



ANEXO I HOJA 2

0	7	0	1	2	2	M
---	---	---	---	---	---	---

SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO MADRE-HIJO MEDIANTE CÓDIGOS Y GOTA DE SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL

A principios de mayo del año 2019 se implantó en las unidades de paritorio, obstetricia y neonatos el sistema de identificación del recién nacido madre-hijo mediante códigos y gota de sangre del cordón umbilical, a todos los partos asistidos en el Hospital Universitario San Pedro de Logroño.

Este nuevo sistema sustituye al de identificación mediante huellas dactilares plantares, y tiene como objetivos:

- Correlación positiva de vínculo madre-hijo en el momento del parto y del alta
- Permanente identificación de la estancia hospitalaria de ambos
- Documentar y acreditar que estos pasos se cumplan (HCE- Selene)

El sistema se compone de:

- 1 brazalete materno codificado
- 1 brazalete neonatal codificado
- 2 etiquetas adhesivas codificadas
- 1 pinza neonatal estéril codificada
- 1 documento muestra de sangre codificado

Todos ellos con el mismo código numérico, lo que proporciona mayor seguridad, minimizando errores en la identificación y por tanto intercambio de recién nacidos.

En este procedimiento interviene un equipo multidisciplinar integrado por:

- En paritorio: matronas, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, pediatras y ginecólogos
- En neonatos: enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, pediatras
- En obstetricia: enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, pediatras

Además, conlleva la implicación de la familia en el buen funcionamiento del procedimiento, ya que colabora en la permanencia de las pulseras durante toda la estancia hospitalaria hasta el momento del alta.

Desde el momento de su implantación, ninguna familia ha negado el consentimiento a esta nueva identificación, ni tampoco se ha registrado ningún error de intercambio madre-hijo.

Con este sistema de identificación el presupuesto anual estimado en fungible para 2000 partos al año es de aproximadamente 5000 euros anuales

RESUMEN PROCEDIMIENTO:

En la unidad de partos se asegurará la identificación del recién nacido.

Registrar el código de identificación materno-infantil en Selene

- Registrar el número de la pulsera identificativa
- Leer el código y verificar que sea correcto.

Anotar nombre y apellidos de la madre e “hijo de” en las pulseras de la madre y del recién nacido respectivamente.

En el **Paritorio** cuando nazca el bebé:

- Colocar la pinza de cordón con código idéntico y las dos pulseras identificativas en la muñeca de la madre y en el tobillo del hijo.
- Recoger 2 gotas de sangre del cordón,
- Comprobar que el código de las pulseras y pinza coinciden

UNIDAD DE OBSTETRICIA

- Verificar los códigos de la pinza, pulseras de la madre hijo e historia clínica.
- Realizar lectura de código pulsera
- Al alta retirar pinza y pulsera al hijo y pulsera a la madre comprobando la coincidencia de códigos

UNIDAD NEONATOLOGÍA

Al ingreso del neonato procedente de la Unidad de Partos u obstetricia vendrá éste con pulsera identificativa codificada, una pegatina codificada y pinza de cordón codificada.

- Realizar lectura de código pulsera
- Guardar pulsera en bolsa de plástico y colgarla en cabecera de dispositivo que ocupe, sea incubadora o cuna
- Comprobar que código numérico de pinza de cordón coincide con pulsera/pegatina.

Al alta del neonato:

- Realizar lectura de código pulsera en HCE/ Selene
- Entregar pulsera a padres al alta.

Con todo ello, el Hospital Universitario San Pedro de Logroño se une a la recomendación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que tiene la consideración de Buena Práctica Clínica en la “Guía de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio” del Ministerio de Sanidad.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE SE ADJUNTA: si es el caso, relacionarla a continuación y adjuntarla con el envío de la propuesta

Procedimiento

Se advierte que existe la obligatoriedad de presentar una comunicación de cada una de las propuestas seleccionadas para reconocimiento, durante la Celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente del 17 de septiembre de 2021.

0	7	0	1	2	1	M
---	---	---	---	---	---	---

ANALGESIA EPIDURAL CON BOMBA DE INFUSIÓN CONTROLADA POR LA PACIENTE (PCA) EN EL TRABAJO DE PARTO

En el año 2020 en el Hospital Universitario San Pedro de Logroño se implantó la administración de analgesia epidural con bomba de PCA, es decir, la administración controlada por la gestante en bolos intermitentes.

Este nuevo sistema tiene como objetivos:

- Disminuir el consumo de anestésico local favoreciendo un menor bloqueo motor
- Evitar la administración por vía IV de medicamentos destinados a la vía epidural
- Evitar la administración por vía epidural de medicamentos destinados a la vía IV
- Minimizar la posibilidad de infección por manipulación repetida del puerto del catéter epidural
- Aumentar la satisfacción maternal

Previo consentimiento informado se coloca por parte del anestesista el catéter epidural. Se conecta a una bomba de infusión de PCA, una mezcla de anestésico local y opiáceos preparada por Farmacia

Con etiquetas amarillas inequívocas, se marcan las bombas de infusión y se señalizan las terminaciones de los catéteres epidurales para diferenciarlas de las líneas de administración IV

Se programa la bomba de acuerdo al protocolo establecido, y se configuran los siguientes modos de administración:

- Tasa continua.
- Bolos intermitentes: cada 60 minutos
- Dosis PCA: a demanda por la paciente
- Límites de dosis PCA: permite configurar los límites de dosificación máximo y mínimo y cambiar el valor de la PCA
- Límite de bloqueo de PCA: permite indicar el tiempo que debe transcurrir antes de que la paciente pueda solicitar otra dosis
- Límite dosis máxima /hora: permite establecer el número máximo y mínimo de dosis

PCA /h con los valores programados

Se establece un sistema de doble chequeo independiente (anestésista y matrona) para la programación de las dosis de anestésicos y los intervalos entre bolos.

La bomba posee un programa predeterminado, pero la gestante tiene la posibilidad de administrarse bolos, con un límite máximo de dosis que garantiza la seguridad, impidiendo la toxicidad por sobredosificación.

En este procedimiento interviene un equipo multidisciplinar integrado por: anestésistas, matronas, farmacéuticos y enfermeras de Farmacia

Conlleva la implicación de la gestante al ser ella misma la que gestiona “la dosis de epidural extra” ajustando el analgésico a la intensidad del dolor que percibe, lo que incrementa la satisfacción de la mujer en relación con el alivio del dolor.

Desde el momento de su implantación no se ha observado ningún error de administración de medicamentos vía IV o vía epidural, y las gestantes han referido gran satisfacción con este nuevo sistema

Presupuesto anual: estimado en fungible para el 80% de los 2000 partos al año es de aprox. 25 600 euros anuales (1600 partos x 16 euros cada equipo de infusión para bomba de PCA)

Desde el punto de vista de seguridad y humanización del modelo de atención es una estrategia que minimiza la posibilidad de errores en la administración de medicamentos, tanto de dosis como vía de administración, de errores en el cálculo de las dosis y el mantenimiento de la asepsia en el espacio epidural.

La guía de práctica clínica (GPC) de NICE sobre la atención a la mujer intraparto plantea que la analgesia epidural controlada por la paciente o en bolos intermitentes administrados por los profesionales de la salud son los modos preferidos de administración para el mantenimiento de la analgesia epidural.



DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE SE ADJUNTA: si es el caso, relacionarla a continuación y adjuntarla con el envío de la propuesta

Procedimiento

Se advierte que existe la obligatoriedad de presentar una comunicación de cada una de las propuestas seleccionadas para reconocimiento, durante la Celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente del 17 de septiembre de 2021.

0	7	0	1	2	1	N
---	---	---	---	---	---	---

“MONITORIZACIÓN SEGURA-NEONATO CONFORTABLE”

La monitorización permanente de los signos vitales del neonato favorece a Enfermería la identificación temprana de complicaciones, facilitando intervenciones precoces, al tiempo que permite la evaluación de la respuesta a estas

Es por ello de vital importancia diferenciar los registros no reales por artefactos, o reconocer incidencias con los dispositivos de monitorización de los provocados por los neonatos en sí

- En 2019, se introdujo en la Unidad Neonatal del HSP de Logroño los *parches reflectantes* para la fijación de las sondas de temperatura en incubadora o cuna térmica, para sustituir a la sujeción de la sonda con esparadrapo de papel, más agresivo para la piel del neonato

La monitorización de la t^a cutánea, especialmente en pre-términos, es necesaria siempre, y más cuando se encuentran ubicados en dispositivos que regulan la t^a del aire, bien sea en incubadora o cuna térmica. A través de una sonda colocada sobre la piel, se registra su t^a, cobrando gran importancia la colocación correcta de esta sonda, evitando descolocaciones accidentales que darían datos erróneos, incluso en ocasiones sobrecalentándole innecesariamente

Objetivo: encontrar un sistema de sujeción de las sondas de t^a que resulte seguro para los neonatos, y minimice errores en la variabilidad de la t^a cutánea y del aire de la incubadora por descolocación accidental de la sonda, así como delicado con la piel en la colocación y retirada, y con las siguientes características:

- Reflectante: para evitar sobrecalentamiento cuando recibe calor directo (cuna térmica)
- Adhesivo: para conseguir buena fijación de la sonda
- Hidrogel: no agresivo con la epidermis de los neonatos
- Fácil retirada: permitiendo realizar varios cambios de lugar de colocación
- Desechable

La Enfermera tras la higiene de la piel, fija la sonda con el parche y lo coloca sobre la zona abdominal o espalda. Al realizar los cambios posturales, despega cuidadosamente y

recoloca la sonda en otros lugares.

Presupuesto anual: 880 euros

La valoración general del uso de los parches es muy favorable, reduciéndose errores de diagnóstico y aumentando el confort de nuestros pacientes

- En 2021, se introdujeron los protectores foam para los sensores de pulsioximetría

Todos los neonatos ingresados deben estar monitorizados con registro continuo de Fc y SO2 obligando a la vigilancia constante y a la atención de alarmas acústicas (reales o como consecuencia de interferencias)

Se observaban numerosas incidencias con la pulsioximetría en neonatos ictericos con Fototerapia continua: alarmas acústicas frecuentes por error de registro de curva, piel fría, etc. aumentando el trabajo y el gasto de sensores. Se objetivó la interferencia que producía la luz de la fototerapia sobre la luz led del sensor de la pulsioximetría, estando ésta protegida insuficientemente por la tira del sensor

Objetivo: encontrar un sistema de proteger el sensor de la luz de la fototerapia, que no ocupara gran superficie corporal para no interferir con esta, y que reuniera las siguientes características:

- cómodo
- manejable
- reutilizable
- efectivo, con cobertura total de la luz led

El presupuesto anual: 250 euros

Con su uso se ha detectado un mejor registro de la pulsioximetría, disminuyendo notablemente las incidencias y por tanto las alarmas acústicas, promoviendo un ambiente más tranquilo y favorecedor del descanso

Con la implementación de ambas medidas se demuestra que “cuidando” los dispositivos de monitorización, obtenemos registros más fiables y “cuidamos” mejor y con más calidad a nuestros neonatos



DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE SE ADJUNTA: si es el caso, relacionarla a continuación y adjuntarla con el envío de la propuesta

Se advierte que existe la obligatoriedad de presentar una comunicación de cada una de las propuestas seleccionadas para reconocimiento, durante la Celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente del 17 de septiembre de 2021.