

PROTOCOLO

IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA

DE PACIENTES

HOSPITAL LA INMACULADA 2024

ELABORADO POR:	MARÍA ISABEL HERRERÍAS NAVARRO. ANA BELÉN MARTÍNEZ ORTEGA.
REVISADO Y APROBADO:	COMISIÓN DE SEGURIDAD DEL AGSNA

INDICE

- 1. INTRODUCCIÓN.**
- 2. PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE.**
 - 2.1 OBJETIVO GENERAL.
 - 2.2 OBJETIVO ESPECIFICO.
 - 2.3 TÉRMINOS Y DEFINICIONES.
 - 2.4 ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES.
 - 2.5 MODELO DE PULSERA.
- 3. EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.**
 - 3.1 ADMISIÓN GENERAL Y ADMISIÓN DE URGENCIAS.
 3. 2 HOSPITALIZACIÓN.
 3. 3 ÁREA QUIRÚRGICA.
- 4. VERIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD DEL PACIENTE.**
- 5. PLAN DE ACCIÓN:**
 - 5.1 ELABORACIÓN**
 - 5.2 PRESENTACIÓN COMISIÓN DE SEGURIDAD**
 - 5.3 DIFUSIÓN**
 - 5.4 EVALUACIÓN**
- 6. ANEXO I**
- 7.BIBLIOGRAFÍA.**

1. INTRODUCCIÓN.

La seguridad del paciente, dimensión esencial de la calidad asistencial, implica desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria.

El informe del año 1999 del Instituto Americano de Medicina hizo que varios gobiernos y organizaciones sanitarias internacionales situaran la seguridad del paciente entre sus prioridades de política sanitaria **1**.

Así la Organización Mundial de la Salud lanzó en 2004 la “Alianza por la seguridad del paciente”, promoviendo acciones, herramientas y recomendaciones para mejorar la seguridad en todos los países del mundo **2**.

El Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), en consonancia con las recomendaciones internacionales, decidió en el año 2005 desarrollar una estrategia de seguridad del paciente para el SNS en colaboración con las Comunidades Autónomas, respetando y complementando las acciones que éstas desarrollan en el ejercicio de su competencia en la provisión de servicios sanitarios.

En junio de 2009 el Consejo de la Unión Europea lanzó las “Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria”**3**.

La importancia de la formación de los profesionales en seguridad del paciente ha sido señalada tanto por la Organización Mundial de la Salud, (O.M.S) que ha desarrollado una guía curricular específica **4**, como por la Comisión Europea que recientemente ha publicado unas recomendaciones al respecto⁵.

La formación en seguridad del paciente es el primer paso para mejorar la cultura de seguridad y un elemento imprescindible, para que los profesionales sanitarios entiendan por qué las iniciativas en seguridad del paciente son necesarias y cómo pueden aplicarlas.

Los objetivos de la estrategia han estado básicamente orientados a mejorar la cultura de la seguridad y la gestión del riesgo sanitario, la formación de los profesionales, la implementación de prácticas seguras, la implicación de los pacientes y ciudadanos y la participación internacional.

Las deficiencias en la identificación de los pacientes comportan riesgos que pueden derivar en diagnósticos erróneos o la realización de pruebas o intervenciones quirúrgicas, o la administración de medicamentos o hemoderivados, a pacientes equivocados.

Se debe garantizar la identificación inequívoca de todos los pacientes mediante métodos apropiados que permitan confirmar la identidad del paciente siempre que se le realice un procedimiento, especialmente si es invasivo.

La identificación inequívoca de pacientes y la verificación de su identidad tienen el propósito de reconocer de forma fidedigna al paciente como la persona a la que se va a prestar la atención, especialmente antes de la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de riesgo, evitando errores en el curso de su asistencia sanitaria. Esta práctica, prioritaria para el SSPA, está reconocida como requisito básico para garantizar una atención sanitaria segura y debe incluir no solo al paciente sino también a toda su documentación clínica, muestras biológicas o pruebas diagnósticas.

En Andalucía se ha implementado un dispositivo de identificación (pulsera identificativa a nivel hospitalario) y se ha protocolizado la práctica de identificación y verificación que incluye elementos como la comprobación verbal de los datos, la capacitación permanente de profesionales sobre los procedimientos de control y verificación de la identidad en los diferentes ámbitos de actuación y la implicación de los pacientes en su correcta identificación.

Desde la Comisión de Seguridad de la AGSNA, se establecieron unas líneas de mejora, entre las que destaca, la puesta en marcha de un programa formativo sobre seguridad del paciente, siendo una de ellas la elaboración del Procedimiento de Identificación inequívoca del paciente.

2. PROCEDIMIENTO IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE.

El ámbito de aplicación del Procedimiento está vinculado al proceso asistencial, ya sea de hospitalización, de urgencias o en régimen ambulatorio (incluido los hospitales de día, las consultas externas, y en general cualquier dispositivo asistencial).

El Procedimiento describe tanto el procedimiento general y de aplicación en la mayoría de las situaciones asistenciales, como otros específicos como es el caso de la identificación en el área materno-infantil, desde el área de urgencias hasta el de la identificación de la madre y del recién nacido.

En definitiva, el Procedimiento persigue crear cultura de seguridad y garantizar que cualquier actuación del profesional, sanitario y no sanitario, se realiza sobre el paciente correcto.

2.1 Los Objetivo general:

Diseño e implementación del protocolo actualizado de *"Identificación inequívoca de pacientes y su correcta verificación"* en el Hospital La Inmaculada, con el fin de identificar de forma fidedigna al paciente como la persona a la que van dirigidos el tratamiento y los cuidados, y a su vez relacionarlos con dicho paciente, mejorando su seguridad.

2.2 Objetivos Específicos:

- Evitar errores derivados de una inadecuada identificación de pacientes.
- Mejorar la exactitud de la identificación en cada una de las áreas de riesgo.
- Implicar de forma activa a los profesionales mediante la formación y concienciación de la importancia de una identificación correcta de los pacientes a los que prestan asistencia.
- Implicar al paciente y familia en su propia seguridad.

2.3 Términos y definiciones:

Tarjeta Sanitaria: es el documento que identifica individualmente a los usuarios ante el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Cada persona, independientemente de su edad, debe disponer de su tarjeta sanitaria individual.

Pulsera Identificativa: Dispositivo que se le coloca al paciente, generalmente en la muñeca o en otra zona corporal si precisa, en la que figuran los datos identificativos inequívocos del propio paciente.

Datos identificativos inequívocos: Son aquellos que pertenecen a un sólo paciente y que no pueden ser compartidos por otros.

Procedimiento invasivo: Es una actuación diagnóstica o terapéutica que se realiza sobre el paciente, que entraña unos riesgos asociados y que para realizarlo se precisa habitualmente consentimiento informado.

Los datos definidos como INEQUÍVOCOS para las pulseras identificativas son:

- Nombre y Apellidos.
- Fecha de nacimiento.
- Número único de Historia de Salud de Andalucía. (NUHSA)

NO se consideran datos inequívocos para las pulseras:

- Diagnóstico.
- Número de cama.
- Unidad de ingreso.
- Fecha de ingreso.
- Nacionalidad.

Otros datos como: DNI, N.º de Seguridad Social, N.º Pasaporte o número de Historia Clínica (NHC) aun siendo inequívocos del paciente no se consideran para su uso en las pulseras identificativas debido a que notodos los pacientes disponen de ellos.

Verificación Verbal: Proceso mediante el cual el profesional sanitario comprueba la identidad del paciente preguntando: nombre, apellidos y fecha de nacimiento.

2.4 Asignación de responsabilidades.

El cumplimiento de la identificación de pacientes será responsabilidad de los **profesionales sanitarios**, médicos/as, enfermeras/os, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y **profesionales no sanitarios** (celadores/as y personal administrativo) que tienen contacto directo en algún momento con los pacientes.

La gestión de la impresión de la pulsera recae en los profesionales de Atención Ciudadana, más concretamente en el personal de Admisión, tanto General como de Urgencias y la colocación de la misma recae sobre el propio paciente o su cuidador.

2.5 Modelo de pulsera:



DATOS IMPRESOS:

Nombre, Apellidos, Fecha de nacimiento y Número de historia clínica Y NUSHA.

Características de las pulseras identificativas:

- Pulsera de color blanco
- Texto en negro, con tamaño mínimo de letra 12 y fuente común.
- Material antialérgico, (sin látex) inocua para el paciente.
- Resistente a la tensión y rotura en cualquier dirección ya sea en seco o en mojado.
- Inmunes al calor o la humedad.
- Tinta indeleble e impresión resistente a la abrasión y al agua.
- Flexible y cómodas, sin bordes cortantes.
- Cierre seguro con troquel de seguridad no manipulable.
- Imposibilidad de reutilización tras la rotura del cierre de seguridad.
- Ajustada a la normativa vigente en materia de calidad y protección del medio ambiente.
- La pulsera adaptada al tamaño del paciente (desde neonatos a adultos).
- Que permita un manejo fácil por parte del profesional (almacenaje, cumplimentación de los datos, impresión, actualización de la información, colocación en el paciente).

3. EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

Se contempla el procedimiento de identificación en tres escenarios: en Admisión General, Admisión de Urgencias y en la Unidad de Hospitalización.

3.1 ADMISIÓN DE URGENCIAS Y ADMISIÓN GENERAL

A todo ciudadano que sea atendido en el hospital se le realizará una

recogida de datos administrativos (verificándose con un documento acreditativo: DNI, NIF/NIE y/o pasaporte) o, si ya se le hubiese recogido con anterioridad, se procederá a la actualización de estos.

Al ser la entrada al sistema se extremará la **verificación de los tres datos inequívocos de identificación**, ya que un error en la selección del paciente conllevará la asignación del episodio a paciente erróneo, con todas las repercusiones de orden asistencial y legal.

Esta recogida, salvo en los casos urgentes, se hará previa a la prestación de la asistencia y preferentemente en el momento de la solicitud de la asistencia.

El servicio de admisión de Urgencias y de admisión General dispone de la impresora para imprimir en la pulsera los datos de identificación del paciente que se extraen directamente a través de la Historia Digital.

El personal administrativo es el responsable de su impresión y de la entrega al paciente, familiar o cuidador, indicándole la necesidad de su colocación.

Se facilitará información al paciente/cuidador para que proceda a la colocación de la pulsera de identificación en el momento que es atendido en los Servicios de Admisión.

La pulsera identificativa se colocará preferentemente en la muñeca, derecha o izquierda y, en el caso de que pueda interferir con los cuidados, en el tobillo.

Si un procedimiento requiere su retirada, será reemplazado a la mayor brevedad posible, por el personal de enfermería responsable del paciente, solicitándola de forma inmediata al servicio de admisión general.

En el caso de pacientes atendidos por el servicio de urgencias que no aportan documentación y es imposible conocer su identidad, se realizará la identificación poniendo en el espacio nombre y apellidos: DESCONOCIDO / N.º de orden.

Se está obligado a recabar todos los datos a posteriori y con la mayor brevedad.

Si se trata de varias personas en estado crítico, el técnico que lo traslada es el responsable de que quedaran todos identificados a la entrada del centro sanitario.

En la **consulta de clasificación, (triaje)** el enfermero/a comprobará que el paciente porta la pulsera y verificará verbalmente que los datos son correctos.

En el caso de que el paciente no se la haya podido colocar previamente, el profesional sanitario procederá a su colocación.

Observación (camas o sillones), la enfermera/o referente comprobará su colocación y si no la portase pondrá en contacto con el servicio de admisión para que se la

envíen. Así mismo, verificará que los datos identificativos son correctos.

3.2 UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN.

El personal de enfermería al ingreso del paciente en la unidad de hospitalización comprobará que el paciente porta la pulsera y verificará verbalmente que los datos son correctos.

La pulsera debe de ser portada por el paciente durante toda su estancia hospitalaria, siendo retirada por el profesional de enfermería en los momentos previos al alta.

Se procederá según el procedimiento interno de destrucción de material confidencial.

Si el paciente no porta la pulsera, la solicitará de forma inmediata al servicio de admisión general. Igualmente se procederá en casos de deterioro, rotura o pérdida de la pulsera.

En cada área de hospitalización hay una impresora para poder imprimirla si fuera necesario. Si el paciente se negara a colocársela se deja registrado en la historia clínica.

La identificación madre-recién nacido se realizará según protocolo adjunto. (Anexo I).

3.3 ÁREA QUIRÚRGICA.

Pacientes sometidos a procesos quirúrgicos con sedación o anestesia.

× **A su llegada a quirófano:**

Se procederá a la identificación activa y verbal del paciente, cotejando la información dada por el mismo con la pulsera identificativa.

Se procederá igualmente a la identificación del paciente mediante la Lista de Verificación Quirúrgica.

× **Antes de la sedación o anestesia:** Es responsabilidad del Anestesista identificar verbal y activamente al paciente antes de la inducción. Esta debe ser corroborada con la pulsera identificativa o mediante el Listado de Verificación Quirúrgica.

× **Condiciones especiales en quirófano:** Si la identificación del paciente requiere ser retirada de los miembros del paciente, esta será colocada en un lugar visible del paciente durante el procedimiento, el profesional sanitario (médico o enfermero) a cargo de su cuidado en quirófano, se asegurará que la pulsera vuelva a ser recolocada antes de abandonar el quirófano (si es necesario, solicitar nueva pulsera al Servicio de Admisión).

4. VERIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD DEL PACIENTE.

El profesional sanitario que tiene el primer contacto con el paciente será el **responsable** de verificar la identidad del paciente de acuerdo con el procedimiento propuesto.

Todos los demás profesionales **son responsables** de realizar las comprobaciones establecidas previas a la realización de los procedimientos de riesgo ya descritos.

La verificación de la identidad del paciente se realizará siempre antes de los siguientes procedimientos de riesgo:

- Extracción de una muestra biológica para analítica
- Administración de un medicamento o transfusión; cuando el paciente deba ser transfundido se recomienda, salvo que haya alguna condición que lo contraindique, que se coloque la pulsera de transfusión sanguínea en la muñeca contraria a la pulsera identificativa, de tal forma que el paciente llevará las dos pulseras, una en cada muñeca.
- Realización de un procedimiento invasivo.
- Realización de cualquier prueba diagnóstica
- Realización de intervención quirúrgica
- Confirmación de un éxito
- Traslado o transferencia de un paciente tanto en circuito interno como externo.
- Verificación de la identificación de la madre y del recién nacido (procedimiento de identificación específico).

Previo a cualquiera de estas situaciones descritas, el profesional que atiende al paciente realizará, siempre que le sea posible, una doble verificación:

1. Identificar físicamente al paciente a través de la pulsera.
2. Confirmar verbalmente la identidad del paciente preguntándole al paciente, familiar o cuidador lo siguiente:
 - Nombre y apellidos
 - Fecha de nacimiento

A tener en cuenta:

- ✓ Durante el traslado del paciente a otro centro, el paciente deberá continuar portando la pulsera identificativa en el trayecto de la ambulancia.
- ✓ En el caso de ser éxitus, el cadáver abandonará el área asistencial con la pulsera de identificación.
- ✓ Situación de catástrofes: se identificará al paciente según lo establecido en el Plan de catástrofes del Centro. Garantizar que antes de abandonar el hospital, el paciente entrega la pulsera de identificación y ésta se destruye garantizando el cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos.

5. PLAN DE ACCIÓN:

5.1 Elaboración del protocolo. Grupo de trabajo.

5.2 Presentación en la comisión de seguridad de AGSNA para su aprobación.

5.3 Difusión e implementación en todas las UGCs, siendo el supervisor de cada unidad el responsable directo.

Realización de sesiones acreditadas en todas las UGCs, para presentar el protocolo haciendo partícipes a los profesionales de las unidades de la importancia de su implementación.

5.4 Evaluación:

Para medir el cumplimiento del Procedimiento de Identificación de Pacientes se utilizan los siguientes indicadores:

- **Tasa de pacientes en hospitalización correctamente identificados.** Auditorias de pulseras identificativas trimestrales.

- **Errores de identificación de paciente.** Estudio Eventos Adversos declarados.

Aspecto que mide:

Evento adverso.

Tipo de indicador:

Cualitativo.

Definición: Identificación y análisis de incidentes de seguridad vinculados a la identificación incorrecta de pacientes.

Metodología: auditoría de la documentación generada (informe del incidente y seguimiento de las mejoras identificadas).

- **Evolutivo del porcentaje de pulseras entregadas en los servicios de Admisión General y de Urgencias.**

Porcentaje de pulseras entregadas.

- Aspecto que mide: Proceso.
- Tipo de indicador: Tasa.
- Definición: tasa de pulseras identificativas entregadas a paciente o cuidador en el momento de admitir al paciente en el hospital en relación al número total de admisiones que se realizan por el mismo carácter asistencial.

Fórmula: En Admisión General: (número de pulseras entregadas y colocadas / número de admisiones para ingreso programado) x 100

En Admisión de Urgencias: (número de pulseras entregadas y colocadas / número de admisiones en Urgencias) x 100

- Estándar: 100 %

Tasa de pacientes correctamente identificados.

- Aspecto que mide: Proceso.
- Tipo de indicador: Tasa.

Definición: tasa de pacientes en unidades de hospitalización correctamente identificados mediante pulsera identificativa.

- Fórmula: (número de pacientes correctamente identificados mediante pulsera identificativa / total de pacientes en hospitalización) x 100.
- Estándar: 98 %

6. ANEXO I

IDENTIFICACIÓN MADRE-RECIÉN NACIDO

La identificación inequívoca de la paciente obstétrica en el Área materno-infantil requiere una consideración especial, debido a que según se vaya desarrollando el recorrido asistencial de la mujer, la identificación pasará de realizarse a la mujer embarazada al binomio madre-recién nacido (RN) tras el paso por paritorio o quirófano.

Es un objetivo primordial identificar de forma fidedigna a la paciente y asegurar la integridad de binomio madre-hijo, la identificación del recién nacido y evitar eventos adversos relacionados con una incorrecta identificación en la paciente obstétrica.

A toda persona que sea atendido en admisión de las Urgencias del área Maternal, se le realizará una recogida de datos administrativos, siendo obligatoria la presentación de DNI, NIF, NIE, o Pasaporte de la mujer.

Si ya se le hubiesen recogido con anterioridad, se procederá a la actualización o comprobación de los mismos.

Esta recogida, salvo en los casos urgentes, se hará previa a la prestación de la asistencia y preferentemente en el momento de la solicitud de la prestación. Se les dará a las madres durante la dilatación o previo al parto o cesárea, el consentimiento informado que tenemos para este fin.

Una vez comprobada la identidad documental de la mujer el administrativo imprimirá la pulsera y se la colocará a la mujer para que permanezca identificada en todos los momentos de la atención sanitaria.

La verificación de los datos identificativos del paciente se repetirá verbalmente en todos los contactos de la atención sanitaria.

A la entrada al Paritorio o Quirófano se comprobará que tiene la pulsera de identificación puesta y se procederá a la verificación de la identidad de la mujer según protocolo de “Identificación inequívoca de pacientes”.

Para la identificación inequívoca Madre-RN se utilizará el “DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO”

El “Documento de identificación del recién nacido” (comúnmente llamado “soporte”)

consta de:

1. Tarjeta identificativa para los padres.
2. Soporte para toma de muestras sanguíneas a madre y RN.
3. Seis códigos de barras y código para la pinza umbilical:

Los tres primeros códigos corresponden a las pulseras que portarán la mamá (una) y el recién nacido (dos).

Las otras tres etiquetas con código de barras irán al soporte de muestra sanguíneas, la hoja del recién nacido y la tarjeta identificativa.

El soporte que se utilizará para poner los códigos de barras será:

- Madre: 1 pulsera blanca modelo adulto con ventanilla transparente donde se inserta la pegatina con el código de barras que comienza por el nº 0
- RN: 2 pulseras blancas modelo RN con ventanilla transparente donde se insertarán las pegatinas de los códigos de barras que comiencen por el nº 1 y el nº 2. Una con el código de barras que comienza con el nº 1 mostrando y el nombre y apellidos de la madre / fecha de parto. La otra con el código de barras que comienza por el nº 2 en el reverso y el nombre y apellidos de la madre, fecha del parto y sexo del RN mostrando.
- Consentimiento informado para la recogida y conservación de muestras sanguíneas destinadas a la identificación del RN.

El RN debe ser identificado en el mismo momento que se produce el nacimiento, obviamente, antes de abandonar la sala de partos o el quirófano. Aún en los casos de emergencia, el RN no debe abandonar dicha sala de partos sin haber sido identificado mediante la pulsera de identificación debidamente cumplimentada.

La matrona referente de cada paciente o personal del paritorio:

Explicará y entregará a la paciente para su firma el "Consentimiento informado para la recogida y conservación de muestras sanguíneas destinadas a la identificación del RN".

Comenzarán a cumplimentar el "Documento de identificación del recién nacido" (epígrafes "Hospital", "Nombre y apellidos de la madre", "Número de Historia Clínica de la madre")

Procederá a aplicar la muestra sanguínea de la madre en el filtro absorbente que para ese cometido se encuentra en el reverso del documento con sangre capilar o venosa.

Firmará el apartado "Firma de la matrona" especificando Nombre y apellidos y firma.

Adjuntará el documento sin cerrarlo en la Historia Clínica que acompañará a la paciente hasta finalización del parto.

La matrona o personal de paritorio, tras comprobar los datos, colocará la pulsera blanca con ventanilla que ha preparado con los datos de la madre y la pegatina del código de barras que comienza con el nº 0, preferentemente en la mano derecha y junto a la pulsera de Identificación de adultos que traía previamente. No debe comprimir, quedando lo suficientemente holgada para que no resulte incómoda, pero evitando que pueda salirse. Por último, comprobará el cierre efectivo del dispositivo.

Recordará a la paciente el propósito de la colocación del dispositivo, informándole que debe de llevarlo tanto ella como su RN durante toda su estancia hospitalaria, corresponsabilizándola de esta forma en garantizar su propia seguridad y la de su RN durante la estancia en el hospital.

Colocará en la hoja de recién nacido la pegatina de código de barras que comienza con el nº 3. Y la que comienza con el nº 4 se coloca en el documento de identificación del recién nacido.

EN EL MOMENTO DEL ALUMBRAMIENTO:

Se procederá a identificar al recién nacido al menos con una de las dos pulseras las pulseras preparadas en el tobillo del recién nacido con la madre – padre como testigo. La segunda se colocará inmediatamente si el estado del recién nacido lo permite, si no, se procederá a colocarla durante o al finalizar la reanimación del recién nacido. Preferentemente se colocarán las pulseras una en el tobillo y otra en su muñeca. No debe comprimir, quedando lo suficientemente holgada para que no resulte incómoda, pero evitando que pueda salirse. Por último, comprobará el cierre efectivo del dispositivo.

Se procederá a aplicar la muestra sanguínea del recién nacido en la cartulina destinado a ello con la sangre del cordón en el momento de colocación de la pinza umbilical. En la pinza umbilical se colocará la pegatina de los 5 dígitos que son comunes al resto de pegatinas.

Se colocará la pegatina que comienza con el nº 5 en la tarjeta identificativa que se le entregará al padre o madre al entregar el RN.

Se cumplimentará el resto de los apartados del documento de identificación del recién nacido: “fecha del parto”, “hora del parto” y “sexo del RN”.

En el epígrafe “Firma del testigo”: aquí firmará el padre o la persona que acompañe a la

madre y si no hubieraacompañante, firmará el profesional sanitario que haya estado presente durante el proceso. Al firmar se debeescribir nombre y apellidos del firmante.

Tras realizar lo anteriormente descrito, se doblará y cerrara el documento y se guardará en la carpeta de la historia clínica de la madre, grapada a la misma para que no se salga.

PARTO MÚLTIPLE:

Se procederá como en el caso de un parto único, teniendo en cuenta las siguientes observaciones:Se cumplimentarán tantos “Documentos de identificacióndel recién nacido” como niños nazcan.

Pulsera materna: Se utilizará una por cada RN

Pulsera del RN: es importante ser especialmente minucioso en el momento de consultar a la madre el nombre de los RN para garantizar la identificación de cada RN.

Si se cree conveniente para reforzar la identificación inequívoca de los recién nacidos, en el anverso de la pulsera se podrá escribir con un rotulador el orden de nacimiento de cada RN (ejemplo: 1, 2, y así sucesivamente o 1er gemelar, 2º gemelar, etc).

PARTO POR CESÁREA:

El proceso de identificación en el parto por cesárea no difiere del parto único, pero el hecho de que el parto por cesárea transcurra en una ubicación diferente (se realiza en el quirófano y no en el paritorio) y que intervengan también otros profesionales, hace que sean necesarias una serie de observaciones tanto para la cumplimentación del “Documento de identificación del recién nacido” como para la colocación de las pulseramaterno-infantil.

Documento de identificación del recién nacido:

La matrona o personal de paritorio cumplimenta el documento e identifica a la madre como anteriormente hemos detallado en el parto único y lo incorpora a la historia clínica que acompaña a la paciente al quirófano.

La matrona o el personal que vaya a recoger al niño será la encargada de identificar al RN en el momento del nacimiento; colocará al menos una pulsera identificativa en el tobillo del recién nacido siendo testigos la madre y el resto de profesionales presentes.

Si el recién nacido precisa atención urgente de reanimación en la antesala del quirófano, la otra pulsera identificativa se colocará durante o al final de la reanimación con el neonatólogo.

Recuperación del quirófano: Se favorecerá el vínculo materno/paterno dejando al RN con el padre/madre si ellos los desean en el área de recuperación o si no es posible en ese momento, se realizará el vínculo lo antes posible.

PUERPERIO:

Una vez finalizado el Puerperio inmediato en paritorio u observación del quirófano se procederá al traslado de la madre y RN nacido conjuntamente a las plantas de hospitalización de maternidad.

Al ingreso en hospitalización, enfermería verificará la identidad de la mujer y confirmará que madre y el RN están correctamente identificados, que los datos son correctos y que hay concordancia entre madre y ReciénNacido y sexo del recién nacido.

Cuando se proceda al alta a domicilio, las pulseras de madre y RN serán retiradas por el profesional sanitario en los momentos previos al alta. Para ello se procederá a cortarlas con tijeras y se desecharán según el procedimiento interno de destrucción de material confidencial o entregado a la madre si las reclama.

7. BIBLIOGRAFÍA:

1 Kohn L T, Corrigan J M, Donaldson. MS Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.

2 World Health Organization. Patient Safety. World Alliance for Patient Safety. Patient Safety. [Internet]. The Launch of the World Alliance for Patient Safety, Washington DC, USA — 27 October 2004 [Accedido 20 febrero 2015]. Disponible en:
<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>.

3 European Commission. Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Diario del Consejo de la Unión Europea 9 de junio de 2009 (2009/C 151/01). [Internet]. Brussels: European Commission; 2011. [Acceso 19 febrero 2015] Disponible en:
http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf

4 World Health Organization. Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide. [Internet] Patient Safety. World Health Organization; 2011. [Accedido 20 febrero 2015] Disponible en:
<http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-download/en/#>

5 Reporting and learning subgroup of the European Commission PSQCWG. European Commission Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe. [Internet] European Commission. 2014. Disponible en:
http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_reporting_learning_systems_en.pdf