

IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO Y MEDIDAS DE PREVENCION PARA EVITAR SU ROBO DE LAS MATERNIDADES

Parte I: Revisión bibliográfica

Dra. Celia Lomuto. Médica pediatra, neonatóloga. Secretaria del Comité de Docencia e Investigación del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Asesora del Departamento de Perinatología, Dirección de Maternidad e Infancia. MSAS.

Dr. Carlos Duverges. Médico tocoginecólogo. Consultor del Proyecto Naciones Unidas para el Desarrollo-PROMIN. MSAS.

Introducción

La Identificación de los Recién Nacidos (RN) y las medidas de prevención para evitar su robo de las Maternidades son temas que preocupan a todo el Equipo de Salud Perinatal.

Con motivo de normatizar la identificación del RN, y posteriormente, debido a la sanción de una nueva Ley sobre identificación por el Congreso, el Departamento de Perinatología de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (MSAS), realizó, entre otras acciones, una Revisión Bibliográfica sobre el tema, que es la que hoy se publica. Es nuestra intención continuar esta información, en una segunda parte, con el análisis de las leyes previas y actuales que rigen la identificación del RN en nuestro país.

Desarrollo

En la bibliografía consultada se evidencia que desde hace 30 años se cuestiona la utilidad de la toma de huellas plantares como método válido para identificar a los RN.

En la revista *Medical Record News*⁽¹⁾ de 1965, un integrante del Departamento de Policía de Chicago publica un trabajo donde relata que en 1964 se enviaron a esa Institución todas las muestras de impresiones plantares de RN tomadas en esa ciudad. Se encontró que *el 98% no tenían valor para identificar a los niños* porque el papel y la tinta eran inadecuados.

Se seleccionaron tipos de papel y tinta y se realizó un curso de entrenamiento al personal. La segunda investigación demostró que el 99% de las muestras eran útiles. Pero la policía de Chicago y el Departamento de Salud no consideraron en ese

momento que la toma de las impresiones plantares debían ser obligatorias...

En *Pediatrics* de 1966⁽²⁾, Shepard plantea que en los años anteriores se extendió el uso de las impresiones plantares de los RN en la Sala de Partos, pero que en ese momento esa técnica se está cuestionando y dejando de usar en muchos Hospitales de USA. El trabajo pretende analizar cuan satisfactoria es la técnica.

Se tomaron impresiones plantares de 51 RN en Sala de Partos y a las 5 a 6 semanas del nacimiento. Las enfermeras conocían la técnica pero fueron instruidas nuevamente. Los 102 sets de impresiones se enviaron al Departamento de Justicia, Departamento de Investigaciones Criminal e Identificación.

Los resultados establecieron que solamente 10 pares de impresiones servían para identificar a los niños. Se concluye que el hecho que sólo fueran utilizables el 20% de las muestras sirve de apoyo a que el método no es útil y resulta caro y se postula que la identificación con pulseras parece más adecuado.

El *Journal of the American Hospital Association* de 1966⁽³⁾, hace referencia a los dos momentos críticos de la identificación del RN: un momento inicial en la Sala de Partos y un segundo momento de verificación de la identidad al momento del alta. Ambos son importantes y uno depende vitalmente del otro, pero la mayoría de los Hospitales no le prestan atención al segundo. El momento del alta es crucial porque es cuando se determina si el sistema ha fallado o no.

Un sistema de identificación del RN debe proveer:

1. Correlación positiva del vínculo madre-hijo en el momento del parto y del alta.
2. Permanente identificación durante todo el tiempo que ambos estén en la Institución.
3. Documentar que estos pasos se cumplen.

Para cumplir estas recomendaciones se requieren dos tipos de identificación:

- La identificación con pulseras que es el elemento tangible que provee un elemento visual día a día mientras el niño está en el Hospital.
- La impresión plantar que provee un elemento menos tangible pero perdurable en el tiempo. Esta es efectiva luego de que el niño ha dejado el hospital y para el resto de su vida.

La identificación debe comenzar en la Sala de Partos colocando dos bandas idénticas en las muñecas o tobillos del RN. En las mismas se deben colocar información que asegure la positiva relación de la madre con su hijo, como el nombre de la madre, el sexo del niño, el número de código hospitalario de la madre y el día y hora de nacimiento. Muchos Hospitales colocan bandas con cierre inviolable y con el mismo número de código a la madre y el RN. Estas vienen unidas y se cortan para separarlas en el momento del parto. Este sistema brinda mucho mayor protección. Este número debe registrarse en las Historias Clínicas del niño y de la madre.

En el momento del alta se debe constatar que la pulsera de la madre y el niño tienen el mismo número. Se saca una sola de las dos pulseras del niño y se deja pegada en su Historia Clínica. Esto certificará que se constató la identidad. Este procedimiento debe ser controlado por la madre. Madre y niño deben dejar el Hospital con sus pulseras puestas.

Respecto a las impresiones recomienda que se tome la del dedo índice derecho de la madre porque resultan más legible que las del pulgar. Para el niño son mejores las impresiones plantares que las de las palmas o de los dedos.

En la década de los 80, aún continúa la controversia, así en *The Journal of Pediatrics* de Noviembre de 1981,⁽⁴⁾ se describe una investigación realizada en Syracuse, en conjunto con la State University of New York y el Crime Identification Section, The Syracuse Police Department.

Se obtuvieron 20 pares de impresiones plantares de RN de término en c/u de 5 nurseries de diferentes niveles (II o III). En cada una, las impresiones plantares fueron tomadas por enfermeras experimentadas a las que se les explicó detalladamente la técnica. Las impresiones fueron evaluadas por un policia dermatoglifista.

En una segunda fase del estudio, una enfermera entrenada por un policia dermatoglifista, obtuvo impresiones plantares de 20 RN prematuros de < 1.500 gr de peso al nacer. Las impresiones se obtuvieron poco después de nacer y un segundo set al alta, 4 a 8 semanas después. Múltiples muestras se realizaron en ambas oportunidades y se eligieron aquellas mejores para el análisis final. Las impresiones fue-

ron analizadas para comparar las iniciales y prealtas.

De las 100 muestras obtenidas de los RN de término, 89% fueron técnicamente inadecuadas para la identificación. En este grupo, 35% por tener mucha o poca tinta, 23% fueron borrones por haberse movido y 32% carecían de suficientes detalles. Del 11% técnicamente aceptable, sólo una impresión tenía todos los elementos necesarios para una identificación legal.

Ninguna de las impresiones iniciales de los prematuros pudo cruzarse correctamente con las muestras siguientes tomadas prealtas.

Se estimó un costo de US\$ 0,50 por procedimiento (incluyendo materiales, tiempo de enfermería, etc.). Se especula que si sólo a un 60% de los RN en USA en un año se les hubieran tomado impresiones plantares, esto representaría un gasto de US\$ 1.000.000.

Ninguna de las 400.000 impresiones tomadas en los 5 Hospitales que participaron en este estudio fueron utilizadas. En una investigación computarizada de la literatura legal, no se pudo encontrar ninguna instancia en que se hubiera utilizado una impresión plantar en una Corte para identificación.

El trabajo concluye que, a pesar de que se reconoce la importancia de establecer con certeza la identificación de los RN, la técnica de las impresiones plantares aparece como inadecuada para este propósito.

A pesar de que hay experiencias que con entrenamiento se mejora transitoriamente la utilidad del procedimiento, la experiencia realizada en este trabajo con los RN prematuros no lo confirma. Tampoco ha mejorado la técnica el uso de un papel y una tinta adecuada.

Parece más apropiado el uso de otros métodos para la identificación en el Hospital como las pulseras. Cuando la identificación se requiere para propósitos legales el grupo sanguíneo, el tipo de HLA y otras técnicas son mucho más adecuadas.

En *Pediatrics* de 1987⁽⁵⁾ se publica un trabajo en el que se encuestó a todos los Departamentos de Salud de los 52 Estados Americanos sobre las leyes que aseguran el cuidado neonatal. Dentro de ellos se consideró la identificación del RN. En todos ellos se requiere certificado de nacimiento. Sólo 19 Estados estipulan que se debe identificar el RN en el Hospital, 15 no especifican el tipo de identificación requerida, 4 especifican que se deben colocar pulseras y solamente New York requiere impresión plantar.

En la discusión del trabajo se comenta lo siguiente: "La identificación del RN con una pulsera en el brazo es un método fácil y posible apoyado por la Academia Americana de Pediatría. Si la impresión plantar fuera realizada en forma apropiada podría

ser un buen método de identificación. Pero más de 89% de esas impresiones son inidentificables debido a una técnica insatisfactoria. La práctica no recomienda esta técnica por la dificultad de la realización y por su mala relación costo-efectividad”.

Entrando en la década de los 90 la *American Academy of Pediatrics* y el *American College of Obstetricians and Gynecologists*, en sus *Guidelines for Perinatal Care*, 1992⁽⁶⁾ dicen:

“Identificación del recién nacido: mientras el RN esta en la Sala de Partos, se deben confeccionar dos pulseras idénticas indicando el número de admisión de la madre, el sexo del recién nacido, la fecha y hora de nacimiento y cualquier otra información específica que estipule el Hospital y se colocarán en la muñeca o la pierna del niño y de la madre. La enfermera de la Sala de Partos es la encargada de preparar y colocar rápidamente estas pulseras de identificación en el RN. Las impresiones plantares o de los dedos *no son métodos adecuados para la identificación de los pacientes*”.

En las *Clinical Pediatrics* de febrero de 1993⁽⁷⁾ se publica un trabajo realizado en la John Hopkins University School of Nursing que cuestiona las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAA) respecto a la identificación de los RN. Menciona la discordancia de opinión entre esta Academia y el National Center for Missing and Exploited Children que opina lo contrario.

Eligieron una muestra probabilística de 1.004 Hospitales del total (5.724) donde se producen nacimientos y se les envió un cuestionario preguntando sobre la metodología empleada para identificar a los RN. El 73,4% de los Hospitales (737) contestó el cuestionario en tiempo. En ellos se utilizaba la impresión plantar en el 85,6% de los casos y se tomaba una fotografía en el 3%. Se extraían muestras de sangre de cordón en forma rutinaria en el 41,2% de los casos, las que se guardaban de 1 día a 2 semanas luego del nacimiento.

La impresión plantar se usaba menos en New England y en los Estados del Pacífico así como en las nurseries de nivel II y III y en aquellas con más de 3.000 partos anuales.

Solamente 24 Hospitales (3,3%) reportaron el haber tenido la necesidad de identificar a un RN por algún problema. Solamente en nueve (37,5%) se había usado únicamente la impresión plantar y en el resto de los casos otros métodos. De esos 9 casos sólo 6 había sido útiles. El 33,3% de los casos se utilizó la determinación de DNA, siendo 7 útiles.

La conclusión del trabajo dice que, a pesar de las recomendaciones de la AAP, la técnica de la impresión plantar es “popular” en las nurseries de USA. Se citan los trabajos que demuestran los malos resultados de

esta técnica. A pesar de ello se termina diciendo que esta es una técnica “aceptable” para identificar a los RN. Recomiendan además la recolección rutinaria de sangre de cordón y su almacenamiento mientras el niño permanezca en el Hospital.

En octubre de 1994, el diario *The Toronto Star de Canadá*⁽⁸⁾, en un artículo a raíz de una reunión de la Asociación Internacional de Seguridad en los Sistemas de Salud, comenta: “El director de seguridad del Children’s Hospital of Eastern Ontario en Ottawa dice que los hospitales encuentran que la impresión plantar es un procedimiento caro y que frecuentemente el personal sólo obtiene borrones en vez de impresiones correctas”.

Barbara Snider del “Child Find Ontario” que desarrolla un programa para evitar el robo de niños, refiere que en los últimos 6 meses recorrió 18 Hospitales de Ontario y todos ellos habían dejado de usar las impresiones plantares.

El Editorial del *British Medical Journal*⁽⁹⁾ del 25 de marzo de 1995 enfatiza que la vigilancia y el entrenamiento del staff son las llaves para prevenir el robo de niños de los Hospitales. Medidas simples como colocar pulseras de identificar en el RN inmediatamente luego de nacer, requerir que todo el staff use tarjetas de identificación con sus fotografías, tener una política escrita de seguridad hospitalaria y educar al staff sobre los riesgos de los robos de niños, son las más útiles. Todos los ingresos a Pediatría, Neonatología y la Maternidad deben tener control policial, las recepcionistas deben preguntar a todos los visitantes su nombre y el de la madre a la que vienen a visitar. Ningún niño debe ser entregado por los padres a ningún personal del Hospital que no cuente con su identificación.

El diario *Los Angeles Times* del 30 de mayo de 1995⁽¹⁰⁾ informa que muchos Hospitales han mudado la maternidad del primer piso para limitar el acceso no autorizado. Comenta el uso de sistemas de alarma en pañales, muñecas, tobillo o cordón umbilical del RN comparando que trabajan en forma semejante a los shoppings o tiendas gastando hasta US\$ 80.000 en sistemas de seguridad.

Pero se enfatiza que sin el entrenamiento del staff o de los pacientes, los sistemas de seguridad pueden fallar: “la tecnología es sólo una herramienta”.

El libro de *Neonatología de Avery*⁽¹¹⁾, un clásico de la Neonatología, dice acerca de la identificación y la seguridad de los RN:

“Las impresiones plantares, palmares y de los dedos de los RN son los métodos tradicionales para documentar la identidad de un RN. Hay evidencias que estos métodos no son realizables, pero muchas regulaciones locales pueden solicitarlas.

Antes de dejar la Sala de Partos, cada niño debe ser identificado en su muñeca y/o tobillo con bandas que indiquen el nombre de la madre, el número de identificación hospitalaria de la madre y el niño y el día y hora de nacimiento. La madre puede tener una banda con idéntica información y el padre se puede incluir en esta norma. Cada vez que el niño es llevado a sus padres se deben verificar las bandas. Los padres deben constatar la identidad de cualquier persona que desee llevarse el niño de la habitación. Debido a la gran variedad de personal y visitas que hay en una Maternidad y Nursery, todo el Hospital debe tener estrictas medidas de seguridad para con los RN”.

En la R.O. del Uruguay, según nos refiere por una comunicación muy reciente por Correo Electrónico el Dr. Díaz Rosello del CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología)⁽¹²⁾, la toma de las huellas plantares son obligatorias pero esta consigna no se cumple bien. Han perdido credibilidad y no hay evidencias que tengan efecto preventivo para el error de identificación. Se utiliza una pulsera de plástico o de cinta de hilera escrita con tinta que se coloca a la madre y al niño en la Sala de Partos. El mejor método de identificación es no separar nunca al niño de su madre...

El *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonate Nursing* de Enero-Febrero 1992⁽¹³⁾ trae un muy completo trabajo sobre “Prevención del secuestro de Niños”.

Incidencia:

Desde 1970 a 1980 se reportó en EE.UU. un solo robo de niños de un hospital. Desde 1983 a 1991 hubo 63 casos.

Estos robos no se asocian a un área geográfica determinada, al tamaño de la comunidad o al tipo de hospital. Además estos hechos no aparecen como crímenes y en general sólo se reportan en los medios locales de prensa. Generalmente son actos individuales y desesperados cometido por una mujer que ha exagerado su necesidad de tener un niño.

La razón del aumento de los robos puede estar en la facilidad de acceso a las unidades de neonatología actualmente flexibilizadas.

Perfil del secuestrador de niños:

Usualmente es:

- Mujer de 15 a 44 años
- Recientemente ha perdido embarazos o es infértil.
- Generalmente está casada o vive en pareja y desea evitar que la abandonen.
- Considera al niño como propio una vez que lo ha robado

- Usualmente vive en la comunidad donde se produce el robo.

- En muchos casos, visita el Hospital antes del robo y pregunta detalles sobre los procedimientos y el trabajo en la Maternidad.

- Planea el robo pero no de un niño específico, cuando se le presenta la oportunidad toma al RN.

- Frecuentemente impresiona como una enfermera u otro personal del Hospital.

- Muchas veces es conocida del personal del Hospital o de los parientes de la víctima.

- Las mujeres con riesgo para robar niños suelen estar preocupadas por el tema del embarazo, el nacimiento, tienen sobrepeso, usan ropa de maternidad y simulan un embarazo, compran ropas para bebés, asisten a clases de parto.

Métodos de robo:

La mujer que roba un RN tiende a usar uno o dos métodos. En general impresiona como una enfermera que entra a la habitación de la madre y da una buena razón para llevarse al niño a la nursery como pesarlo o darle una vacuna. El 1983, el 57% de todos los robos en USA ocurrieron de esta manera.

El otro método habitual es entrar en la nursery cuando las enfermeras no están en el área inmediata. En un caso se desconectó el RN de un monitor y del oxígeno de la Unidad de Cuidados Intensivos y se retiró al niño antes que sonara la alarma del monitor.

Recuperación del niño robado:

La mujer que ha hecho creer a su familia y amigos que estaba embarazada, esta obligada a mostrar al niño. Este impulso se presenta como la mejor oportunidad para recuperar al niño, ya que los vecinos, amigos y otras personas de la comunidad logran verlo. Cuando los medios publicitan el robo y solicitan el apoyo para encontrarlo, en general se encuentran discrepancias en la historia contada por la mujer que lo robó y esto induce a la denuncia. La mayoría de los niños han sido localizados a no más de 30 km del Hospital y en el 90% de los casos fueron devueltos.

Estrategias para prevenir el robo de RN:

En todo el Hospital:

- Examinar y evaluar las salidas del Hospital y las áreas de gran tráfico de pacientes para implementar métodos de seguridad. (Cerrar con llaves las salidas lejanas, instalar sistemas de Circuito Cerrado de TV, colocar personal de seguridad).

- Alertar a todo el personal del Hospital para que notifique cualquier inusual investigación sobre los métodos de seguridad del Hospital, o sobre los RN y sus madres.

- Todo el personal del Hospital debe usar tarjetas de identificación con su fotografía. El staff del área perinatal puede agregar otros métodos de identificación (botón con un color determinado).
- Toda persona que deje el Hospital con grandes paquetes o bolsos, en sillas de ruedas o en forma sospechosa, debe ser interrogado.

En el área de Maternidad:

- Desarrollar una política de visitas que aumente la seguridad de la Unidad.
- Identificar a todos los neonatos usando brazaletes y tomando huellas plantares y tomando fotografías.
- No colocar los nombres de las madres y de los RN de manera que puedan ser vistos por cualquiera que ingrese a la Unidad.
- Confirmar la identidad de las personas que lleven a los RN a la nursery o a realizar procedimientos.
- Nunca dejar RN sin identificar o atender.
- Orientar a los padres sobre las medidas de seguridad. Entregar identificaciones a los padres y abuelos.
- Entrenar al personal en los procedimientos a seguir cuando se descubre el robo de un RN. La rapidez es crítica.

Se pueden utilizar nuevas tecnologías para reforzar la seguridad: sensores electrónicos en brazaletes y pañales de los RN.

Educación de los padres:

Los padres deben ser instruidos para que nunca entreguen su RN a personas desconocidas o que no cuenten con los mecanismos de identificación correspondientes. En ese caso es preferible que lleven personalmente el niño a la nursery.

Si ocurre un robo en el Hospital:

Se debe alertar lo más rápido posible al personal de Seguridad del Hospital. Estos deben llamar a la policía local inmediatamente. Se debe investigar las salidas del Hospital y los alrededores, vigilar ascensores. Se debe llamar al Director del Hospital para ponerse en contacto con los medios de difusión.

Una enfermera y/o personal de seguridad, debe ponerse a disposición de los padres del niño robado para evitarles contactos estresantes con los medios de comunicación o con otras personas. Se debe alertar a los telefonistas sobre posibles llamados referidos al robo del niño. Si esto no es posible, un vocero debe ser el encargado de contestar el teléfono y de responder a los medios.

Recalcar al personal que la recuperación del niño depende de la colaboración entre el personal, la

policía y los medios locales.

Se debe llevar cada niño con su madre y explicar la situación a todos los padres.

John Rabun, Presidente del National Center for Missing and Exploited Children de USA, en la "Guía para prevenir robo de niños para profesionales de la salud"⁽¹⁴⁾ y en un Memorandum de Mayo 2 de 1995 informa lo siguiente:

El problema:

Robo de niños de 1983 a 1995:	Total	147
En Servicios de Salud:	87	
En la habitación de la madre:	49	(56%)
En la nursery	13	(15%)
En Pediatría	15	(17%)
En otros lugares	10	(12%)
En la casa:	47	
En otros lugares:	13	
Recuperados:	138	
Aún perdidos:	9	

En USA se estiman 12 a 18 robos por año con 4.200.000 nacimientos por año en 3.500 lugares. Esto da una incidencia del problema de 1 robo cada 150.000 a 350.000 nacimientos.

Métodos de identificación

De los 87 casos de robos en Servicios de Salud, en 42 se utilizó un único método de identificación (48,2%):

Impresiones plantares _____	15 (35,7%)
Test de sangre _____	7
Identificación visual _____	11
Confesión del ladrón _____	4
Fotos _____	1
Identificación del ladrón _____	1
Marca de nacimiento _____	1
Pulsera en la muñeca _____	2
	42

En 34 (34/87: 39%) casos se utilizaron varios métodos:

Identificación visual y confesión del ladrón _____	7
Impresiones plantares y test de sangre _____	3
Identificación visual y pulsera _____	8
Impresiones plantares e identificación visual _____	4
Impresiones plantares e identificación visual y sangre _____	1
Impresiones plantares y fotos _____	1

Impresiones plantares e Historia Clínica	1
Impresiones plantares y marca de nacimiento	1
Impresiones plantares, clamp y descripción del niño	1
Test de sangre y marca de nacimiento	1
Test de sangre y clamp	1
Autoanticuerpos (AcP), confesión del ladrón	1
Fotos, forma de atar el cordón y del ladrón y confesión del ladrón	1
Descripción del ladrón, confesión de su pareja	1
Identificación visual, pulsera, ropas del Hospital	1
Identificación visual, fotos, marca de nacimiento	1

De los 87 casos quedan 11 aún pendientes.

De los 76 casos en que se demostró la identidad, se usaron las huellas plantares en forma única en el 19,7% de los casos, y si se le agrega su uso en forma combinada se llegó a un 34,2%.

El ladrón:

El perfil es similar al descrito anteriormente. Se agrega que parecen mujeres “normales” pero compulsivas y con baja autoestima.

Generalmente actúan solas o con cómplices que ignoran serlo, ya que creen que su mujer o pareja ha tenido o adoptado a ese niño y las defienden vehementemente de los esfuerzos legales para la devolución.

Generalmente las mujeres no tienen antecedentes policiales y cuidan amorosamente al niño robado.

Guía para los profesionales de la salud

1. General:

La seguridad de los RN descansa en tres pilares:

- Un programa de seguridad
- Educación de los profesionales, padres y personal de seguridad.
- Coordinación de varios elementos de seguridad físicos y electrónicos.

Los dos primeros pueden ponerse en marcha inmediatamente en todos los Hospitales.

Las encargadas de enfermería son las profesionales con mayores condiciones para liderar las acciones.

Los elementos electrónicos de seguridad son herramientas que ayudan a salvaguardar a los niños.

Hay varias tecnologías:

- Brazaletes con alarma
- Circuitos cerrados de TV
- Control de los accesos

Estos elementos no sólo sirven para prevenir los robos sino que también para documentar y detener el ladrón, así como para detectar fallas del sistema.

Todos deben estar alertas a personas con conductas inusuales: personas que visitan la unidad “sólo para ver a los niños”, o que preguntan acerca de los procedimientos tales como: “A qué hora sirven la comida”, “Cuándo llevan los niños a las madres”, “Dónde está la salida de emergencia”, “Hasta qué hora se pueden quedar las visitas”.

Se debe estar atentos a disturbios creados en otras áreas para facilitar la distracción del personal (incendio en un ropero, etc.).

2. Medidas activas de prevención

- 2.1. Se debe tener una política escrita de prevención del robo de niños.
- 2.2. Antes de retirar un RN de la Sala de Partos (o antes de las 2 hs. de vida) se debe:
 - poner pulsera de indentificación con idéntico número a la madre y al niño.
 - tomar impresiones plantares al niño.
 - fotografiar al niño (fotografías instantáneas)
 - realizar un examen físico detallado del niño dejándolo por escrito enfatizando “marcas de nacimiento”.

Estos elementos (impresiones plantares, foto, examen físico y número de código de la pulsera) deben quedar en la Historia Clínica del niño. Una copia de esta información se debe dar a los padres.

Se puede guardar sangre de cordón hasta el día después de que el RN se haya ido de alta para eventuales determinaciones de DNA. Este es un método caro, que tarda 6 semanas.

- 2.3. Todo el personal debe usar una tarjeta identificatoria con fotografía. El personal en contacto directo con los niños puede usar un segundo elemento identificatorio que se dará a conocer sólo a los padres.
- 2.4. Distribuir a los padres “Guías para evitar el robo de los niños”
- 2.5. Todo el personal debe recibir entrenamiento para proteger a los niños de robos, procedimientos preventivos, plan de respuesta a incidentes, etc.
- 2.6. Para transportar a los niños de un área a otro: Sólo personal autorizado con identificación co-

responsable podrá transportar a los niños. Los niños serán llevados a las madres de a uno y no en grupos. No se dejarán en los halls sin supervisión.

Los niños no deben ser llevados en brazos, sólo en cunas rodantes.

- 2.7. Se debe estar seguro que los RN siempre están controlados por una enfermera, la madre u otro familiar designado por la madre.
- 2.8. No colocar los nombre de la madre o el niño en lugares visibles para las visitas. No colocar estos nombres en las cunas de los niños.
- 2.9. Establecer una vigilancia efectiva en la entrada del área de Maternidad, Nursery y Pediatría. Preguntar a qué madre se va a visitar. Si ese dato se desconoce no permitir el ingreso.
- 2.10. Antes del alta del RN controlar las pulseras del niño y de la madre y verificar su coincidencia.
- 2.11. No publicar en los medios de difusión los nombres de los padres y/o el niño RN ni su TE o dirección. Estos datos facilitan el robo luego del alta.
- 2.12. Cuando se implementan visitas domiciliarias, el personal debe usar otro tipo de tarjetas identificatorias, sólo conocidas por los padres.

3. Medios físicos de seguridad

- 3.1. Desarrollar una política escrita de métodos de seguridad, preferentemente elaborada por un experto.
- 3.2. Instalar alarmas en todas las puertas de salida y escaleras de la nursery, maternidad y pediatría.
- 3.3. Todas las puertas de la nursery deben cerrarse automáticamente y abrirse bajo estrictas medidas de control.
- 3.4. Colocar cámaras de video semejantes a las usadas en los bancos, que monitoreen la actividad de los halls y pisos de maternidad y nursery, especialmente en ascensores, escaleras, etc..
- 3.5. Considerar detectores de alarmas de pulseras de RN.

4. Plan para cuando se produce un robo

- 4.1. Tener un plan escrito para dicha circunstancia.
- 4.2. El tiempo es crítico. Inmediatamente se debe interrogar a la madre del niño que se sospecha se ha robado.
- 4.3. Llamar inmediatamente al servicio de seguridad u otras autoridades designadas.
- 4.4. Proteger el área donde se produjo el robo para

preservar evidencias legales.

- 4.5. Llevar a los padres del niño robado a una habitación privada y acompañarlos todo el tiempo para protegerlos del contacto estresante de los medios y otras interferencias.
- 4.6. Se debe explicar a las otras madres lo sucedido y hacer que cada una esté con su hijo.
- 4.7. Se debe ofrecer un contacto personalizado a las madres que se van de alta.
- 4.8. El staff, especialmente de enfermería, puede sufrir una situación de estrés a raíz del robo, por lo que la Enfermera Jefe debe organizar un grupo de discusión en el que todo el personal afectado pueda ser escuchado.

Personal de seguridad:

- 4.9. Instituir inmediatamente el control de las entradas y salidas del Hospital.
- 4.10. Controlar el área del secuestro
- 4.11. Llamar inmediatamente a la policía local.
- 4.12. Nombrar un vocero para informar a los medios de prensa y tratar de que no se invada la privacidad de la familia.
- 4.13. Solicitar la descripción del ladrón y del niño a la madre y personal del área. (Consignar sexo, edad aproximada, raza, peso, talla, cabellos, ojos, ropas, características inusuales, etc.)
- 4.14. Considerar de designar una línea telefónica para llamados de la comunidad.
- 4.15. Llamar a los medios de comunicación. Los niños en general son encontrados por la presión de los mismos.
- 4.16. Preparar una gacetilla escrita para los medios.

Un muy reciente trabajo de Unger y Strauss publicado en el *Journal of Perinatology* de febrero de 1995⁽¹⁵⁾, comienza comentando que las impresiones plantares y las fotografías no son métodos efectivos o fácilmente realizables para la identificación de los RN, cuando se cuestiona o se desconoce la identificación.

Las fotografías parecen más adecuadas cuando se combinan con el uso de pulseras o peculiaridades del examen físico.

Las recomendaciones de guardar sangre de cordón para determinar posteriormente DNA, implican mucho costo y gran tiempo del personal. Además, la determinación de DNA requiere mucho tiempo (más de 4 semanas) y en estos casos la rapidez del resultado es muy importante.

El trabajo analiza la determinación de autoanticuerpos de la madre, Antibody Profile Assay, AbP, (que son únicos y específicos de cada persona) y los mismos en el RN. Estos anticuerpos pasan la placenta y perduran en el niño hasta el año de vida. La

comparación entre las bandas de anticuerpos de la madre y el niño asegura el vínculo entre ambos. La determinación dura 1 hora. No es necesario haber guardado sangre del niño porque la referencia es la madre. El costo de la determinación es de una fracción comparado con el costo de DNA. Sólo se necesita una gota de sangre.

Existen otros métodos de identificación en EE.UU., como son los siguientes:

- Simil Tatuajes indelebles al agua:⁽¹⁶⁾ Son obleas autoadhesivas que se pueden encargar en diferentes tamaños y dibujos, que se colocan a madre y niño en el momento del nacimiento. Son indelebles al agua, por lo que se asegura su permanencia por lo menos hasta luego del alta de la Maternidad. Su costo es reducido y disminuye a medida que se compra una mayor cantidad:

10.000 c/u U\$S 0,65
 100.000 c/u U\$S 0,19
 1.000.000 c/u U\$S 0,06

- Sellos con tinta invisible:⁽¹⁷⁾ Similares a los que se utilizan a la entrada de Disney World o algunas discotecas. Se debieran tener sellos con códigos que vayan cambiando para cada pareja de madre-hijo. Exige contar con una lámpara de luz fluorescente para poder visualizar los sellos, ya que son invisible a simple vista. El costo es muy reducido:

10.000 aplicaciones U\$S 10,15; c/u U\$S 0,01

- Kleen-print:⁽¹⁸⁾ sistema para identificar en forma limpia. Consiste en tarjetas con tinta incorporada que no mancha la piel que se imprime para identificar. Cada una de ellas es descartable luego de usarse una vez. Logran impresiones mucho más claras. Tiene un costo más elevado que el tradicional rodillo y tinta que se usan habitualmente.

Caja con 25 unidades: U\$S 70
 6 o más cajas: U\$S 60 c/u

- Pulseras identificatorias con código:⁽¹⁸⁾ Juegos de pulseras plásticas con cierre inviolable que vienen unidas, una más grande para la madre con una o dos para el RN. Existen en distintos colores (blanco, rosa, celeste). Cada una de ellas tiene un código numérico igual.

1 caja con 150 unidades: U\$S 140 + IVA.

- Juego de pulsera para la madre y clamp para el RN con idéntico código. Ambos elementos vienen unidos con una banda plástica que se corta en el momento del nacimiento y que además puede utilizarse para anotar datos del RN o su madre. Son fabricados en Bahía Blanca, Argentina.

Como métodos físicos de seguridad⁽¹⁹⁻³⁷⁾ se plantean múltiples sistemas: sensores electrónicos en las pulseras para el RN, o que se colocan en el clamp o en pañales. Exigen contar con "pedestales" que se colocan en las puertas de salida para controlar la salida de niños a los que no se les ha retirado el sensor. Existen en nuestro país empresas que proveen a bajo costo estos sistemas de seguridad:⁽³⁸⁾

Pulseras	\$ 1 c/u
Sensor	\$ 0.012 c/u
Pedestal	\$ 170 alquiler mensual

Conclusión

Surge claramente, que en el nacimiento hay tres circunstancias que son diferentes, e implican acciones distintas:

1. Por un lado, asegurar la *integridad del binomio madre-hijo*, o sea certificar que tal niño es hijo de tal madre porque se lo vio nacer de ella, e impedir que este binomio se rompa por error o por dolo mientras ambos se encuentran en la Maternidad.
2. Por otra parte, la identificación del RN, hecho que tiene relación con la Identidad de las Personas y es de utilidad para la vida del nuevo ser fuera de la Maternidad y para toda la vida.
3. Evitar el robo de niños en las Maternidades o luego del alta y poder asegurar la identificación del niño recuperado.

En el primer caso, es necesario y suficiente la colocación de pulseras codificadas o no, o juego de clamp y pulseras o tatuajes o sellos que serán los elementos tangibles que permitan verificar, día a día, la integridad del binomio madre-hijo, y que éste se mantiene en el momento del alta. No requieren de personal especializado para su verificación porque bastará con constatar que ambos códigos, en las pulseras, en los tatuajes o los sellos, son iguales. Permite la participación de los padres en el control. Es además, muy importante, que la madre y el padre *vean* al RN inmediatamente luego de nacer.

En el segundo caso, se debe asegurar la identidad del RN y para ello será necesario la toma de huellas plantares, la realización de fotografías y la entrega de su Documento de Identidad. Exige personal entrenado para su realización y elementos muy específicos: tinta y papel especial, etc.

Por último, para evitar el robo de niños, se deben implementar medidas de seguridad muy bien detalladas, que además de normativas claras pueden incorporar medios electrónicos de seguridad como sensores colocados en las pulseras, o en el clamp del cordón, o en los pañales, cámaras de TV de circuito cerrado, etc.

Para identificar a niños recuperados o de los que se sospecha han sido cambiados, se puede agregar la determinación de Grupos sanguíneos (bajo costo pero baja especificidad), ADN (alto costo, altísima especificidad –99,9%– pero con resultados que tardan entre 4 a 6 semanas) y los más nuevos AbP de más bajo costo y resultados más rápidos. Para la determinación de ADN puede ser útil guardar sangre de cordón del RN.

Desde hace tiempo se cuestiona la utilidad de la toma de las impresiones plantares del RN como método de identificación en la Sala de Partos, y como vimos son varios los trabajos que evidencian sus falencias.

En USA, hay dos posturas bien definidas, una, liderada por la Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, que no recomiendan su uso y otra sustentada por el Center for Missing and Exploited Children, con su Director Jhon Rabun como vocero, y el Federal Boureau of Investigation (FBI)⁽³⁹⁻⁴¹⁾ que insisten en la importancia de su realización en la Sala de Partos, aunque agregan que las huellas pueden ser tomadas hasta dos horas luego del nacimiento.

Tal vez, la solución se encuentre al delimitar responsabilidades y funciones en cada uno de estos estadios:

1. Para asegurar la integridad del binomio madre-hijo, el responsable es el Sector Salud, que deberá utilizar métodos ya comentados (pulseras, tatuajes, participación de los padres, etc.)
2. Para la identificación definitiva del RN, el responsable debe ser el Registro Nacional de las Personas, que deberá tomar las huellas plantares, la fotografía y confeccionar el Documento de Identidad de ese nuevo ser, lo más cercano posible al nacimiento.
3. Para evitar el robo de niños, el responsable es el Sector Salud, que debe cumplir con las medidas de seguridad ya comentadas. En caso de consumarse un robo, debe asistir en su ayuda la Policía y los medios de difusión. Para confirmar la identidad del niño recuperado se deben utilizar la determinación de los Grupos sanguíneos, o ADN o AbP y las huellas plantares y fotografías.

Agradecimiento

A la Profesora Elena Blair, que desde USA, colaboró activamente en la búsqueda bibliográfica del material, así como en la consulta a las Empresas fabricantes de distintos métodos de identificación.

Bibliografía

1. Wierschem J. Know them by their feet. Medical Record News. June 1965: 158-160, 168.
2. Shepard KS, Erickson T. and Fromm H. Limitations of footprinting as a means of infant identification. Pediatrics, 1966; 37: 107.
3. Gleason D. Tightening the loopholes in newborn identification. Journal of the American Hospital Association. August 1, 1966.
4. Thompson JE, Clark DA, Salisbury B, Cahill J. Footprinting the newborn: not cost-effective. J Pediatr 1981; 99: 797-8.
5. Carabella SJ, Clark DA, Dweck HS. Health Codes for Newborns Care. Pediatrics, 1987; 80 (1): 1-5.
6. American Academy of Pediatrics. Maternal and fetal medicine: Guidelines for perinatal care. 3er. Ed. Elk Grove Village, Illinois, American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologist, 1992: 93.
7. Butz AM, Oski FA, Repke J, Rosenstein BJ. Newborn identification compliance with AAP Guidelines for Perinatal Care. Clin Pediatr 1993; 32: 11-3.
8. Millar C. Footprinting of newborns crucial, security experts say. The Toronto Star, Octubre 29, 1994.
9. Stephenson T. Abductor of infants from Hospital (Editorial). British Medical Journal 310 (6982): 754-755, 1995 March 25.
10. Los Angeles Times. Mayo 10, 1995.
11. Avery G, Fletcher MA, Mac Donald MG. Neonatology. Pathophysiology and management of the newborn. 4th. Edition. 1994: 302.
12. Díaz Rosello J. Identificación del RN en Uruguay. Comunicación por E-Mail. 31/7/95.
13. Beachy P, Deacon J. Preventing neonatal kidnapping. JOGNN (Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonate Nursery). 21 (1); 12-16, 1992.
14. Rabun JB. For healthcare professionals: Guidelines on preventing infant abductions. Arlington, Virginia. National Center for Missing and Exploited Children, 3rd. Edition, 1993.
15. Unger TF and Strauss A. Individual-Specific antibody profiles as means newborn infant identification. Journal of Perinatology. 15 (2): 152-155, 1995.
16. Procyon. Custom press-on tattoos. (Simil tatuajes) Fax 31/7/95.
17. UVP, Inc. UVP's A-800 invisible ink fluorescent. Fax 9/8/95.
18. Medix. Información personal y folletos.
19. The New York Times. Febrero 8, 1991. Hospital Using Wrist Sensors to Protect Patients.

20. Hospital Security. Healthcare Fortifies Against Infant Abduction, Liability. Security, January 1991.
21. That's My Baby! Cosmopolitan, January 1991: 40.
22. Patients will wear wrist monitors at Central Hospital's nursing home. Hospital News, March 1989.
23. Gehorsam J. Inventor's brainchild helps monitor movements of patients apt to wander. The Atlanta Journal, May 3, 1990.
24. King M. Keeping newborns protected. Sun Sentinel. April 16, 1994.
25. Dextrateur CC, Godfrey TM. A badge of Security. Maternal Child Nursing. 1991; 16: 175-176.
26. Le Croy M. Infant Kidnaapping a Top Hospital Security Concern. Hospital News Gulf Coast. Nov. 1992.
27. Lyons T. Caution overdone on joyous notices? Sarasota Herald Tribune, Oct. 15, 1992.
28. Look C.A. Restrict news about newborns. Sarasota Herald Tribune, Nov. 15, 1992.
29. USA Today, March 31, 1992. Stork Leaves no Calling Card.
30. Tag Looping and Target Hardening for Infants. Security, June 1993: 73-74.
31. Martin S. Taking Care of Baby Security, May 1992; 29: 66.
32. Aldridge GM. Protecting Hospitals against infant abductors. Security Management, May 1995: 61-64.
33. Alarm Call. Nursing Times. 1994; 90: 18.
34. A Mother's nightmare. Nursing Times. 1992, 88: 18.
35. Davis P. Other precautions to protect newborns. Registered Nurse, 1992; 55: 13.
36. Godwin TC, Simmons J. Taking charge. Our simple system keeps newborns safe. Registered Nurse, 1991; 51: 17-8, 20.
37. Good Samaritan Hospital. Cincinnati, Ohio. Perinatal Policy Procedure. Infant Transponder System and Infant Abduction Flow Chart, Dec 1994.
38. Sensormatic World Corporation. Sistema Normatic. Comunicación telefónica. Agosto 1995.
39. Footprinting of infants. FBI Law Enforcements Bulletin. October 1966.
40. Lohnes R. Reading the fine print. American Journal of Nursing. Sep. 1986.
41. Stapleton ME. Infant footprint. FBI Law Enforcement Bulletin, Nov. 1994: 14-17.

**ES PRUDENTE TENER PRESENTE
QUE NI EL ÉXITO NI EL FRACASO SON DEFINITIVOS.**

ROGER BABSON