES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Presión arterial de la madre medida	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Oxitocina administrada en el plazo de 1 minuto después del nacimiento	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Contacto de piel-a-piel	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓
Signos de peligro explicados	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓

ANEXOS



Suministros para la seguridad del parto

¿QUÉ SON LOS SUMINISTROS PARA LA ATENCIÓN SEGURA DEL PARTO?

Son los suministros necesarios para la atención higiénica y segura del parto de conformidad con los elementos y prácticas de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto.

MODO DE EMPLEO

1. Empiece en la primera columna. Anote la fecha en la parte superior de la columna.

2. Busque cada elemento en la lista.

- Llene el círculo «S» si el suministro, equipo o medicamento funciona, no ha caducado y además está al alcance inmediato de las parteras.
- Llene el círculo «N» si el suministro, equipo o medicamento está averiado, ha caducado o por otro motivo no está al alcance de las parteras.

	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
--	-------	-------	-------	-------	-------

SUMINISTROS GENERALES Y EQUIPO

Corriente eléctrica	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Agua limpia	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Jabón o preparación alcohólica para aseo de las manos	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Desinfectante	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Autoclave	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Guantes limpios	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Estetoscopio	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Termómetro	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Esfigmomanómetro	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Partograma	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Fetoscopio o aparato doppler	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				

SUMINISTROS EN LA SALA DE PARTOS

Aspirador	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Extractor de mocos	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Ambú neonatal	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Botella o concentrador de oxígeno	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Pesabebés	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Aguja y jeringa	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Tiras reactivas para orina	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Tijeras esterilizadas	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Cordón o pinza umbilical	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Compresas limpias para la madre	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Toalla limpia	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				

MEDICAMENTOS, INYECCIONES LÍQUIDOS INTRAVENOSOS

Bolsa de líquidos intravenosos	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Oxitocina inyectable	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Sulfato de magnesio inyectable	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Antibióticos para la madre	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Antibióticos para el bebé	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Antihipertensivos	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				

Suministros para la seguridad del parto (Ejemplo)

¿QUÉ SON LOS SUMINISTROS PARA LA ATENCIÓN SEGURA DEL PARTO?

Son los suministros necesarios para la atención higiénica y segura del parto de conformidad con los elementos y prácticas de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto.

MODO DE EMPLEO

1. Empiece en la primera columna. Anote la fecha en la parte superior de la columna.

2. Busque cada elemento en la lista.

- Llene el círculo «S» si el suministro, equipo o medicamento funciona, no ha caducado y además está al alcance inmediato de las parteras.
- Llene el círculo «N» si el suministro, equipo o medicamento está averiado, ha caducado o por otro motivo no está al alcance de las parteras.

	Fecha 1 de enero	Fecha 8 de enero	Fecha	Fecha	Fecha
--	---------------------	---------------------	-------	-------	-------

SUMINISTROS GENERALES Y EQUIPO

Corriente eléctrica	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Agua limpia	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Jabón o preparación alcohólica para aseo de las manos	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Desinfectante	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Autoclave	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Guantes limpios	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Estetoscopio	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Termómetro	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Esfigmomanómetro	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Partograma	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Fetoscopio o aparato doppler	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				

SUMINISTROS EN LA SALA DE PARTOS

Aspirador	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Extractor de mocos	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Ambú neonatal	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Botella o concentrador de oxígeno	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Pesabebés	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Aguja y jeringa	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Tiras reactivas para orina	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Tijeras esterilizadas	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Cordón o pinza umbilical	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Compresas limpias para la madre	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Toalla limpia	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				

MEDICAMENTOS, INYECCIONES LÍQUIDOS INTRAVENOSOS

Bolsa de líquidos intravenosos	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Oxitocina inyectable	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Sulfato de magnesio inyectable	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Antibióticos para la madre	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Antibióticos para el bebé	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				
Antihipertensivos	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N				

Guía para realizar el lanzamiento

INSTRUCCIONES

Sírvase de los siguientes temas de debate y actividades durante el acto de lanzamiento de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto.

1. PRESÉNTESE Y PRESENTE AL EQUIPO A CARGO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PARTO

Preséntese, presente al equipo y facilite que todos los asistentes se conozcan; de esa manera se fomenta un ambiente acogedor y de franqueza en el que todos los participantes se sienten cómodos formulando preguntas y haciendo sugerencias.

2. DESCRIBA LOS BENEFICIOS DE USAR UNA LISTA DE VERIFICACIÓN

Explique los beneficios que reporta el uso de la lista de verificación para ayudar a las parteras a atender el parto. Describa la lista de verificación a rasgos generales

¿POR QUÉ CONVIENE USAR UNA LISTA DE VERIFICACIÓN?

- El riesgo máximo de muerte materna ocurre el primer día después del parto.
- El riesgo máximo de muerte del recién nacido ocurre en el primer día de vida, por lo común inmediatamente después del nacimiento.
- El parto es un fenómeno complejo que con gran frecuencia puede tener consecuencias graves.
- Mediante investigaciones se ha demostrado que en otros procesos complejos que pueden tener consecuencias graves (como pilotar un avión o efectuar una operación quirúrgica), el uso de listas de verificación puede salvar vidas y evitar daños graves.
- Del mismo modo que el piloto en un aeroplano o el cirujano en el quirófano, la partera puede influir mucho en la seguridad de la atención de la madre y su hijo durante el parto.

¿CÓMO FUNCIONAN LAS LISTAS DE VERIFICACIÓN?

- Las listas de verificación no incorporan actividades nuevas: los elementos que la integran están basados en la capacitación, las directrices o las prácticas que ya existen.
- Los elementos de una lista de verificación nos ayudan a recordar los muchos actos que debemos efectuar durante una situación compleja.
- Algo se nos puede olvidar.
- Podemos distraernos por atender una urgencia u otros deberes.
- Podemos olvidarnos de transmitir información importante a otros.

EJEMPLO: Cuando usted va de compras al mercado, una lista de verificación le ayuda a recordar los productos correctos que debe comprar, en el orden y el momento precisos.

APUNTE PARA EL DEBATE: ¿Cuáles son las causas posibles de complicaciones relacionadas con el parto?

Una lista de verificación que ayude a la memoria de la partera aumentará el número de prácticas esenciales de atención del parto ejecutadas, lo cual mejorará la salud de la madre y el recién nacido.

3. EXPLIQUE LAS CUATRO PAUSAS DE LA LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PARTO

Describa cada pausa (aproveche las imágenes correspondientes para estimular el debate). Estimule a los participantes a definir los objetivos de la asistencia y las prácticas fundamentales que deben ejecutar en cada pausa; a continuación, lea en voz alta cada elemento de la lista de verificación y descríbalos en detalle, explicando por qué es una práctica esencial de la atención del parto.

Sírvase de los siguientes apuntes **para el debate** en torno a cada elemento para orientar a los participantes.



PRIMERA PAUSA: AL INGRESO

- ¿Cómo evaluamos los riesgos de la madre?
- ¿Cuáles son los motivos para referir a la embarazada antes del parto?



SEGUNDA PARTE: INMEDIATAMENTE ANTES DEL EXPULSIVO (O ANTES DE LA CESÁREA)

- ¿Qué suministros preparamos para la mujer en puerperio y el bebé antes de atender el parto?
- ¿Qué suministros se obtienen con facilidad para cada madre y cada recién nacido?
¿Qué suministros faltan a menudo (siempre o a veces)?



TERCERA PAUSA: POCO DESPUÉS DEL NACIMIENTO (EN LA PRIMERA HORA)

- ¿Cómo alentamos la lactancia materna y el contacto de piel con piel?
- ¿Qué prácticas de esta pausa podemos mejorar?
- ¿Cuáles son los signos de peligro a los que debemos estar atentos en la madre?
¿Y en el bebé?



CUARTA PAUSA: ANTES DEL ALTA

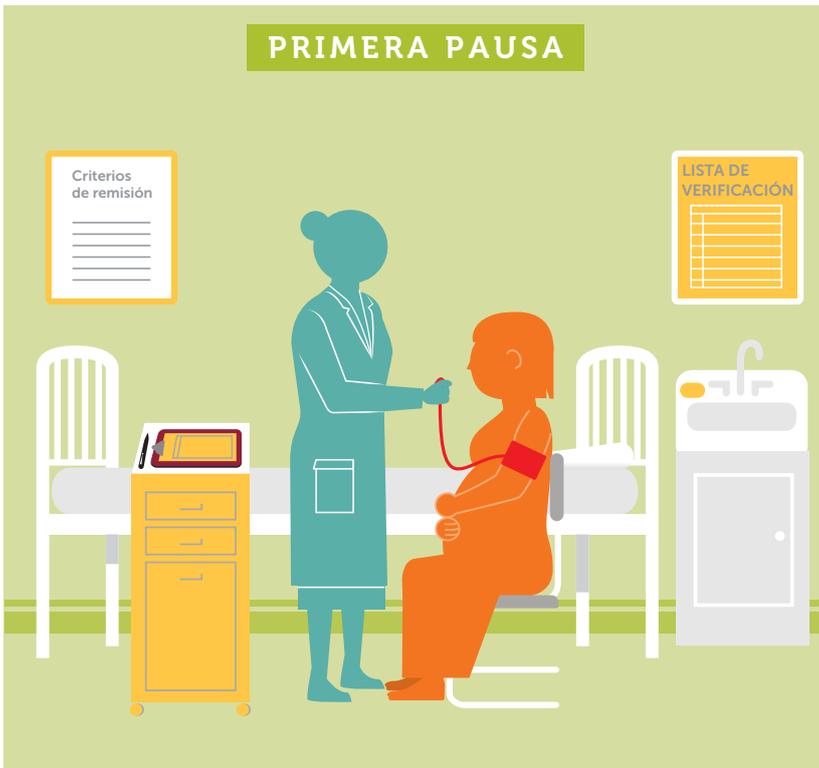
- ¿Qué prácticas tenemos que efectuar antes de que la madre y el bebé se vayan a casa?
- ¿De qué manera logramos que la madre reciba información sobre la planificación familiar?

Recuerde a los participantes:

- Cada elemento de la lista de verificación es importante para cada madre y cada parto; la partera debe consultar siempre la lista de verificación en cada pausa, sin importar que esté segura de conocer las prácticas asistenciales.
- La partera debe usar una lista de verificación para cada madre, y esa lista debe acompañar a la madre y el bebé de un lugar a otro del establecimiento y de un miembro del personal que los atiende al siguiente.
- Aunque al principio puede parecer que la lista es complicada y quita tiempo, pronto permitirá que el personal efectúe las prácticas esenciales de la atención del parto con mayor facilidad, seguridad y rapidez.

Ilustraciones de las pausas

PRIMERA PAUSA



1

PRIMERA PAUSA: AL INGRESO

Examinar a la embarazada al momento del ingreso es importante para detectar y tratar complicaciones presentes, determinar si hay que referirla a otro establecimiento, prepararla (a ella y su acompañante) para el parto e instruirlos (a ella y su acompañante) acerca de los signos de peligro frente a los cuales deben pedir ayuda.

SEGUNDA PAUSA



2

SEGUNDA PAUSA: INMEDIATAMENTE ANTES DEL EXPULSIVO (O ANTES DE LA CESÁREA)

Comprobar cómo está la mujer en puerperio inmediatamente antes de la etapa de expulsión (o antes de la cesárea) es importante para detectar y tratar posibles complicaciones y prepararse para los fenómenos ordinarios y las posibles crisis después del nacimiento.

TERCERA PAUSA



3

TERCERA PAUSA: POCO DESPUÉS DEL NACIMIENTO (EN LA PRIMERA HORA)

Comprobar la situación de la madre y el recién nacido poco después del nacimiento (en el plazo de 1 hora) es importante para detectar y tratar complicaciones que pueden aparecer en esa etapa e instruir a la madre (y su acompañante) sobre los signos de peligro ante cuya aparición deben pedir ayuda.

CUARTA PAUSA



4

CUARTA PAUSA: ANTES DEL ALTA

Evaluar la situación de la madre y el recién nacido antes de darles el alta es importante para asegurarse de que ambos estén sanos en ese momento, que se han organizado las visitas de seguimiento, que se han explicado a la madre (y su acompañante) las opciones de planificación familiar y que se les ha instruido en torno a los signos de peligro, en la madre y el recién nacido, que señalan la necesidad inmediata de atención calificada.

Principios del asesoramiento personal eficaz

¿QUIÉN PUEDE FACILITAR ASESORAMIENTO PERSONAL?

Cualquiera puede hacerlo. Los asesores personales pueden provenir de distintas esferas clínicas o administrativas, de cualquier nivel jerárquico del establecimiento o de fuera de éste. La experiencia del ensayo BetterBirth y de la Colaboración OMS mostró que la formación por pares da mejores resultados; es decir, las enfermeras asesoran a las enfermeras y los médicos a los médicos. Un asesor en materia de la lista de verificación puede asesorar a tiempo completo o a tiempo parcial, además de cumplir con otras obligaciones; asimismo, puede ser, aunque no es forzoso, un empleado de alto nivel del establecimiento. Sea cual fuere la formación y experiencia del asesor personal, debe tener las características adecuadas.

CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN ASESOR PERSONAL

Un buen asesor personal es una persona:

- Susceptible de ser asesorada
- Respetada
- Modesta
- Paciente.

Los buenos asesores personales son **susceptibles de ser asesorados**: están motivados por el objetivo de mejorar su desempeño, aceptan ser observados mientras trabajan y responden con franqueza las preguntas acerca de su propio desempeño. Las personas susceptibles de ser asesoradas suelen tener la intuición, sensatez y comprensión necesarias para asesorar a otros.

Aún cuando no es indispensable que el asesor ocupe un alto cargo en el establecimiento o sistema de salud, debe merecer la confianza y el **respeto** de sus pares. De modo análogo, no es forzoso que los asesores sean clínicos, pero si lo son, se les facilitará ganarse la confianza de las parteras porque conocen, se identifican o tienen experiencia en el ambiente en que se desenvuelve la atención del parto. Aún así, un asesor que pretende conocer todas las respuestas puede destruir la confianza de los asesorados, que es vital para una buena relación de asesoramiento. Un buen asesor reconoce cuando no sabe algo.

Los asesores **modestos** y honrados establecen relaciones fructíferas con sus colegas. Los buenos asesores tratan a los demás como si estos estuvieran haciendo lo mejor posible para ayudar a la madre y el recién nacido y prestarles una asistencia segura. Gracias a esa actitud de sencillez, es mucho más probable que los asesores logren que las parteras presten atención y respondan bien a la retroalimentación. Los buenos asesores destacan las acciones positivas de las parteras y reconocen que tratan de aprender y ponen en ello lo mejor de sí mismas. Cuando formulan observaciones sobre las prácticas de otras personas, los asesores no juzgan lo que han hecho ni como lo han hecho.

Los asesores poseen asimismo la **paciencia** y flexibilidad necesarias para dejar que los demás aprendan extrayendo sus propias conclusiones. Los asesores que logran buenos resultados convencen a las parteras de que reflexionen en lo que ha sucedido y las orientan para que reconozcan por sí mismas los problemas y las posibles soluciones para mejorar su desempeño. De esta manera, crean oportunidades para que otros sepan resolver sus dificultades especiales, en lugar de presentar soluciones ya hechas para aplicarlas a problemas genéricos. El asesor no solo despeja lo mejor que puede las inquietudes de las parteras, sino que con ello logra que apliquen las soluciones que ellas mismas han ideado.

Los asesores deben ser flexibles y aplicar diversos métodos para satisfacer las necesidades de otros. Por ejemplo, pueden reunirse con las parteras individualmente o en grupos pequeños. De modo análogo, pueden asesorar a las parteras personalmente o a distancia (por teléfono o internet). Los asesores decidirán por sí mismos cómo asesorar teniendo en cuenta la opción más eficaz para las parteras a su cargo, o para el establecimiento en particular o el sistema de salud en general basándose en lo que a su juicio funcionará con los recursos que hay.

Principios del asesoramiento personal eficaz

APTITUDES NECESARIAS PARA EL ASESORAMIENTO PERSONAL

Para ayudar a las parteras a mejorar sus aptitudes, los asesores deben aplicar a su vez las siguientes aptitudes:

- **Establecer relaciones basadas en la confianza**
- **Mostrar una curiosidad genuina**
- **Observar con detenimiento y desplegar sus aptitudes de comunicación**

Para ayudar a otros a mejorar sus prácticas, los asesores tienen que convencerlos de que éstas pueden mejorar. Las parteras se comprometerán a mejorar sus prácticas únicamente si el asesor se ha ganado su confianza. Un buen asesor dedicará tiempo a establecer una buena relación con los otros y entender sus puntos de vista, de modo que estos le tengan confianza y se comprometan a mejorar. Identificarse con otros cuando corresponde es importante y sienta las bases de una sólida relación de asesoramiento. Mostrar una curiosidad genuina y un interés sincero mientras se observa y se formulan preguntas da lugar a una mayor confianza y permite tener éxito. Esto se puede conseguir si los asesores opinan sin juzgar y formulan preguntas de respuesta libre que propicien la conversación y la reflexión. Las personas querrán hablar con el asesor y buscar su apoyo.

Por añadidura, los asesores que observan atentamente y formulan las preguntas idóneas pueden diagnosticar con exactitud las causas fundamentales de los problemas. Partiendo de la idea de las buenas intenciones de las personas y los equipos, los asesores que entienden las causas fundamentales están en mejor posición de proponer soluciones adecuadas y factibles. Por ejemplo, una partera puede estar omitiendo la medición de la temperatura no porque ignore cómo hacerlo, sino sencillamente porque no hay en el establecimiento un termómetro en buen estado. Cuando los asesores pueden ayudar a otros a reconocer los obstáculos que impiden el mejoramiento, ello representa un estímulo mucho más poderoso para el cambio.

Para facilitar el cambio, el asesor personal tiene que saber qué impide a las personas mejorar sus prácticas. Es probable que el asesor personal observe tres factores que dificultan a las personas ejecutar los elementos de la lista de verificación:

- **OPORTUNIDAD.** Factores ambientales o coyunturales que escapan a la voluntad del individuo (por ejemplo, la dificultad para obtener el apoyo de los directivos, problemas de recursos humanos, tiempo o escasez de suministros).
- **MOTIVACIÓN.** Interés o convicción íntima.
- **HABILIDAD.** Aptitudes, conocimientos o confianza en la capacidad técnica.

APTITUDES DE COMUNICACIÓN ÚTILES PARA ESTIMULAR EL PROGRESO

El asesor tiene que desplegar buenos dotes de comunicación al analizar las prácticas, dar retroalimentación y ayudar a las parteras a reconocer problemas y encontrar soluciones. Un buen asesor personal sabe cómo y cuándo escuchar, dirigirse a otros con respeto y amabilidad, y transmitir ideas con claridad y sencillez.

Plantee preguntas de respuesta libre	Se llama preguntas de respuesta libre a las que no se pueden responder simplemente con un sí, un no u otra palabra única. De ordinario, esas preguntas empiezan con «por qué» o «cómo». Al preguntar de esta manera el asesor brinda la oportunidad de que las parteras analicen sus prácticas y reflexionen en vez de limitarse a expresar su acuerdo (o desacuerdo) con el asesor.
Procure compromiso	Al alentar a las parteras a que definan claramente objetivos específicos y concretos con plazos definidos, el asesor las ayuda a comprometerse a cambiar sus prácticas. Un asesor no debe juzgar ni reprochar a una partera por no lograr un objetivo; en vez de ello, puede motivarla para que alcance sus propios objetivos y examinar con ella posibles formas en que, juntos, pueden lograr ese cometido.

Principios del asesoramiento personal eficaz

Escuchar atentamente Escuchar atentamente exige que el asesor participe en la conversación, aún si no está hablando, prestando una gran atención a quien habla y confirmando lo que oye. El asesor puede usar indicios verbales o de otro tipo para mostrar a los demás su interés en lo que se dice. Por ejemplo, puede asentir con la cabeza para patentizar su interés y que está de acuerdo con lo dicho, o bien decir algo como: «Según entiendo, se refiere usted a...», para cerciorarse de haber entendido correctamente.

Brindar retroalimentación respetuosa y constructiva El asesor comenta las prácticas de la partera para ayudarla a entender por qué y cómo debe cambiarlas para mejorar. La retroalimentación nunca debe desalentar sino reforzar la confianza y motivación de la persona para mejorar. Por lo tanto, la retroalimentación ha de brindarse de manera respetuosa y constructiva:

- El asesor debe saber elegir el momento y el lugar adecuados para compartir sus observaciones. Si espera a hacerlo con respecto a un acto o situación pasados, las observaciones no tendrán la misma fuerza porque la partera tal vez no recuerde bien lo que pasó. Al mismo tiempo, debe cerciorarse de que la partera no considere amenazantes ni vergonzosos el momento y el lugar en que brinde la retroalimentación.
- El asesor debe describir y discutir hechos y observaciones concretos y abstenerse de hacer generalizaciones. Debe ser lo más específico posible y abstenerse de referirse a estereotipos o pronunciar juicios basados en suposiciones.

La pregunta en tres partes ayuda al asesor a facilitar retroalimentación de manera segura y acertada porque así puede organizar la retroalimentación y la conversación resultante de un modo respetuoso. En la figura siguiente se explica la pregunta en tres partes y se dan algunos ejemplos.

Para poner en práctica estas aptitudes de comunicación hay que expresarse en un tono tranquilo, educado y lleno de interés para no ofender a quien escucha ni mucho menos hacerlo enojar.

FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA EN TRES PARTES

La pregunta en tres partes está basada en una fórmula sencilla:

1 LA OBSERVACIÓN DE USTED	+	2 LO QUE PIENSA USTED	+	3 SU PREGUNTA
OBJETIVOS <ul style="list-style-type: none">• Explique su observación• Hágalo de manera específica y clara• Sea lo más objetivo posible.		OBJETIVOS <p>Explique por qué se está centrando usted en un comportamiento o acción en particular y explique su importancia.</p>		OBJETIVOS <ul style="list-style-type: none">• Permita que el equipo reflexione• Muestre un interés genuino en lo que ha sucedido.
EJEMPLOS <ul style="list-style-type: none">«He visto que...»«He observado que...»«Me he percatado de que...»«El equipo hizo...»«El equipo no hizo...»«Me he dado cuenta de que...»		EJEMPLOS <ul style="list-style-type: none">«Pienso que...»«Creo que...»«Es muy importante que...»«Me ha gustado que...»«Me preocupa que...»		EJEMPLOS <ul style="list-style-type: none">«¿Me podrían ayudar a entender...?»«Tengo curiosidad, ¿qué creen que ha pasado...?»«¿Cuál es su opinión?»«¿Cómo experimentó usted eso?»«Me pregunto qué cree usted que ha sucedido...»

Instrumento de observación

INSTRUCCIONES

Este instrumento de observación se usa para seguir de cerca las prácticas esenciales durante la atención del parto. Examine cada pregunta y subpregunta y marque si la acción mencionada se ejecutó (S de Sí) o no (N de No).

Apóyese en las categorías siguientes para señalar el motivo por el cual no se ejecutó una determinada práctica.

- **Oportunidad.** Factores ambientales o coyunturales que escapan a la voluntad del individuo. Por ejemplo, problemas con el apoyo de los superiores, los recursos humanos o los suministros
- **Habilidad.** Aptitudes, conocimientos, experiencia o confianza en la capacidad técnica
- **Motivación.** Interés escaso o creencia personal que impide la adopción.

1 AL INGRESO		Respuesta	Obstáculo <i>Oportunidad, habilidad, motivación</i>
1. ¿La madre necesita ser remitida?		(S) (N)	
2. ¿Se ha iniciado el partograma? ¿Se midió la frecuencia cardiaca del feto?		(S) (N) (S) (N)	
3. La mère doit-elle commencer à prendre des antibiotiques? ¿Se midió la temperatura?		(S) (N) (S) (N)	
4. ¿La madre requiere sulfato de magnesio y tratamiento antihipertensivo? ¿Se midió la presión arterial de la madre?		(S) (N) (S) (N)	
5. ¿Hay suministros para lavarse las manos y utilizar guantes para cada examen vaginal? a. ¿Se aseó las manos con un producto desinfectante o con agua y jabón? b. ¿Se usaron guantes para el examen vaginal?		(S) (N) (S) (N) (S) (N)	
6. ¿Se alentó la presencia de un acompañante durante el parto?		(S) (N)	
7. ¿Se indicó a la madre o al acompañante que pidieran ayuda durante el parto si la necesitaban? ¿Se explicaron los signos de peligro a la madre o acompañante?		(S) (N) (S) (N)	

Instrumento de observación

2

INMEDIATAMENTE ANTES DEL EXPULSIVO (O ANTES DE LA CESÁREA)

	Respuesta	Obstáculo <i>Oportunidad, habilidad, motivación</i>
<p>1. ¿La madre requiere antibióticos? ¿Se midió la temperatura?</p>	<p>(S) (N) (S) (N)</p>	
<p>2. ¿La madre requiere sulfato de magnesio y tratamiento antihipertensivo? ¿Se midió la presión arterial de la madre?</p>	<p>(S) (N) (S) (N)</p>	
<p>3. ¿Se tienen los suministros esenciales junto a la cama?</p> <p><i>Para la madre</i></p> <p>a. Guantes</p> <p>b. Preparación alcohólica para la higiene de manos o agua limpia y jabón</p> <p>c. Oxitocina, 10 unidades en jeringa</p> <p><i>Para el bebé</i></p> <p>a. Toalla limpia</p> <p>b. Cordón o pinza umbilical</p> <p>c. Tijera estéril para cortar el cordón</p> <p>d. Dispositivo aspirador</p> <p>e. Ambú</p>	<p>(S) (N) (S) (N) (S) (N) (S) (N) (S) (N) (S) (N) (S) (N) (S) (N)</p>	
<p>4. Uso correcto de los suministros esenciales</p> <p>a. ¿Se lavó las manos inmediatamente antes de atender el parto?</p> <p>b. ¿Usó guantes durante la atención del parto?</p> <p>c. ¿Se administraron a la madre 10 unidades de oxitocina en el plazo de un minuto después del nacimiento?</p> <p>d. ¿Se evaluó la respiración del bebé?</p> <p>e. Si el bebé no respiraba, ¿se intentó despejarle las vías respiratorias?</p>	<p>(S) (N) (S) (N) (S) (N) (S) (N) (S) (N)</p>	
<p>5. ¿Se designó un asistente y estaba listo para ayudar en el parto, si fuese necesario?</p>	<p>(S) (N)</p>	

Instrumento de observación

3

POCO DESPUÉS DEL NACIMIENTO (EN LA PRIMERA HORA)

	Respuesta	Obstáculo <i>Oportunidad, habilidad, motivación</i>
1. ¿La madre presenta un sangrado anormal? a. ¿Comprobó la partera el sangrado?	(S) (N) (S) (N)	
2. ¿La madre requiere antibióticos? ¿Se midió la temperatura?	(S) (N) (S) (N)	
3. ¿La madre requiere sulfato de magnesio y tratamiento antihipertensivo? ¿Se midió la presión arterial de la madre?	(S) (N) (S) (N)	
4. ¿El bebé requiere ser remitido?	(S) (N)	
5. ¿El bebé requiere antibióticos? b. ¿Se midió la temperatura del bebé? c. ¿Se midió la frecuencia respiratoria del bebé?	(S) (N) (S) (N) (S) (N)	
6. ¿Necesita el bebé atención especial y monitoreo? a. ¿Se pesó al bebé?	(S) (N) (S) (N)	
7. ¿Se inició la lactancia materna en el plazo de 1 hora?	(S) (N)	
8. ¿Se colocó al bebé sobre el pecho o abdomen de la madre para procurar el contacto piel-a-piel?	(S) (N)	
9. ¿Se explicaron los signos de peligro a la madre o acompañante?	(S) (N)	

Instrumento de observación

4

ANTES DEL ALTA

	Respuesta	Obstáculo <i>Oportunidad, habilidad, motivación</i>
1. ¿Se confirmó la estancia en la institución durante las 24 horas siguientes al parto?	(S) (N)	
2. ¿Es normal la presión arterial de la madre?	(S) (N)	
3. ¿La madre presenta un sangrado anormal? ¿Se revisó a la madre para ver si sangraba?	(S) (N) (S) (N)	
4. ¿La madre requiere antibióticos? ¿Se midió la temperatura?	(S) (N) (S) (N)	
5. ¿El bebé requiere antibióticos? a. ¿Se midió la temperatura del bebé? b. ¿Se midió la frecuencia respiratoria del bebé?	(S) (N) (S) (N) (S) (N)	
6. ¿Se está alimentando adecuadamente el bebé? ¿Se verificó la alimentación del bebé?	(S) (N) (S) (N)	
7. ¿Se le explicaron y ofrecieron a la madre opciones de planificación familiar?	(S) (N)	
8. ¿Se organizó el seguimiento y se explicaron los signos de peligro a la madre y acompañante?	(S) (N)	
Observaciones generales ¿En algún momento de su observación la madre o el bebé necesitó ser remitido? ¿En algún momento de su observación se efectuó cesárea? ¿En algún momento de su observación murió la madre? ¿En algún momento de su observación murió el bebé?	(S) (N) (S) (N) (S) (N) (S) (N)	
Comentarios:		

Instrumento de asesoramiento personal

MODO DE EMPLEO DEL INSTRUMENTO DE ASESORAMIENTO PERSONAL

- Notifique la ejecución satisfactoria de las prácticas de atención del parto o la disponibilidad y el uso de suministros, y otorgue el reconocimiento a las parteras que están a cargo.
- Determine las dificultades que afrontan las parteras que ejecutan los elementos de la lista de verificación.
- Registre las soluciones y los compromisos adoptados para cada área de mejoramiento.
- Registre las soluciones determinadas para cada problema y el profesional sanitario que se comprometió a llevarlas a cabo.

ÉXITOS

LISTA DE LOGROS EN MATERIA DE PRÁCTICAS Y SUMINISTROS ESENCIALES PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

CAMPEONA DE LA ATENCIÓN DEL PARTO DEL MES

ÁREAS PARA MEJORAR

PROBLEMA DE ATENCIÓN DEL PARTO O SUMINISTROS ESENCIALES	SOLUCIÓN PROPUESTA

Instrumento de asesoramiento personal (Ejemplo)

MODO DE EMPLEO DEL INSTRUMENTO DE ASESORAMIENTO PERSONAL

- Notifique la ejecución satisfactoria de las prácticas de atención del parto o la disponibilidad y el uso de suministros, y otorgue el reconocimiento a las parteras que están a cargo.
- Determine las dificultades que afrontan las parteras que ejecutan los elementos de la lista de verificación.
- Registre las soluciones y los compromisos adoptados para cada área de mejoramiento.
- Registre las soluciones determinadas para cada problema y el profesional sanitario que se comprometió a llevarlas a cabo.

ÉXITOS

LISTA DE LOGROS EN MATERIA DE PRÁCTICAS Y SUMINISTROS ESENCIALES PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

EJEMPLO 1 La oxitocina se administró correctamente a todas las madres en el plazo de 1 minutos después del nacimiento en todos los partos atendidos la semana pasada.

EJEMPLO 2 Los signos de peligro se explicaron a todas las mujeres después del parto y antes de darles el alta.

CAMPEONA DE LA ATENCIÓN DEL PARTO DEL MES

ÁREAS PARA MEJORAR

PROBLEMA DE ATENCIÓN DEL PARTO O SUMINISTROS ESENCIALES

SOLUCIÓN PROPUESTA

EJEMPLO 1 No siempre hay jabón.

La farmacia hará el pedido de jabón esta semana. En lo sucesivo, el jabón se pedirá cada mes para que siempre lo haya en cantidad suficiente en la sala de partos.
El trabajador de salud preparará por la mañana las bandejas que se usarán todo el día.

GLOSARIO



Descripción de los elementos de la lista de verificación

PRIMERA PAUSA AL INGRESO

Examinar a la madre al momento del ingreso es importante para detectar y tratar complicaciones presentes, determinar si hay que referirla a otro establecimiento, prepararla (a ella y su acompañante) para el parto e instruirla (a ella y su acompañante) acerca de los signos de peligro frente a los cuales debe pedir ayuda.

¿LA MADRE NECESITA SER REMITIDA?

Las embarazadas que presentan complicaciones o tienen riesgo elevado de sufrirlas pueden ser referidas a otro establecimiento para que reciban una asistencia segura. Quien utiliza la lista de verificación debe confirmar los criterios de referencia de su establecimiento para determinar si la mujer necesita ser referida. Si está indicado referirla, el agente de salud debe organizar de inmediato el traslado seguro.

El agente de salud debe comunicar el motivo de la referencia a la madre (y su acompañante) y al personal sanitario del establecimiento a donde la refiere. Desplegar en un lugar visible del área de admisión los criterios de admisión puede ser de utilidad para que el personal sanitario sepa reconocer rápidamente a las mujeres en trabajo de parto que deben ser referidas.

¿SE HA INICIADO EL PARTOGRAMA?

El partograma es un instrumento de una página que se usa para evaluar la evolución del parto. Las líneas de alerta y de acción del partograma ayudan al personal sanitario a reconocer el parto prolongado u obstruido y actuar en consecuencia. Se ha comprobado que el uso del partograma puede ayudar a prevenir el parto prolongado, reducir las intervenciones quirúrgicas y mejorar los desenlaces neonatales.

Quien usa la lista de verificación debe empezar el partograma cuando la dilatación del cuello uterino es de 4 cm o más (es decir, en la fase activa del parto).^{11,12} A partir de ese momento, la dilatación cervical debe avanzar a un ritmo de 1 cm por hora. Cada 30 minutos, el agente de salud debe anotar en el partograma la frecuencia cardíaca materna, el tipo de contracciones y la frecuencia cardíaca fetal. La temperatura materna se debe anotar cada dos horas, y la presión arterial cada cuatro horas. Si al ingreso la embarazada no está en la fase activa del parto, el partograma se anexará a su expediente clínico y se empezará a llenar cuando la dilatación cervical alcance los 4 cm.

¿LA MADRE REQUIERE ANTIBIÓTICOS?

Los antibióticos sirven para prevenir y tratar infecciones bacterianas. Si una embarazada padece una infección o presenta factores de riesgo de contraerla, el tratamiento con antibióticos ayudará a prevenir las complicaciones infecciosas en ella, el feto y el recién nacido.¹³ Antes de administrar cualquier medicamento, es importante preguntar si hay antecedentes de alergia. En el momento del ingreso, quien aplica la lista debe confirmar si la mujer en trabajo de parto necesita antibióticos y, en caso afirmativo, estos deben administrarse de inmediato. Se administrarán antibióticos si la madre presenta una temperatura de 38 °C o mayor, exudado vaginal maloliente o rotura de membranas de más de 18 horas de evolución.^{11,12}

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL PARTOGRAMA, VISITE:
http://www.glowm.com/resources/glowm/videos/safermotherhood/Partograph%20E-tool/Partograph_WHO.swf

¿LA MADRE REQUIERE SULFATO DE MAGNESIO Y TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO?

La preeclampsia es una forma grave de hipertensión arterial en el embarazo. La presión arterial muy elevada ($\geq 160/110$ mm de Hg) se asocia con complicaciones en la madre, en particular eclampsia y accidente cerebrovascular, y del recién nacido, muerte intrauterina. El tratamiento de las mujeres en trabajo de parto que presentan preeclampsia con sulfato de magnesio y antihipertensivos ayudará a prevenir esas complicaciones.

En el momento del ingreso, quien aplica la lista debe confirmar si la embarazada necesita sulfato de magnesio y tratamiento antihipertensivo. Si está indicado, el sulfato de magnesio y el medicamento antihipertensivo (de conformidad con las directrices locales) se administrarán urgentemente si la mujer en trabajo de parto presenta una presión arterial diastólica ≥ 110 mm de Hg y proteinuria 3+, o si la presión arterial diastólica ≥ 90 mm de Hg y proteinuria 2+ y además hay cualquier signo de preeclampsia (cefalea severa, trastornos visuales o dolor epigástrico).¹¹ Si la presión arterial sistólica es ≥ 160 mm de Hg, hay que dar tratamiento antihipertensivo (con apego al protocolo local) para disminuirla y mantenerla por debajo de 150/100 mm de Hg. El tratamiento anticonvulsivo con sulfato de magnesio debe prolongarse hasta 24 horas después del parto o de la última convulsión, de estas dos cosas la que ocurra más tarde.^{11,14} La hipertensión arterial se debe confirmar mediante una medición repetida, al menos en una ocasión.

CONFIRMAR QUE HAYA SUMINISTROS PARA LAVARSE LAS MANOS Y UTILIZAR GANTES PARA CADA EXAMEN VAGINAL

El personal sanitario que no se limpia las manos puede transmitir infecciones a la madre y el bebé. Las prácticas correctas de higiene de las manos ayudan a prevenir infecciones. Por lo tanto, quien atiende el parto debe limpiarse las manos con una preparación alcohólica para tal efecto o lavárselas perfectamente con agua limpia y jabón cada vez (antes y después) que tenga contacto con la madre o el recién nacido. Cada vez que un agente de salud entra en contacto con secreciones de la madre o el recién nacido (por ejemplo, durante el tacto vaginal) debe lavarse perfectamente las manos y usar guantes limpios.^{11,12} El personal sanitario debe igualmente limpiarse las manos antes de cualquier procedimiento aséptico. Los productos indispensables (es decir, jabón y agua corriente limpia o preparación alcohólica para el aseo de las manos y guantes limpios) deben estar a la mano todo el tiempo para que el personal sanitario cumpla con las prácticas correctas de higiene de las manos.



LAS TÉCNICAS CORRECTAS DE HIGIENE DE LAS MANOS CON UNA PREPARACIÓN ALCOHÓLICA O AGUA Y JABÓN SE PUEDEN CONSULTAR EN: <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es>

ALIENTAR A QUE DURANTE EL PARTO ESTÉ PRESENTE UN ACOMPAÑANTE

El acompañante del parto apoya a la mujer durante el parto, el nacimiento y el puerperio. Puede también ayudar a reconocer los signos de peligro, alertar al personal sanitario en caso de una urgencia y atender al bebé. El acompañante del parto puede ser un familiar, la pareja, una amiga, un agente de salud comunitario o un miembro del personal sanitario.

Se ha comprobado que los acompañantes del parto ayudan a mejorar los resultados de salud. La presencia de un acompañante del parto aumenta las probabilidades de que el parto sea por la vía vaginal y no por cesárea, extracción por vacío o aplicación de fórceps.¹¹ También se ha comprobado que la presencia de un acompañante del parto disminuye la necesidad de analgésicos por parte de la mujer en trabajo de parto, mejora la satisfacción con la experiencia y acorta ligeramente el parto. El recién nacido también se beneficia. Se ha comprobado que las puntuaciones de la escala de Apgar a los 5 minutos son mejores y que la vinculación madre-hijo mejora cuando hay un acompañante del parto.^{11,12,15,16}

Quien aplica la lista debe alentar la presencia de un acompañante de este tipo durante el parto, el nacimiento, el puerperio y el periodo posnatal. Si en el momento del ingreso hay un acompañante, conviene alentarle a que permanezca durante todo el parto. De lo contrario, se alentará a la madre para que elija un acompañante del parto.

CONFIRMAR QUE DURANTE EL PARTO LA MADRE O EL ACOMPAÑANTE PEDIRÁ AYUDA SI ES NECESARIO

Las complicaciones son imprevisibles y pueden sobrevenir en cualquier momento del parto. Por lo común resulta más difícil tratarlas si no se detectan a tiempo. Por lo tanto, es importante que el personal sanitario detecte y trate las complicaciones lo antes posible.

Se considera «signos de peligro» a las manifestaciones clínicas que indican la posibilidad de que aparezca una complicación o confirman su presencia. Con frecuencia, el personal sanitario reconoce esos signos directamente. Pero, en ocasiones, los signos de peligro aparecen mientras el personal atiende otro parto o está distraído por otro motivo. En tal circunstancia, es importante que la mujer en trabajo de parto (y el acompañante del parto) alerte al personal sanitario de la presencia de los signos de peligro. Por tal motivo, es necesario instruir a la madre (y al acompañante del parto) para que reconozca los signos de peligro y avise inmediatamente al personal sanitario si alguno de ellos aparece. Los miembros del personal sanitario deberían presentarse por su nombre a la madre y su acompañante, pues de esta manera estos se sienten más cómodos cuando tienen que pedir ayuda.

En el momento del ingreso, hay que decirle a la mujer en trabajo de parto (y su acompañante) que avise inmediatamente a un miembro del personal sanitario si durante el parto llegara a presentarse alguno de los siguientes signos de peligro: hemorragia, dolor abdominal severo, dolor de cabeza severa, trastornos visuales o dificultad o incapacidad para orinar. La mujer en trabajo de parto también debe avisar cuando sienta el deseo urgente de pujar, pues esto indica la cercanía del nacimiento.

SEGUNDA PAUSA

INMEDIATAMENTE ANTES DEL EXPULSIVO (O ANTES DE LA CESÁREA)

Comprobar cómo está la mujer en trabajo de parto inmediatamente antes del expulsión (o antes de la cesárea) es importante para detectar y tratar posibles complicaciones y prepararse para los fenómenos cotidianos y las posibles crisis después del nacimiento.

¿LA MADRE REQUIERE ANTIBIÓTICOS?

Como se señaló anteriormente, los antibióticos sirven para prevenir y tratar infecciones bacterianas. Si una mujer en trabajo de parto padece una infección, o presenta factores de riesgo de contraerla, el tratamiento con antibióticos ayudará a prevenir las complicaciones de una infección en ella, el feto y el recién nacido.¹³ Antes de administrar cualquier medicamento, es importante preguntar si hay antecedentes de alergia. Quien aplica la lista de verificación debe confirmar si la mujer en trabajo de parto necesita antibióticos al comienzo de la etapa de expulsión y, si está indicado, estos deben administrarse inmediatamente. Los antibióticos deben administrarse si la mujer en trabajo de parto presenta una temperatura de ≥ 38 °C, exudado vaginal maloliente o rotura de membranas con más de 18 horas de evolución.^{11,12} Se administrarán también si se ha decidido someterla a la cesárea.¹⁵

¿LA MADRE REQUIERE SULFATO DE MAGNESIO Y TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO?

Según se señaló anteriormente, la preeclampsia es una forma grave de hipertensión arterial en el embarazo. El tratamiento profiláctico de la mujer en trabajo de parto que presenta preeclampsia con sulfato de magnesio y medicamentos antihipertensivos ayudará a prevenir las complicaciones hipertensivas en ella (en concreto, convulsiones por eclampsia o crisis convulsivas y accidente cerebrovascular) y en el recién nacido. Quien aplica la lista de verificación deberá confirmar si la mujer en trabajo de parto necesita sulfato de magnesio y tratamiento antihipertensivo al comienzo de la etapa de expulsión; de ser así, el sulfato de magnesio se debe administrar inmediatamente y la presión arterial se debe reducir con antihipertensivos. El sulfato de magnesio se administra si la mujer presenta una presión arterial diastólica ≥ 110 mm de Hg y proteinuria de 3+ o si la presión arterial diastólica es ≥ 90 mm de Hg con una proteinuria de 2+ y cualquier signo de preeclampsia (cefalea severa, trastornos visuales o dolor epigástrico).^{11,14}

La hipertensión arterial se debe confirmar mediante al menos una medición.

Si la presión arterial sistólica es ≥ 160 mm de Hg, hay que dar tratamiento antihipertensivo (con apego al protocolo local) para disminuirla y mantenerla por debajo de 150/100 mm de Hg. El tratamiento anticonvulsivo con sulfato de magnesio debe prolongarse hasta 24 horas después del parto o de la última convulsión, de estas dos cosas la que ocurra más tarde.

CONFIRMAR QUE JUNTO A LA CAMA HAYA LOS SUMINISTROS ESENCIALES Y SE PREPARAR PARA EL PARTO

El momento mismo del nacimiento y los pocos minutos que le siguen son el periodo de máximo riesgo de aparición de complicaciones en la madre y el bebé. Las situaciones críticas pueden evolucionar rápidamente y poner a la madre y el bebé en un gran riesgo de sufrir complicaciones e incluso de morir. Por lo general, el personal sanitario no contará con tiempo suficiente para prepararse una vez que se desencadena una crisis; por lo tanto, debe hacerlo de antemano para la asistencia ordinaria y para afrontar posibles crisis en cada parto, a fin de velar por la seguridad de la madre y el recién nacido.

Hay dos maneras de prepararse para el momento del nacimiento. En esencia, el personal sanitario debe disponer los suministros esenciales y prepararse para aplicar medidas esenciales. Antes del nacimiento, los suministros esenciales deben siempre estar limpios, en funcionamiento y listos para usarse. Las medidas tienen que ejecutarse inmediatamente porque las complicaciones pueden evolucionar rápidamente. Por consiguiente, el personal sanitario tiene que recordar las medidas esenciales antes del nacimiento, de modo que puedan aplicarlas en ese momento y en los primeros minutos siguientes.

Para la madre Al comienzo de la etapa de expulsión (o antes de la cesárea), el personal sanitario debe confirmar que junto a la cama de la mujer en trabajo de parto estén, listos para usarse en el momento del nacimiento, los siguientes suministros esenciales: guantes, jabón, agua limpia y toallas de un solo uso o preparación alcohólica para la higiene de las manos; y oxitocina (10 unidades internacionales en una jeringa).

Los guantes, el jabón, el agua limpia, las toallas de un solo uso y la preparación alcohólica sirven para aplicar las normas de higiene de las manos durante el parto y prevenir las infecciones de la madre y el bebé. La oxitocina es para ayudar a la contracción del útero y prevenir la hemorragia puerperal.



PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO, VISITE: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/pcpnc-guide/en/

Al comienzo de la etapa de expulsión, el personal sanitario debe también repasar los pasos de la asistencia de la mujer en trabajo de parto inmediatamente después del nacimiento. La ejecución de las medidas esenciales para la mujer inmediatamente después del nacimiento ayudará a lograr un alumbramiento (expulsión de la placenta) sin riesgos y prevenir la hemorragia puerperal. Después de cerciorarse de que no haya otros bebés, el primer paso consiste en inyectar a la madre 10 UI de oxitocina por vía intramuscular antes de transcurrido 1 minuto de nacimiento.

El segundo paso consiste en pinzar y cortar el cordón umbilical antes de comprobar que la placenta haya salido completa. El tercer paso consiste en masajear el fondo uterino inmediatamente después del alumbramiento. De esta manera se ayuda a que el útero se contraiga y ello previene la hemorragia. Por último, el agente de salud debe palpar el útero para cerciorarse de que permanezca contraído.

Para el bebé Al comienzo de la etapa de expulsión (o antes de la cesárea), el personal sanitario debe confirmar que junto a la cama de la mujer en trabajo de parto estén, listos para usarse en el momento del nacimiento, los siguientes suministros esenciales: toallas limpias, cordón o pinza umbilical, tijera estéril para cortar el cordón umbilical, un dispositivo aspirador y un ambú.

Secar al bebé con una toalla limpia inmediatamente después de que nace ayudará a mantenerlo caliente, pues la presencia de líquido amniótico y vaginal puede ser perjudicial en vista de que la evaporación hace que la piel se enfríe.^{11,17} Asimismo, al secar al bebé se lo estimula y eso ayuda a que llore o respire.

Usar una hoja o tijera esterilizada para cortar el cordón ayuda a prevenir infecciones del recién nacido (las hojas o tijeras no esterilizadas aumentan el riesgo de transmitirle infecciones).^{11,17} Antes de cortar el cordón hay que ligarlo o pinzarlo para evitar el sangrado.^{11,17} Se ha comprobado que el mejor momento para pinzar y cortar el cordón es entre 1 y 3 minutos después del nacimiento.¹⁸ Con ello se da tiempo a que en la circulación del recién nacido entre la cantidad correcta de sangre.

El empleo de un dispositivo aspirador para despejar las secreciones de la boca y nariz del bebé es importante si las vías respiratorias están obstruidas y el recién nacido no llora o respira inmediatamente después de nacer. El uso del ambú será importante si el recién nacido necesita reanimación para empezar a llorar o respirar.

Al comienzo de la etapa de expulsión, el personal sanitario debe también repasar los pasos de la asistencia del bebé inmediatamente después del nacimiento. La aplicación de medidas esenciales permitirá que el recién nacido logre una buena transición a la vida extrauterina. El minuto que sigue al nacimiento se conoce como «el minuto de oro» porque el bebé tiene que empezar a llorar o respirar en ese tiempo, aproximadamente, para que esté a salvo.¹⁸ Si el llanto o la respiración no se producen espontáneamente en ese plazo, el personal sanitario tiene que asistir rápidamente al recién nacido.

El primer paso después del nacimiento consiste en secar inmediatamente al bebé y mantenerlo caliente. Para ello se puede poner al recién nacido en contacto directo piel con piel con la madre o abrigarlo con una manta seca y caliente. Si el bebé llora y tiene aspecto sano, se le puede brindar la asistencia habitual. Pero si no llora ni respira, el agente de salud debe estimularlo frotándole la espalda. Si aun así no responde, hay que pinzar y cortar el cordón umbilical en el acto, limpiar o aspirar la boca y la nariz si están obstruidas, darle respiración manual con el ambú y pedir ayuda.

La mayoría de los recién nacidos que no lloran ni respiran al nacer empiezan a hacerlo cuando se les estimula. Los que no responden a la estimulación casi siempre empiezan a llorar o respirar cuando se les aplica la respiración manual apropiada con el ambú.^{11,17,18,19}

ASISTENTE DESIGNADO Y LISTO A AYUDAR EN EL PARTO SI ES NECESARIO

Como se describió anteriormente, el momento mismo del nacimiento y los pocos minutos que le siguen son el periodo de máximo riesgo de aparición de complicaciones en la madre y el bebé, por lo cual la preparación es de importancia vital. El personal sanitario tiene que prepararse de antemano para afrontar posibles crisis en el momento del nacimiento, a fin de velar por la seguridad de la madre y el bebé. También es importante que haya un asistente por si llegara a producirse una crisis. Esa persona puede desempeñar varias funciones complementarias, como evaluar a la madre y el bebé, instalar una venoclisis, administrar medicamentos, organizar las referencias y pedir ayuda adicional.

Al comienzo de la etapa de expulsión, el personal sanitario debe elegir un asistente que esté al tanto de que el nacimiento está próximo a ocurrir y, por tanto, permanezca cerca y esté listo a ayudar en el parto si es necesario. El acompañante puede ser otro miembro del personal sanitario o, en condiciones de escasez de personal, el acompañante del parto u otra persona (en este caso, no cabe prever que el asistente ejecute tareas médicas como instalar una venoclisis ni administrar medicamentos, pero puede ayudar a reunir los suministros, pedir más ayuda y otras tareas sencillas pero importantes).^{11,14}

TERCERA PAUSA POCO DESPUÉS DEL NACIMIENTO (EN LA PRIMERA HORA)

Comprobar la situación de la madre y el recién nacido poco después del nacimiento (en el plazo de una hora) es importante para detectar y tratar complicaciones que pueden aparecer en esa etapa e instruir a la madre (y a su acompañante) sobre los signos de peligro ante cuya aparición deben pedir ayuda.

¿LA MADRE PRESENTA UN SANGRADO ANORMAL?

El sangrado puerperal anormal es una complicación de importancia que tiene que ser detectada y tratada lo antes posible. La hemorragia puerperal puede obedecer a diversas causas, como la atonía uterina, la retención de la placenta o fragmentos de ésta, un desgarramiento vaginal o la rotura del útero. Se considera que ese sangrado es anormal si se pierden ≥ 500 ml de sangre, o cualquier pérdida que ocasione el deterioro del estado de la puerpera, particularmente si está anémica (en caso de anemia intensa, el umbral para adoptar medidas está muy por debajo de la pérdida de 500 ml).^{20,21}

Quien aplica la lista de verificación debe evaluar si la puerpera presenta un sangrado anormal (en el plazo de 1 hora después del nacimiento) y, en caso afirmativo, adoptar las siguientes medidas: aplicar masaje al fondo uterino, considerar la conveniencia de administrar más uterotónico (como la oxitocina), instalar una venoclisis y administrar líquidos intravenosos y tratar la causa específica de la hemorragia.^{14,16,18,20,22} También es importante valorar el pulso de la mujer: el aumento de la frecuencia del pulso es un signo temprano de choque hipovolémico y aparece antes que otras manifestaciones de este.¹¹

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA PUERPERAL CONSULTE: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/es

¿LA MADRE REQUIERE ANTIBIÓTICOS?

Como se señaló anteriormente, los antibióticos sirven para prevenir y tratar infecciones bacterianas. Si una parturienta padece una infección, o presenta factores de riesgo de contraerla, el tratamiento con antibióticos ayudará a prevenir las complicaciones correspondientes.⁷

Antes de administrar cualquier medicamento, es importante preguntar si hay antecedentes de alergia. En el momento del ingreso, quien aplica la lista debe confirmar si la madre necesita antibióticos poco después del nacimiento (en el plazo de 1 hora) y, en caso afirmativo, estos deben administrarse de inmediato. Los antibióticos deben administrarse si la placenta se extrajo manualmente, si la mujer ha sufrido un desgarro perineal de tercer o cuarto grado o si tiene una temperatura ≥ 38 °C acompañada de escalofríos o si hay un exudado vaginal maloliente.^{11,12,16,21,23}

¿LA MADRE REQUIERE SULFATO DE MAGNESIO Y TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO?

Según se señaló anteriormente, la preeclampsia es una forma grave de hipertensión arterial en el embarazo. El tratamiento profiláctico de la mujer en trabajo de parto que presenta preeclampsia con sulfato de magnesio y medicamentos antihipertensivos ayudará a prevenir las complicaciones hipertensivas en ella (en concreto, convulsiones por eclampsia o crisis convulsivas y accidente cerebrovascular) y en el recién nacido. Quien aplica la lista de verificación deberá confirmar si la mujer en trabajo de parto necesita sulfato de magnesio y tratamiento antihipertensivo al comienzo de la etapa de expulsión; de ser así, el sulfato de magnesio se debe administrar inmediatamente y la presión arterial se debe reducir con antihipertensivos. El sulfato de magnesio se administra si la mujer presenta una presión arterial diastólica ≥ 110 mm de Hg y proteinuria de 3+ o si la presión arterial diastólica es ≥ 90 mm de Hg con una proteinuria de 2+ y cualquier signo de preeclampsia (cefalea severa, trastornos visuales o dolor epigástrico).^{11,14} La hipertensión arterial se debe confirmar mediante al menos una medición repetida.

Si la presión arterial sistólica sobrepasa los 160 mm de Hg, administre medicamentos antihipertensivos para mantenerla por debajo de 150/100 mm de Hg. El tratamiento anticonvulsivo con sulfato de magnesio debe prolongarse hasta 24 horas después del parto o de la última convulsión, de estas dos cosas la que ocurra más tarde.

¿EL BEBÉ REQUIERE SER REMITIDO?

Los bebés que presentan complicaciones pueden requerir la referencia a otra institución para recibir la asistencia necesaria.^{11,17,20,22} Quien aplica la lista de verificación debe confirmar si el bebé tiene que ser referido a otra institución, ajustándose para ello a los criterios de su propia institución. Si la referencia está indicada, el personal sanitario debe actuar de inmediato para organizar un traslado seguro. Hay que comunicar el motivo de la referencia a la madre y al personal de la institución a donde se traslada al recién nacido. El despliegue de los criterios de referencia en el área de atención posnatal puede ser útil para ayudar al personal sanitario a determinar rápidamente qué bebés deben ser referidos.

¿EL BEBÉ REQUIERE ANTIBIÓTICOS?

Como se señaló anteriormente, los antibióticos sirven para prevenir y tratar infecciones bacterianas. Si un bebé padece una infección, o presenta factores de riesgo de contraerla, el tratamiento con antibióticos ayudará a prevenir las complicaciones correspondientes.¹³ Los bebés son particularmente susceptibles a las infecciones porque su sistema inmunitario es relativamente débil. La presencia de una infección o factores de riesgo de esta en un bebé

debe tratarse como una urgencia. En el momento del ingreso, quien aplica la lista debe confirmar si el bebé necesita antibióticos poco después del nacimiento (en el plazo de 1 hora) y, en caso afirmativo, estos deben administrarse de inmediato. El bebé necesitará antibióticos si estos se le administraron a la madre o si el recién nacido presenta alguno de estos signos: una frecuencia respiratoria >60 o <30 por minuto; tiraje torácico, quejido o convulsiones; pobre movimiento al estímulo; o una temperatura <35 °C (que no aumenta tras calentarlo) o ≥ 38 °C.^{11,16,24}

¿EL BEBÉ REQUIERE ATENCIÓN ESPECIAL Y MONITOREO?

Algunos recién nacidos pueden presentar factores de riesgo que no cumplen los criterios para referirlos, pero que aun así requieren atención especial o monitoreo para velar por su seguridad. Por ejemplo, los neonatos pequeños o prematuros pueden tener aspecto sano, pero son mucho más susceptibles a las complicaciones en las primeras horas y días de vida. Quien aplica la lista de verificación debe comprobar si el recién nacido necesita atención especial o monitoreo al poco tiempo de nacer (en el plazo de 1 hora) y, de ser así, estas deben organizarse de inmediato. La atención especial y monitoreo deben aplicarse si el bebé nace más de un mes antes, tiene un peso al nacer <2500 gramos, necesita antibióticos o hubo que reanimarlo para ayudarlo a llorar y respirar al nacer.^{11,18,22,25,26}

INICIAR LA LACTANCIA MATERNA Y EL CONTACTO DIRECTO PIEL-A-PIEL (SI LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO SE ENCUENTRAN BIEN).

El inicio temprano de la lactancia materna es bueno para el recién nacido y la madre. Se ha comprobado que la lactancia materna temprana iniciada en la hora que sigue al nacimiento ayuda al recién nacido a establecer una buena vinculación con la madre. También puede estimular la contracción uterina gracias a la liberación de hormonas maternas, lo cual ayuda a prevenir la hemorragia puerperal.^{24,27,28}

Los bebés son sumamente sensibles al estrés por frío. El descenso de la temperatura central por debajo de los límites normales puede precipitar la aparición inmediata de complicaciones. El mejor método para mantener caliente al recién nacido es el contacto piel-a-piel con la madre. Para ello hay que colocar al recién nacido sobre la piel de la madre y luego cubrirlos a ambos con una sábana o manta limpia. El contacto piel-a-piel inmediato también ayuda a promover la vinculación de la madre con el hijo.^{11,17,28,22,24,26}

Si la mujer y el recién nacido están bien, quien aplica la lista de verificación debe confirmar que la lactancia materna y el contacto piel con piel se hayan iniciado poco después del nacimiento (en la primera hora).

CONFIRMAR QUE LA MADRE O EL ACOMPAÑANTE LLAMARÁN PARA PEDIR AYUDA SI APARECEN SIGNOS DE PELIGRO

Como se señaló anteriormente, las complicaciones son imprevisibles y pueden sobrevenir en cualquier momento del parto. Esto rige por igual para la mujer en trabajo de parto y el recién nacido. Es necesario instruir a la madre (y al acompañante del parto) para que reconozca los signos de peligro y, si alguno de ellos aparece, alerte inmediatamente al personal sanitario.

Quien aplica la lista de verificación debe indicar a la madre (y al acompañante del parto) poco después del parto (en la primera hora) que ponga sobre aviso de inmediato al personal sanitario si aparece alguno de los siguientes signos de peligro en la puerpera: sangrado, dolor abdominal intenso, cefalea intensa o trastornos visuales, dificultad para respirar, fiebre o escalofríos o dificultad para orinar.^{11,17,18,22,24}

También se debe explicar a la madre (y al acompañante del parto) poco después del parto (en la primera hora) que ponga sobre aviso de inmediato al personal sanitario si aparece alguno de los siguientes signos de peligro en el recién nacido: respiración rápida o dificultad para respirar, fiebre, frialdad anormal, problemas para alimentarse, menor actividad de la normal o aparición de un color amarillo en todo el cuerpo.^{11,17,18,24}

CUARTA PAUSA ANTES DEL ALTA

Evaluar la situación de la puerpera y el recién nacido antes de darles el alta es importante para asegurarse de que ambos están sanos en ese momento, de que se han organizado las visitas de seguimiento, de que se han explicado a la madre (y su acompañante) las opciones de planificación familiar y de que se les ha instruido en torno a los signos de peligro que señalan la necesidad inmediata de atención calificada.

CONFIRMAR LA ESTANCIA EN LA INSTITUCIÓN DURANTE LAS 24 HORAS QUE SIGUEN AL PARTO

La mitad de las muertes maternas y 40% de las muertes neonatales ocurren en las 24 horas que siguen al parto. Por este motivo, la OMS recomienda que la madre y el recién nacido se mantengan bajo observación en la institución durante al menos 24 horas antes de darles el alta.^{29,30,31}

¿LA MADRE REQUIERE ANTIBIÓTICOS?

Los antibióticos se necesitan para tratar las infecciones maternas que puedan aparecer en el puerperio. La septicemia es una causa importante de infección materna. Otras infecciones son la mastitis infecciosa o la infección de la incisión quirúrgica de la cesárea; estas pueden estar ausentes en el momento del alta, pero se debe pedir a la mujer que, si se presentan posteriormente, se comunique con el establecimiento. Antes de administrar cualquier medicamento, es importante preguntar si hay antecedentes de alergia. Quien aplica la lista debe confirmar si la madre necesita antibióticos antes del alta y, en caso afirmativo, estos deben administrarse de inmediato y el alta debe posponerse. Hay que administrar antibióticos y posponer el alta si la puerpera presenta una temperatura ≥ 38 °C y escalofríos o exudado vaginal maloliente.^{11,12,16,21}

¿ES NORMAL LA PRESIÓN ARTERIAL DE LA MADRE?

Antes de dar el alta a la madre, quien aplica la lista de verificación debe medirle la presión arterial y el pulso para comprobar que sean normales, pues la preeclampsia puede aparecer después del parto y una tercera parte de las crisis convulsivas eclámpticas aparecen en el puerperio. Además, si la mujer presentó hemorragia puerperal, es importante comprobar que la presión arterial y el pulso sean normales.²⁰

¿LA MADRE PRESENTA UN SANGRADO ANORMAL?

Como se indicó anteriormente, hemorragia puerperal es una complicación de importancia que exige ser detectada y tratada lo antes posible. Quien aplica la lista de verificación debe confirmar que el sangrado materno se haya controlado y el pulso sea normal antes de dar el alta a la mujer. Para ello hay que preguntarle a la paciente si sigue teniendo pérdida de sangre y examinarla. Asimismo, hay que palpar el abdomen para comprobar que el útero esté contraído y comprobar que no haya salida de sangre por la vagina.¹⁵ Hay que descartar otros signos o síntomas, como disnea, fatiga o debilidad tan acentuada que la mujer no puede levantarse de la cama.¹¹ Si la hemorragia no se ha detenido y el pulso está acelerado, hay que tratar a la mujer y posponer el alta. Por ningún motivo se dará el alta a una puérpera que sangra sin control.

¿EL BEBÉ REQUIERE ANTIBIÓTICOS?

Los antibióticos se necesitan para tratar las infecciones que puedan aparecer en el periodo posnatal. La septicemia bacteriana es una causa importante de muerte neonatal.²⁸ Quien aplica la lista debe confirmar si el recién nacido necesita antibióticos antes del alta y, en caso afirmativo, estos deben administrarse de inmediato; el alta se pospondrá y se prestarán atención especial y monitorización. Hay que administrar antibióticos si el bebé presenta alguno de estos signos: una frecuencia respiratoria >60 o <30 por minuto; tiraje torácico, quejido o convulsiones; pobre movimiento al estímulo; una temperatura <35 °C (que no aumenta si se lo calienta) o ≥ 38 °C; deja de lactar adecuadamente; o hay enrojecimiento del ombligo que afecta la piel circundante o exudado purulento.^{11,17,24}

¿SE ESTÁ ALIMENTANDO ADECUADAMENTE EL BEBÉ?

Quien aplica la lista de verificación debe confirmar que se haya establecido una buena lactancia materna antes de que la madre y su hijo reciban el alta. Si la lactancia materna no es posible, hay que confirmar que el recién nacido esté tomando el biberón correctamente. La lactancia activa cada 1 a 3 horas y la micción y defecación frecuentes son signos de que la criatura se está alimentando adecuadamente.^{11,18,22,24} Si el recién nacido no se está alimentando adecuadamente, hay que ayudar a la madre y el recién nacido a establecer una buena lactancia y posponer el alta.

EXPLICAR Y OFRECER A LA MADRE OPCIONES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar puede ayudar a evitar embarazos no deseados y mantener a la mujer protegida en el futuro. Antes de dar el alta, quien aplica la lista de verificación debe confirmar que se le han explicado y ofrecido a la mujer las opciones de planificación familiar. En las mejores condiciones, se le deben ofrecer como mínimo dos opciones de planificación familiar. Los métodos de planificación familiar son el uso de preservativos, el dispositivo intrauterino, los implantes subdérmicos, la progesterona inyectable de acción prolongada (acetato de medroxiprogesterona depot), los anticonceptivos orales y la ligadura de las trompas.

El dispositivo intrauterino se puede colocar inmediatamente después del parto o al cabo de seis semanas. Lo mejor es colocarlo en el plazo de 10 minutos después del alumbramiento; pero puede insertarse hasta 48 horas después del parto y la frecuencia de expulsión será baja. El dispositivo intrauterino (Norplant, Implanon) se puede colocar inmediatamente después del parto o al cabo de seis semanas.

El uso de métodos a base únicamente de progesterona, con la excepción del dispositivo intrauterino que contiene levonorgestrel, no se recomienda generalmente antes de seis semanas después del parto y si la mujer está dando lactando, a menos que no haya o no sean aceptables otros métodos. Después de seis semanas del parto, no hay restricciones para el uso de métodos anticonceptivos que contienen únicamente progesterona en las mujeres en lactancia. El dispositivo intrauterino que contiene levonorgestrel no suele recomendarse en las cuatro semanas que siguen al parto, a menos que no haya o no sean aceptables otros métodos. Después de las cuatro semanas, no hay restricciones para usarlo.³³

Por lo general, los anticonceptivos hormonales combinados que contienen estrógeno deben evitarse en los primeros 21 días del puerperio. Además, no deben usarlos en ese periodo las mujeres en lactancia o tienen otros factores de riesgo de tromboembolia venosa.³⁴

Entre los 21 y los 42 días después del parto, los anticonceptivos hormonales combinados pueden usarse en general, aunque en algunas mujeres con otros factores de riesgo de tromboembolia deberían evitarse a menos que no haya otros métodos más apropiados. En general, las mujeres en lactancia no deben usar anticonceptivos hormonales combinados antes de que hayan transcurrido seis meses del parto.³⁴

Si la mujer opta por la ligadura de trompas, puede ser ventajoso efectuarla antes de darle el alta.

Quien aplica la lista de verificación debe también aprovechar la oportunidad para hablar con la mujer del espaciamiento de los embarazos antes de darle el alta. Después de un nacido vivo, el intervalo que se recomienda antes del siguiente embarazo es de al menos 24 meses, a fin de disminuir el riesgo de resultados adversos en la madre, el recién nacido y el lactante durante el primer año de vida.^{11,17,35}

DISPONER EL SEGUIMIENTO Y CONFIRMAR QUE LA MADRE O SU ACOMPAÑANTE BUSCARÁ AYUDA SI DESPUÉS DEL ALTA APARECEN SIGNOS DE PELIGRO

Aún si la madre y su hijo tienen aspecto sano en el momento del alta, puede haber complicaciones cuando vuelven a casa. El seguimiento sistemático de ambos es necesario para que el personal sanitario pueda detectar y tratar a tiempo cualquier complicación

Hay que instruir a la madre (y al acompañante) para que reconozca los signos de peligro que obligan a buscar asistencia calificada después del alta. Quien aplica la lista de verificación debe indicar a la madre (y al acompañante) antes del alta que avise de inmediato al personal sanitario si aparece alguno de los siguientes signos de peligro en la madre: sangrado, dolor abdominal severo, cefalea severa o trastornos visuales, dificultad para respirar, fiebre o escalofríos, dificultad para orinar y dolor epigástrico.^{11,17,18,22,24}

También se debe explicar a la madre (y al acompañante) antes del alta que avise de inmediato al personal sanitario si aparece alguno de los siguientes signos de peligro en el bebé: respiración rápida o dificultad para respirar, fiebre, frialdad anormal, problemas para alimentarse, menor actividad de la normal o aparición de un color amarillo en todo el cuerpo.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LAS OPCIONES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, CONSULTE LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD MÁS RECIENTES DE LA OMS EN:
http://www.who.int/reproductive-health/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/

Adaptaciones optativas específicas de la lista de verificación acorde con la situación local

La lista de verificación se puede someter a diferentes adaptaciones basadas en datos de investigación que son específicas del entorno. Algunas son la administración de antirretrovirales en zonas donde la prevalencia de la infección por el VIH es elevada, las pruebas de diagnóstico del paludismo en zonas de alto riesgo y el tratamiento de los partos prematuros en establecimiento dotados de los recursos y las posibilidades para ofrecer la asistencia necesaria.

LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LOS ANTIRRETROVÍRICOS

Primera pausa. *¿Hay que administrar antirretrovirales a la madre?*

Las mujeres que han dado positivo a la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pueden enfermar gravemente y transmitir la infección al bebé. Si una embarazada padece la infección por el VIH, el tratamiento de por vida con antirretrovirales ayudará a prevenir las complicaciones de la infección en ella, el feto y el recién nacido. También reducirá el riesgo de transmitir el virus al hijo. La profilaxis con antirretrovirales de las mujeres que satisfacen los criterios ayudará a prevenir la transmisión del virus al recién nacido. En el momento del ingreso, quien aplica la lista debe confirmar si la mujer en trabajo de parto necesita antirretrovirales (como tratamiento o profilaxis) y, en caso afirmativo, estos deben administrarse de inmediato.

Desde 2013, la OMS recomienda la opción B y B+ como protocolos de tratamiento de la infección por el VIH.³⁶ Cada país decide cuál protocolo adoptar, dependiendo de su situación en cuanto a la epidemia, sus prioridades y las consecuencias en materia de costos. Si se determina que una embarazada es VIH-positiva y reúne los requisitos para recibir el tratamiento con antirretrovirales, éstos deben administrarse de conformidad con el protocolo nacional.

Con apego al protocolo de tratamiento B, las mujeres VIH-positivas deben recibir el tratamiento triple con antirretrovirales a lo largo del embarazo, el parto y la lactancia. El tratamiento solo es de por vida si la mujer presenta un número de linfocitos CD4 inferior a 500 por milímetro cúbico o etapas clínicas 3 y 4. El protocolo de la opción B+ para el tratamiento de la infección por el VIH implica la administración de por vida de tres antirretrovirales durante el embarazo, el parto, la lactancia y de ahí en adelante, con independencia del número de linfocitos CD4 o la etapa clínica.

Si se determina que una embarazada es VIH-positiva y reúne los requisitos para recibir el tratamiento con antirretrovirales, estos deben administrarse de conformidad con el protocolo nacional. Las embarazadas que necesitan el tratamiento con antirretrovirales deben continuarlo durante el parto, la lactancia y en la posteridad. El tratamiento debe empezar lo antes posible una vez que se confirme la infección por el VIH y que se hayan facilitado la orientación y las explicaciones necesarias.

Si en el momento del ingreso se desconoce el estado de la mujer en trabajo de parto con respecto al VIH, se debe practicar de inmediato la prueba del VIH, si es posible, de conformidad con las prácticas locales recomendadas. El estado de cada madre con respecto al VIH se debe documentar en su expediente clínico. Es importante que otros agentes sanitarios que atienden a la madre y su hijo conozcan el estado de esta con respecto al VIH para así brindarles el tratamiento apropiado después del parto.

Tercera pausa. *¿Hay que administrar antirretrovirales al bebé?*

Las mujeres VIH-positivas pueden transmitir la infección a sus hijos. La administración de profilaxis con antirretrovirales al bebé inmediatamente después del nacimiento y durante el periodo de lactancia puede ayudar a disminuir el riesgo de transmisión del VIH.^{37,38} Quien aplica la lista de verificación debe confirmar antes del parto si el bebé necesitará profilaxis con antirretrovirales y, en caso afirmativo, administrarla lo antes posible después del nacimiento (en el plazo de 4 a 6 horas). De ahí en adelante, si la madre es VIH-positiva, la profilaxis con antirretrovirales se debe administrar según las directrices locales.

Cuarta pausa. *Si la madre es VIH-positiva, tanto a ella como al bebé se le administran antirretrovirales durante seis semanas*

A estas alturas, la partera que aplica la lista de verificación ya debe haber confirmado si la madre es VIH-positiva y si, según las directrices locales, está indicado dar tratamiento o profilaxis con antirretrovirales. Si la madre es VIH-positiva, se le suministrarán antirretrovirales suficientes para seis semanas de administración a ella y el bebé, y habrá que organizar la atención continua de la infección por el VIH.^{36,37}

PALUDISMO

Primera, segunda, tercera y cuarta pausas. Las mujeres en trabajo de parto con fiebre (≥ 38 °C) deben someterse a la prueba rápida de diagnóstico del paludismo y ser tratadas en consecuencia siguiendo las directrices nacionales vigentes. Si el tratamiento se administra antes del nacimiento, hay que recordar que algunos medicamentos pueden afectar al recién nacido; por ejemplo, la quinina provoca hipoglucemia.³⁹

ATENCIÓN DEL NACIMIENTO PREMATURO

La atención del nacimiento prematuro es una adaptación optativa de la lista de verificación que solo deben hacer los establecimientos asistenciales con recursos y posibilidades de ofrecer una atención apropiada a la madre y el recién nacido.

El tratamiento del nacimiento prematuro con corticoesteroides administrados en el periodo prenatal para estimular la maduración pulmonar se recomienda para una edad gestacional de entre 24 y 34 semanas o si hay rotura prematura de membranas antes del parto, trastornos hipertensivos y diabetes de la madre y restricción del crecimiento fetal. Con todo, se deben satisfacer ciertos criterios antes de administrar corticoesteroides en el periodo prenatal, tales como la determinación exacta de la edad gestacional, el nacimiento inminente, que se haya descartado una infección materna y que el establecimiento pueda brindar a la madre y su hijo un grado adecuado de atención por la prematuridad.

Referencias

- 1 WHO. Media Center, Maternal mortality Fact sheet N°348, 2014.
- 2 Spector JM et al. Improving Quality of Care for Maternal and Newborn Health: Prospective Pilot Study of the WHO Safe Childbirth Checklist Program. *PLoS ONE*, 2012, 7(4): e35151.
- 3 Gawande, A. *The checklist manifesto: How to get things right*. Nueva York: Metropolitan Books, 2010.
- 4 Pronovost P et al. An Intervention to Decrease Catheter Related Bloodstream Infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, 2006,355(26): 2725–32.
- 5 Pronovost PJ et al. Creating high reliability in health care organizations. *Health Services Research*, 2006,41(4 Pt 2) 1599–617.
- 6 King HB et al. TeamSTEPS™: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. In: Henriksen Ket al (editors). *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol 3: Performance and Tools)*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.
- 7 Pronovost PJ, Berenholtz SM, Needham DM. Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation. *Bmj*, 2008,337: a1714.
- 8 Lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2015. Consúltense en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/2/9789243598598_spa_Checklist.pdf.
- 9 Rothschild, M. Carrots, sticks and promises: a conceptual framework for the management of public health and social issues behavior. *Journal of Marketing*, 1999, 63 (1), 24–37.
- 10 WHO. World Health Organization partograph in management of labour. *Lancet*, 1994, 343: 1399–404.
- 11 WHO. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 12 WHO. *Managing prolonged and obstructed labour*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
- 13 WHO. *WHO Guidelines for Safe Surgery*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.
- 14 WHO. *WHO recommendations for Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
- 15 Hodnett ED et al. *Continuous support for women during childbirth*. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, (3): CD003766.
- 16 OMS. *Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto. Guía para obstetras y médicos*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
- 17 WHO. *WHO Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common illnesses with limited resources*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
- 18 WHO. *WHO Guidelines on basic newborn resuscitation*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.
- 19 Singhal N et al. *Helping Babies Breathe: Global neonatal resuscitation program development and formative educational evaluation*. *Resuscitation*, 2011.
- 20 OMS. *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.
- 21 WHO. *Education material for teachers of midwifery. Midwifery education modules – second edition. Managing postpartum haemorrhage*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
- 22 WHO. *Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
- 23 WHO. *WHO Managing Newborn Problems: A guide for doctors*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.
- 24 WHO. *Recommendations for management of common childhood conditions*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.
- 25 WHO and UNICEF. *Integrated Management of Childhood Illness: Caring for Newborns and Children in the Community*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
- 26 WHO. *Thermal Protection of the Newborn: A practical guide*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997.
- 27 OMS. *La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.
- 28 OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡cada madre y cada niño contarán!* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
- 29 WHO. *WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
- 30 WHO. *WHO Recommendations on Postnatal care of the mother and newborn: Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines*. Geneva, World Health Organization, 2015.
- 31 WHO. *Recommendations on maternal and perinatal health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.
- 32 WHO. *Medical eligibility criteria for contraceptive use, 4th ed: A WHO family planning cornerstone*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
- 33 UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP). *Progestogen-only contraceptive use during lactation and its effects on the neonate (Statement)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
- 34 WHO. *Combined hormonal contraceptive use during the postpartum period (Statement)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
- 35 WHO. *Mother–Baby Package: Implementing safe motherhood in countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996.
- 36 OMS. *Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública*. Organización Mundial de la Salud, 2013.
- 37 WHO. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
- 38 WHO, UNAIDS, UNFPA and UNICEF. *Guidelines on HIV and infant feeding: principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
- 39 WHO. *Guidelines for the treatment of malaria*, Third edition. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 40 WHO. *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.

Nota de agradecimiento

La elaboración de la Guía de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad del parto ha sido posible gracias a la generosa financiación de la Fundación Bill y Melinda Gates y de la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur. La Organización Mundial de la Salud y Ariadne Labs expresan también su agradecimiento a todas las personas que participaron en la elaboración y puesta a prueba de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto e hicieron aportaciones o examinaron la Guía de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad del parto.

Grupo de elaboración de la Guía de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad del parto:

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Sepideh Bagheri Nejad, Gheorghe Banica, Neelam Dhingra-Kumar, Armored Duncan, Metin Gülmezoglu, Edward Kelley, Marie-Paule Kieny, Itziar Larizgoitia, Elisabeth Mason, Matthews Mathai, Irina Nozdrina, Olufemi Taiwa Oladapo, Laura Pearson, William Perry, Severin Ritter von Xylander, Nathalie Roos, Marleen Temmerman, Karolina Tuomisto y Regina Ungerer.

ARIADNE LABS: Chris Barnes, William Berry, Lizzie Edmonson, Atul Gawande, Lisa Hirschhorn, Amanda Jurczak, Nabihah Kara, Ami Karlage y Katherine Semrau.

Grupo de elaboración de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto. Rajiv Bahl, Gerald Dziekan, Atul Gawande, Itziar Larizgoitia, Angela Lashoher, Matthews Mathai, Mario Meriardi y Jonathan Spector.

Grupo de prueba preliminar y redacción del manual de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto.

Priya Agrawal, Atte Aitkoski, Sabaratnam Arulkumaran, Mavis Asiedu-Asamoah, Angela Bader, Mohamed Bassiouny, B Benachinamaradi, William Berry, Shereen Bhutta, Zulfiqar Bhutta, Ann Blanc, Dan Boorman, Waldemar Carlo, Susan Crowther, Gary Darmstadt, Louise Day, Mark Dybul, Lizzie Edmonson, Barbara Farlow, Zhao Gengli, Kathleen Hill, Elizabeth Hizza, Justus Hofmeyr, Narayan Honnungar, Julia Hussein, Atanu Kamar Jana, Cate Kamau, Khalid Khan, Grace Kodindo, Bhala Kodkany, Barbara Kwast, Tina Lavender, Claire Lemer, Bridget Lynch, Rashad Massoud, Jane Machira, Claudia Morrissey, Elizabeth Morse, Susan Niermeyer, Leonard Okoko, Vinod Paul, Parmanaban Packirisamy, Robert Pattinson, Amit Revankar, Craig Rubens, Zakari Saley, Harshad Sanghvi,

Susan Sheridan, Youssef Tawfik, PhommadyVesaphong, Jean-José Wolomby-Molondo, Linda Wright, Blair Wylie, Juliana Yartey y Jing Yuan.

Colaboración de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto. Malik Abdo, Mahi Al Tehewy, Sara Albolino, Ana Carolina Amaya Arias, Naheed Bano, Lopa Basu, Leticia Becker Vieira, Maina Boucar, Mahuina Campos, Joyce Chen, Astou Coly, Giulia Dagliana, Blami Dao, Rozita Davoodi, Houleyemata Diarra, Nora Espiritu, María Fernández Elorriaga, Ciro Franco, Nihal Hanafi, Kathleen Hill, Evelyn Kamgang, Lana Keusch, Lalitha Krishnan, Jana Kuhnt, Somesh Kumar, María Cristina Medina Pflucker, José Méndez, Jolene Moore, Herfina Nababan, Sasyoud Obeid, Rosemary Ogu, Cecilia Pacchiotti, Malitha Patabendige, Antonio Paya, Diego Peláez Mejía, Lisa Pelcovist, John Pollock, Sabina Faiz Rashid, Regina Rigatto Witt, Rita Rodrigues, Javier Rodríguez-Suárez, Ariel Iván Ruíz Parra, Mónica Chirinos Muñoz, Veronica Sabio Paz, Sonia Sachs, Maurizio Salvatico, Joanne Grace Santos, Pedro Saturno, Hemantha Senanayake, Aminur Shaheen, Muhadili Shemsanga, Habibatou Diallo Sylla, Ayda Taha, Riccardo Tartaglia, Joycelyn Thomas, Bintou Traore, Maria Aparecida Traverzim, Jorge Valverde, Sebastian Vollmer, Mina Whyte y Xu-Chun Ye.

Ariadne Labs: Shehnaz Alidina, Emily Benotti, Jeff Durney, Grace Galvin, Jonathon Gass, Emily George, Caroline Grogan, Fran Hodgins, Luca Koritsanszky, Joshua Lakin, Anup Mankar, Megan Marx Delaney, Joanna Paladino, Natalie Panariello, Khaleel Seecharan, Robbie Singal, and Danielle Tuller. **Population Services International:** Rebecca Firestone, Sandhya Gupta, Tapan Kalita, Atul Kapoor, Pinki Maji, Pritpal Marjara, Joson Meloot, George Philip, Darpan Rana, Rajiv Saurastri, Narender Sharma, Vinay Singh and Manisha Tripathi.

Internos y voluntarios de la Organización Mundial de la Salud. Natalia Abadia, Elisa Albuquerque, Marion Chapuis, Michelle Costello, Blanca Obón, María Mercedes Pérez González, Ignacio Rebollo y Sarah Rostom.

Revisores externos. Sara Albolino, Ana Carolina Amaya Arias, Giulia Dagliana, Clarissa Fabre, Leonard Kabongo, Shafika Nasser, Manasa Patna, Shelley Ross, Ayda Taha, Joycelyn Thomas, Andrea Reyes Gutiérrez, Claudia Rocío López Bolívar y Rose Leonard Molina.

**Organización Mundial
de la Salud**
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

Visítenos en:
www.who.int/patientsafety/

Ariadne Labs
401 Park Drive
Boston MA 02215
Estados Unidos

Visítenos en:
www.ariadnelabs.org

