

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

Dr. Fabián Vítolo
Médico - NOBLE S.A.

>>> ■ La identificación incorrecta de pacientes continúa dando como resultado errores de medicación, errores en la transfusión, errores de laboratorio, procedimientos en la persona incorrecta y altas de bebés que se entregan a las familias equivocadas.(1) Una mala identificación puede incluso llegar a tener consecuencias fatales. Se trata de un problema generalizado a nivel mundial y que ocurre con una alarmante regularidad. El impacto de este error es tal que la correcta identificación de los pacientes ha sido definida por la Comisión de Acreditación de los Estados Unidos (Joint Commission) como el objetivo nacional de seguridad de los pacientes Nº1, y es la piedra angular en la cual se basan los otros objetivos.(2) La Organización Mundial de la Salud también tiene a la correcta identificación dentro de sus primeras prioridades para avanzar en la seguridad de los pacientes.(3)

Entre los muchos procesos y procedimientos expuestos a este riesgo se incluyen el proceso de admisión, la administración de medicamentos, procedimientos invasivos, quimioterapia, transfusiones, inyección de material radiactivo, extracciones sanguíneas y el etiquetado de piezas de anatomía patológica. Los servicios más expuestos son los de neonatología y emergentología.(4) (5) El potencial para equivocarse de paciente es mayor en la atención de pacientes agudos, donde una gran cantidad de intervenciones son llevadas a cabo por personal que trabaja en distintos turnos y lugares dentro de una misma institución. Estos errores reconocen muchas causas potenciales:

defectos en las normas y procedimientos al respecto, falta de cumplimiento de normas apropiadas, nombres de pacientes iguales o parecidos, historias clínicas duplicadas, inadecuado registro en las etiquetas o pulseras que identifican a los pacientes, fallas en la comunicación y falta de procesos automáticos.(6)

Magnitud del problema e impacto

La literatura científica sobre la magnitud de este problema es cada vez más abundante. Entre noviembre de 2003 y julio de 2005, la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente del Reino Unido denunció 236 incidentes relacionados con la pérdida de pulseras o pulseras con identificación incorrecta.(7) En un período de tres años se denunciaron al Centro Nacional para la Seguridad del Paciente del Dto. de Veteranos de los EE.UU más de 100 eventos adversos vinculados a una incorrecta identificación de los pacientes.(8) Un análisis de los errores de medicación reportados durante al año 2003 a MEDMARX (sistema voluntario de reporte anónimo de errores de medicación de la Farmacopea de los EE.UU), reveló que, sobre un total de 218.347 errores de medicación notificados, cerca del 5% (10.647) se debieron a la administración de la droga al paciente incorrecto. El 1,5% de estos errores resultaron en algún tipo de daño (160 pacientes).(9)

Pese a estos hallazgos, la mayoría de los analistas sostienen que estas bases de datos, alimentadas

por la notificación voluntaria de los profesionales no alcanzan a capturar el número real de procedimientos realizados en el paciente equivocado. Los estudios muestran que los profesionales de la salud reportan solo un pequeño porcentaje del número real de errores.(10)

Los neonatos se encuentran particularmente expuestos al riesgo de una incorrecta identificación.(11) El 11% de todos los errores notificados por 54 unidades de terapia intensiva neonatológica a otro sistema voluntario de reporte fueron errores de identificación. Otro hospital que estudió el riesgo de una inadecuada identificación en neonatología concluyó que no había un solo día en el cual el servicio estuviera exento del mismo. Las causas más comunes de estas equivocaciones estaban vinculadas a similitudes en los identificadores estándares que utilizaban, tales como apellidos idénticos o similares o números de historias clínicas parecidos. En dicho servicio, durante más de un tercio de los días/paciente se encontraban internados mellizos, trillizos o bebés con el mismo apellido. Esta última situación plantea un desafío especial, ya que en las pulseras de los mismos aparecerán el mismo apellido y la misma fecha de nacimiento, exigiendo de las enfermeras una especial concentración para no equivocarse.

Los errores de identificación transfusionales, por otra parte, tienen un fuerte paralelo con los errores en la administración de medicamentos.(12) En esta área, los problemas de identificación vienen siendo estudiados por décadas y continúan siendo el peligro más serio y evitable.(13) Pese a las mejoras técnicas en las pruebas de compatibilidad, las transfusiones ABO incompatibles continúan ocurriendo en un rango que va aproximadamente entre 1:600.000 y 1:800.000, con casi dos docenas de accidentes fatales en los Estados Unidos por año.(14)(15) Un estudio del estado de Nueva York estimó índices aún más altos: según el mismo, 1 cada 12.000 transfusiones involucraban la administración de un hemoderivado que estaba destinado a otro paciente o con un grupo incorrecto.(14) La inadecuada identificación del paciente representa la causa más común de transfusiones incompatibles, representando entre el 46% y el 57% de estos

casos.(14)(15) Afortunadamente, el 90% de los errores de identificación en transfusiones son “casi accidentes” (near misses) que son interceptados y no terminan produciendo daño. Sin embargo, en un 10% de los casos el evento es detectado luego de la transfusión, a veces con consecuencias mortales.(16)

Análisis de casos de incorrecta identificación

Caso1: No asuma que el error está en los papeles

Una ginecóloga removió los ovarios de una paciente equivocada luego de haber obtenido el consentimiento de esa paciente para realizar sólo una histerectomía vaginal. El error involucró a dos pacientes con el mismo apellido, las cuales fueron evaluadas por la misma ginecóloga quien fue a su vez la encargada de obtener sendos consentimientos informados. Una paciente fue programada sólo para histerectomía vaginal y la otra para la remoción bilateral de ovarios. El día de la cirugía, la ginecóloga realizó un checklist preoperatorio de seguridad con el personal de quirófano para garantizar la correcta identificación de la paciente y del procedimiento. Durante el proceso, la circulante a cargo observó una discrepancia entre la cirugía programada para el día (remoción de ovarios) y la información contenida en el formulario de consentimiento informado, que autorizaba a realizar una histerectomía vaginal. Confiando exclusivamente en su memoria de las visitas de la paciente a su consultorio, la ginecóloga estaba convencida de que a esta paciente le había indicado la ooforectomía y asumió que la información contenida en el formulario era errónea y que se debía a un error administrativo. Persuadió al resto del equipo quirúrgico a proceder a la cirugía. Luego de la misma, la cirujana se dio cuenta de su error y asumió toda la responsabilidad, informando al paciente y reportando el incidente a la administración del hospital y a las autoridades médicas de su distrito.(17)

Caso 2: Pregunte al paciente su nombre

En un centro de cirugía ambulatoria, un anestesiólogo verificó la identidad que figuraba en la pulsera de una paciente a punto de ser intervenida y alertó a la enfermera circulante de que se trataba de una paciente equivocada. Todos los papeles y estudios que acompañaban a esta paciente pertenecían al próximo paciente de la lista quirúrgica. La enfermera quedó muy sorprendida de haber llevado a quirófano a una persona con la historia clínica de otra, sobre todo luego de haberle leído a la paciente en voz alta el nombre y el procedimiento que figuraban en la historia clínica habiendo recibido su confirmación. Este “casi accidente” fue el resultado de que fuera la enfermera quien enunciara el nombre de la paciente en lugar de ser la misma paciente quien dijera su nombre y apellido. También falló en el chequeo de la pulsera (algo que sí hizo el anestesiólogo). Aparentemente la mujer estaba tan ansiosa que asentía y confirmaba cualquier cosa que se le dijera. Una mejor práctica consiste en decir, por ejemplo: Por favor, dígame su nombre y apellido y cuál es el procedimiento que se la va a realizar.(18)

Caso 3: Chequee que la pulsera del recién nacido se corresponda con la de la madre

Un recién nacido fue amamantado por una paciente de maternidad que no era su madre. Esta paciente y la madre del niño tenían el mismo apellido. La equivocación ocurrió porque el personal de enfermería no verificó que la información contenida en la pulsera del bebé coincidiera con la información contenida en la pulsera de la madre. La pulsera del recién nacido tenía sensores internos que alertaban al personal en caso de intento de secuestro, pero no en caso de errores de identificación. Dado que el amamantamiento cruzado aumenta el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas, se le debieron realizar al neonato análisis clínicos por protocolo.(19)

La importancia de utilizar como mínimo dos identificadores

Desde el año 2003, la correcta identificación de los pacientes es uno de los Objetivos Nacionales de Seguridad de los pacientes establecidos por el organismo encargado de acreditar a los hospitales norteamericanos (Joint Commission).(2) Todas las instituciones acreditadas deben demostrar las mejores prácticas para cumplir con este objetivo. El primer requisito es que los responsables de la atención utilicen como mínimo dos identificadores para verificar la identidad del paciente (ej: nombre y fecha de nacimiento). Esta verificación debería hacerse siempre antes no sólo de cirugías o tratamientos invasivos, sino también cuando se administran medicamentos o hemoderivados o se toman muestras de sangre o de material para enviar a laboratorio. Por otra parte, el etiquetado de las muestras debería realizarse en presencia del paciente sólo después de haberla obtenido. El pre etiquetado de los recipientes es considerada una práctica poco segura

La utilización de al menos dos identificadores aumenta la fiabilidad del proceso de identificación del paciente y garantiza la adecuada correspondencia entre el servicio/tratamiento a brindar y el individuo para el cual están destinadas estas acciones. Cada uno de los identificadores debe estar directamente asociado con el individuo y los mismos identificadores deben encontrarse en las etiquetas de los medicamentos, tubos o frascos de muestras, hemoderivados, etc. (20)

De acuerdo a la Joint Commission, nunca deben utilizarse como identificadores el número de habitación ni la localización del paciente. Estos no son identificadores específicos de una persona, ya que los pacientes pueden ser trasladados o bien puede haber más de un paciente asignado a una habitación. Para las instituciones acreditadas los únicos identificadores aceptables son:

- Nombre y Apellido
- Número de identificación específicamente asignado (ej: N° de historia clínica)
- Fecha de nacimiento
- Número telefónico

- Dirección
- Fotografía

En la norma se resalta que el verdadero identificador es la información específica de la persona y no el medio en el cual esta información aparece. Por eso, dos identificadores pueden encontrarse en el mismo medio (etiquetas, pulseras, etc).

El requerimiento de los dos identificadores aplica a diferentes situaciones. Por ejemplo, la notificación de resultados críticos de laboratorio/imágenes y las órdenes telefónicas, cuando estas son permitidas, requiriendo que haya un segundo identificador que deba ser conocido por las dos partes. El requisito también aplica a todas las órdenes de atención, incluyendo las indicaciones médicas escritas a mano y las que son ingresadas electrónicamente. Con esto trata de evitarse el error común que ocurre cuando las indicaciones se registran en la historia clínica equivocada. Los sistemas informatizados deben tener un sistema de seguridad que garantice la correcta identificación (utilizando dos identificadores) del paciente antes de aceptar las órdenes.

Los dos identificadores deben ser utilizados además siempre que el paciente requiera una dieta especial. La forma más fácil de implementar esta recomendación es aplicar los identificadores a todos los pacientes que reciban comidas o colaciones.

El proceso de verificación de la identidad antes de cada atención asume que hay un proceso eficiente y confiable de registro de datos en la admisión. Si los identificadores se “adosan” al paciente, por ejemplo en pulseras, se puede verificar la identidad a través de las mismas sin necesidad de que el personal le pida al paciente que “recite” los dos indicadores. Sin embargo, hay situaciones en las cuales la obtención de los datos no es sencilla (ej: pacientes inconscientes en emergencias). En estas situaciones se puede asignar un nombre ficticio temporario (Ej: NN1, NN2, etc) y asignarle un número de historia clínica con la cual se pueda cumplir con el requerimiento de los dos identificadores.

Las pulseras de identificación

Pese a su amplia difusión e indudable utilidad, la Comisión de Acreditación de los EE.UU no considera la utilización de pulseras para la identificación de pacientes un requisito indispensable en todos los casos. Algunos ámbitos de atención (ej. internación domiciliaria y ciertos establecimientos de salud mental) típicamente no utilizan pulseras para transmitir información sobre la identidad del paciente. Sin embargo, la utilización de dos formas de identificación sigue siendo un requisito ineludible. Comparar el nombre que refiere el paciente con el nombre que aparece en el pedido no basta en ámbitos en donde no se utiliza la pulsera (cuenta como un solo identificador).(20)

Cuando se toma la decisión de utilizar pulseras para transmitir información sobre la identidad del paciente, la banda debe estar puesta en la muñeca en todo momento y lugar. Las pulseras que se colocan en una mesa o en los barrotes de la cama no son consideradas “pegadas” al paciente. En esos casos, deberá procederse como si el paciente no tuviera la pulsera verificando verbalmente la identidad utilizando dos o más identificadores.(20)

En los Estados Unidos, muchas instituciones utilizan, además de la pulsera de identificación, pulseras con colores codificados para transmitir información clínica que va más allá de la identidad del paciente (ej: pulseras rojas para alergias, amarillas para pacientes con riesgo de caídas, violetas para las órdenes de no resucitar, etc). Sin embargo, la falta de estandarización de los colores y la amplia variedad que existe entre las distintas instituciones pueden aumentar la confusión y crear un riesgo innecesario. Por eso, en caso que se decida utilizar pulseras de colores para transmitir distintas condiciones del paciente se recomienda lo siguiente: (21)

- Limite el espectro de colores utilizado en las pulseras de los pacientes
- Estandarice el significado específico de cada color con las otras instituciones de su zona. Considere utilizar pulseras de identificación transparentes o blancas.

- Utilice un texto breve preimpreso sobre la pulsera de color aclarando su significado.

- Evite escribir a mano sobre la pulsera. Es preferible estampar o pegar un texto impreso, excepto en situaciones de emergencia.

- Explique el propósito de la pulsera de color al paciente y a sus familias.

- Establezca una norma para remover cualquier otra pulsera de color que el paciente que ingresa pueda estar ya usando (por ejemplo las que se usan con fines benéficos). Si el paciente se niega a quitársela, la misma deberá quedar cubierta con un pequeño vendaje.

- Reconfirme periódicamente el significado de la pulsera con los pacientes y sus familias para identificar y corregir errores en forma inmediata.

- Implemente una norma que requiera la verificación de la pulsera como parte de la evaluación de rutina de enfermería durante los cambios de turno.

- Implemente una norma que determine quién tiene la autoridad y responsabilidad para colocar pulseras codificadas a los pacientes garantizando que todo el personal juegue un papel en la identificación y corrección de posibles errores.

La mayoría de los investigadores coinciden en que no debe confiarse demasiado en las pulseras para la identificación de los pacientes, ya que las mismas no son una fuente absolutamente confiable de información. Un estudio nacional en los Estados Unidos sobre una muestra de 712 hospitales estimó errores en el 5,5% de las pulseras de identificación. La mitad de estos errores consistieron en la ausencia de la misma. Otros errores fueron la presencia de más de una pulsera con datos inconsistentes (18,3%) y pulseras con datos incompletos (17,5%), erróneos (8,6%) o ilegibles (5,7%). Menos frecuentemente, un paciente tenía colocada la pulsera con los datos de otra persona (0,5%). (22)

La importancia del proceso de admisión

Muchos hospitales utilizan pulseras con el nombre y el N° de historia clínica (u otra información personal) para garantizar la correcta identificación de los pacientes. Sin embargo, ya vimos que las mismas pulseras muchas veces contienen errores.(22) Como la información que aparece en las pulseras se genera durante el proceso de admisión hospitalaria, resulta importante garantizar que este primer paso no sea en sí mismo una fuente de error. Por más sofisticado que sea el sistema de registro, siempre dependerá de la eficiencia y responsabilidad de quien ingresa los datos.

El proceso de admisión implica una compleja interacción de factores humanos, organizacionales y técnicos que pueden contribuir a que se produzca un error en la identificación del paciente. Conscientes de este problema, el Hospital John Hopkins de Baltimore, un importante centro académico de los EE.UU, constituyó un equipo para que condujera un análisis con el fin de evaluar en qué medida su propio proceso de admisión contribuía con los errores de identificación que ocurrían en dicho centro. El equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, administrativos, técnicos, etc.) estaba formado por representantes de los departamentos de sistemas, auditoría médica, calidad de atención, admisión, servicios ambulatorios, laboratorio y patología. Luego de estudiar los pasos del proceso de admisión y registro de pacientes, el equipo identificó 105 casos durante el año 2002 en los cuales se había seleccionado al paciente equivocado de una lista electrónica de pacientes durante la admisión para internación o bien durante el registro de los pacientes ambulatorios. Las principales fuentes de error identificadas fueron: (23)

- Si bien se evaluaba anualmente la competencia del personal de admisión de pacientes internados, dicha evaluación no existía para los responsables de registrar a los pacientes ambulatorios.

- Muy poco personal con la capacidad de completar el registro de admisión tenía acceso a la historia clínica electrónica del paciente internado.

- No había normas y procedimientos de verificación de identidad consistentes y adecuados (ej: requerir la identificación fotográfica, la reconfirmación de información específica del paciente y los requisitos para poder modificar datos esenciales en el sistema.)

El mismo equipo trató de identificar de qué manera se producían estos errores. Encontraron entonces que era relativamente frecuente que el administrativo de admisión utilizara por comodidad la ventana electrónica que había utilizado recientemente, cambiando en los campos datos centrales como el nombre y apellido del paciente. Como resultado, a veces se les asignaba a los pacientes el número de historia clínica de otro paciente, generando el error de identificación.

A la luz de la recomendación de la Joint Commission de utilizar dos identificadores, el John Hopkins estableció como política que los administrativos de admisión y de consultorios externos tuvieran que utilizar el apellido y la fecha de nacimiento cuando necesitaran ingresar electrónicamente al directorio central de pacientes. También se volvió a entrenar uno por uno al personal involucrado en este tipo de error. Los cambios en el proceso de determinaron que los incidentes vinculados a una incorrecta identificación de los pacientes internados se redujeran en un 80%. En el ámbito ambulatorio estos incidentes disminuyeron en un 33,3%.

Los siguientes puntos sintetizan las principales estrategias propuestas por el equipo del John Hopkins para disminuir los errores de identificación de pacientes durante el proceso de admisión y registro: (23)

- Analice y comprenda todos los sistemas administrativos y clínicos relacionados con la selección e identificación de pacientes.
- Utilice un solo directorio maestro para el registro de pacientes.
- Limite la capacidad para modificar en el sistema los principales datos de identificación de los

pacientes a personal calificado.

- Garantice que durante la capacitación del personal de admisión y registro se enfatice la importancia de verificar la identidad del paciente.

- Determine qué documentos serán considerados válidos para verificar la identidad del paciente (ej: licencia de conducir –en nuestro país DNI, cédula, carnet de obra social, etc.)

- Requiera entrenamiento y evaluación de competencia para todo el personal autorizado a acceder a los sistemas de registro.

- Monitoree permanentemente los errores de identificación durante el proceso de admisión, identifique al personal involucrado y brinde feedback acerca de los errores observados.

- Considere la utilización de fotografías para reforzar el proceso de verificación de identidad.

Un área clave: la correcta identificación de los pacientes en el quirófano

La identificación del paciente y del sitio quirúrgico son las primeras verificaciones a realizar de acuerdo a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía recomendada por la Organización Mundial de la Salud. La misma fue instaurada en el año 2008 a partir de numerosos incidentes originados en cirugías sobre pacientes o sitios erróneos. (24)

Los factores que pueden llevar a operar al paciente equivocado son muchos y variados: una inadecuada evaluación del paciente y de la historia clínica, la falta de controles institucionales, la mala comunicación entre los miembros del equipo y con el paciente, la exclusión de la participación de algunos miembros de equipo quirúrgico y la exclusiva dependencia del cirujano a cargo para la verificación. También influyen en el error de paciente la participación de varios cirujanos, las exageradas presiones de tiempo y la falta de participación del paciente o de su familia en el proceso de identificación.

La participación de todo el personal de quirófano en la identificación correcta del paciente a intervenir es clave. La Asociación de Instrumentadoras de los Estados Unidos (Association of periOperative Registered Nurses – AORN-) ha establecido las siguientes recomendaciones: (25)

En el caso de pacientes alertas y orientados, la instrumentadora/circulante asignada a la cirugía deberá proceder de la siguiente manera:

- Se presentará, saludará al paciente utilizando su nombre completo, y le pedirá que en voz alta le diga cómo se llama y de qué lo van a operar.
- Verificará que la información de la pulsera de identificación coincida con la identificación de la historia clínica y los papeles del paciente.
- Verificará la existencia del consentimiento informado y confirmará que el procedimiento descrito en el formulario coincida con el procedimiento mencionado por el paciente.

Cuando se trate de niños, las recomendaciones de AORN son las siguientes:

- De ser posible, siga los pasos descriptos para adultos orientados.
- Establezca contacto con los padres o representantes legales.
- Pregunte a los padres o al representante legal cuál es el procedimiento a realizar.
- Ante la ausencia de los padres o representantes legales solicite a la enfermera de pediatría que identifique al menor.

Para pacientes comatosos o desorientados las recomendaciones son las siguientes:

- Confirme que la información de la pulsera del paciente sea la misma que la de la historia clínica.
- Si hay algún familiar presente, solicítele que

identifique al paciente.

- En ausencia de familiares, solicite la identificación de la enfermera del lugar desde el cual proviene.

Presente y futuro: Identificación por códigos de barra y radiofrecuencia

La tecnología de códigos de barra o de radiofrecuencia tiene el potencial para reducir significativamente los errores de identificación de pacientes, particularmente cuando se administran medicamentos (ej: quimioterápicos) o hemoderivados o bien cuando se extraen muestras para laboratorio.(26)(27) La práctica generalmente consiste en el agregado en la pulsera de un único código de barras identificador del paciente. Todos los especímenes del paciente, medicación, hemoderivados, o productos destinados al mismo llevan a su vez una etiqueta impresa con el mismo código. Ningún procedimiento o tratamiento puede llevarse a cabo si antes el operador no verifica con un scanner portátil la coincidencia entre ambos códigos. Sin embargo, la utilización de códigos de barra para la identificación de los pacientes será inefectiva si el personal no utiliza en forma consistente la tecnología a disposición y adhiere estrictamente al cumplimiento de la norma. Algunos trabajos demuestran que, aún teniendo esta tecnología a disposición, enfermería suele saltar por comodidad y rapidez la lectura del código con el scanner.(28) Por otra parte, como los datos de identificación de pacientes sólo pueden ser tan buenos como la información ingresada en la admisión, no puede esperarse que los códigos de barras eliminen los errores vinculados con el incorrecto ingreso de datos. Más aún, un error en el registro de admisión puede ser perpetuado durante toda la internación por los sistemas informáticos, siendo más difícil de detectar y corregir que en los sistemas convencionales. En cambio, los códigos de barras son potencialmente beneficiosos para eliminar otros tipos de errores, como los vinculados a la ilegibilidad de la información.

La tecnología de radiofrecuencia es la que se utiliza actualmente en los telepeajes de las autopistas y en los dispositivos de seguridad de las mercaderías

más valiosas en los negocios minoristas. La misma utiliza chips con pequeñas antenas que pueden transmitir datos utilizando radiación electromagnética. Algunos centros de alta complejidad en países desarrollados están reemplazando las pulseras convencionales o de códigos de barras por pulseras con identificadores por radiofrecuencia.(29) Las mismas permiten almacenar una gran cantidad de información tal como fecha de nacimiento, información sobre su seguro de salud, potenciales reacciones alérgicas, necesidades de medicación, tipo sanguíneo y órdenes de no resucitación. Sin embargo, y como se mencionó anteriormente, la pulsera con radiofrecuencia es sólo un medio más y no un identificador (el verdadero identificador es la información específica del paciente.)

Si bien la potencialidad de estas nuevas tecnologías ha logrado que las mismas sean muy bien recibidas por el sector salud, se necesita todavía una mayor investigación sobre el impacto real y el costo/beneficio de su implementación en todos los ámbitos.

Acciones recomendadas

- Desarrolle normas y procedimientos adecuados para una correcta identificación de los pacientes. La norma debería especificar: (30)

• Objetivos

• *A qué pacientes alcanza (ej: todos los pacientes internados, los pacientes atendidos en urgencias, hospitalización materno-infantil y pacientes que van a ser sometidos a cirugía mayor)*

• *Características de la pulsera (material, color, si se colocará la información con tinta indeleble o será impresa, datos a incluir, etc)*

• *Metodología (pacientes con internación programada, pacientes que ingresen desde la guardia, lugar y responsable de la colocación y verificación, reemplazo eventual de la misma, información al paciente/familia, conducta ante la ausencia, retiro de la misma, etc.)*

• *Situaciones especiales (emergencias, casos en los que el paciente rechaza el uso de la pulsera, casos en los cuales el brazalete no puede ser colocado en la muñeca, situaciones en las cuales no puede reconocerse al paciente, casos de intolerancia a la pulsera por alergia, necesidad de retirársela en quirófano, etc.)*

• *Responsables de la implementación del programa y controles de calidad periódicos (N° de pacientes identificados correctamente en la unidad/N° de pacientes ingresados x 100)*

- Capacite a los pacientes sobre la importancia y la relevancia de la correcta identificación de los pacientes, de una manera positiva que también respete su interés por la privacidad. (en el apéndice de este artículo encontrará un modelo de hoja de información a los pacientes y afiches de campañas por una correcta identificación). Involucre a los pacientes y sus familias en el proceso.

- Incorpore una capacitación sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente dentro de la orientación y el desarrollo profesional permanente de los trabajadores de la salud.

- Utilice siempre como mínimo dos identificadores (ej: nombre y fecha de nacimiento) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión, cuando lo transfiere a otro entorno de atención y previo a la administración de la atención. Ninguno de estos identificadores debería ser el número de habitación del paciente.

- Establezca una política de “tolerancia 0” para muestras de sangre y especímenes de anatomía patológica en las cuales falta la identificación del paciente o bien la misma es incorrecta.

- Estandarice y garantice la consistencia de la identificación del paciente en los distintos ámbitos de atención (internación, ambulatorio, guardia, etc)

- Realice auditorías periódicas para verificar el cumplimiento de la norma. Difunda sus hallazgos y

Barreras potenciales para la implementación de programas (3)

- Dificultades para lograr un cambio de conducta individual a fin de cumplir con las recomendaciones, incluido el uso de atajos y soluciones temporales.

- Variación del proceso entre distintos establecimientos de salud de una misma zona geográfica.

- Variación del proceso donde pudiera haber establecimientos regionales donde trabajen los mismos facultativos (por ejemplo, pulseras codificadas con colores con distintos significados en distintas organizaciones.

- Costos asociados con las soluciones técnicas potenciales.

- Integración de la tecnología dentro de las organizaciones y entre ellas.

- Percepción, por parte de los prestadores de atención sanitaria, de que la relación con el paciente se ve comprometida por la reiterada verificación de la identidad de éste.

- Soluciones tecnológicas que no tengan en cuenta la realidad de los entornos de atención clínica.

- Aumento de la carga laboral del personal y del tiempo que pasan alejados de la atención del paciente.

- Errores tipográficos y de ingreso al registrar a los pacientes en los sistemas informáticos.

- Cuestiones culturales, entre las que se incluyen:

- El estigma asociado con el uso de una pulsera de identificación.

- El alto riesgo de identificación incorrecta del paciente debido a la estructura de su nombre, a una gran similitud de nombres y a datos inexactos sobre fechas de nacimiento para pacientes mayores.

- Los pacientes que utilizan carnets médicos de otras personas para poder acceder a los servicios.

- La ropa que oculta la identidad.

- Insuficiente investigación aceptada en forma general, datos y justificación económica referentes al análisis de costo y beneficio o el retorno de la inversión (ROI) para la implementación de estas recomendaciones. ■ <<<

Bibliografía

1. Chassin MR, Becher EC. The wrong patient. *Ann Intern Med* 2002 Jun 4; 36(11):826-33
2. Joint Commission. 2011 National Patient Safety Goals (online). Disponible en Internet: www.joint-commission.org
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro Colaborador sobre Soluciones para la Seguridad de los Pacientes. Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente.. Identificación de Pacientes Vol 1. Solución 2. Mayo 2007. Disponible en internet: www.who.int/entity/patientsafety/solutions/patient_safety/PatientSolutionsSPANISH.pdf
4. Thomas P, Evans C. An identity crisis? Aspects of patient misidentification. *Clinical Risk*, 2004. 10:18-22.
5. ECRI. Healthcare Risk Control. Risk Analysis. Risk and Quality Management Strategies 16. Patient Identification. November 2007
6. Parisi LL. Patient identification: the foundation for a culture of patient safety. *J Nurs Care Qual* 2003 Jan-Mar; 18(1):73-9
7. National Patient Safety Agency. Wristbands for hospital inpatients improves safety. Safer Practice Notice 11, 22 November 2005. Disponible en internet: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59799&p=14>
8. Mannos D. NCPS patient misidentification study: a summary of root cause analysis. VA NCPS Topics in Patient Safety, Washington DC, United States Department of Veterans Affairs, June-July 2003. Disponible en Internet: www.patientsafety.gov/TIPS/Docs/TIPS_Jul03.pdf
9. U:S Pharmacopeia (USP). MEDMARX 5th anniversary data report: a chartbook of 2003 findings and trends. Rockville (MD): USP; 2004
10. Weingart SN, Ship AN, Aronson MD: Confidential clinician-reported surveillance of adverse events among medical inpatients. *J Gen Intern Med* 2000 Jul; 15(7):470-7
11. Gray JE, Suresh G, Ursprung R, et. Al. Patient misidentification in the neonatal intensive care unit: quantification of risk. *Pediatrics* 2006 Jan; 117(1):e43-7
12. Dzik WH. New technology for transfusion safety. *Br J Haematol* 2007 Jan 136(2):181-90
13. SHOT. Serious Hazards of Transfusion (The United Kingdom's independent, professionally-led haemovigilance scheme.) www.shotuk.org
14. Linden J, Paul b, Dressler K. A report of 104 transfusion errors in New York State. *Transfusion*. 1992; 32:601-606
15. Sazama K. Reports of 355 transfusion-associated deaths: 1976-1985. *Transfusion* 1990; 30:583-590
16. Kaplan HS. Getting the right blood to the right patient: the contribution of near-miss event reporting and barrier analysis. *Transfus Clin Biol* 2005 Nov; 12(5): 380-4
17. Bramson K, Mooney T. Doctor removes ovaries from wrong patient (online). *Providence J* 2006. Aug 18.
18. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) "Check the wristband". Morbidity and Mortality Rounds on the Web. Disponible en Internet: www.webmm.ahrq.gov/case.aspx?caseID=22
19. Cisneros N. Mix-up: baby nursed by wrong mother. (online). 2006 Jun 10. www.abc7news.com
20. Joint Commission Resources. 2011 National Patient Safety Foundation FAQs. Disponible en: www.jointcommission.org/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFAQId=145&StandardsFAQChapterId=77

21. Pennsylvania Patient Safety Authority (PSA). Use of color-coded patient wristbands creates unnecessary risk (online). PA PSRS Patient Saf Advis 2005 Dec 14. Disponible en Internet: http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2005/dec14_2%28suppl2%29/Pages/dec14;2%28suppl2%29.aspx

22. Renner S; Howanitz P, Bachner P. Wristband identification error reporting in 712 hospitals. Arch Pathol Lab Med. 1993; 117:573-577

23. Bittle MJ, Charache P, Wassilchuk DM. Registration-associated patient misidentification in an academic medical center: causes and corrections Jt Comm J Qual Patient Saf 2007; 33(1):25-33

24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Manual de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía. 2009. Disponible en Internet: www.safesurg.org/es.html

25. Beyea SC. Systems that reduce the potential for patient identification errors. AORN J 2002 Sep;76(3):504-6

26. Anderson S, Witwer W. Using Bar-code point of care technology for patient safety. J Healthc Qual 2004 Nov-Dec; 26(6) 5-11.

27. Coyle G, Heinen M. Evolution of BCMA within the Department of Veterans Affairs. Nurs Adm Q 2005 Jan-Mar; 29(1):32-8

28. Pucket F. Medication management component of a point-of care information system. Am J Health-Syst Pharm. 1995; 52:1305-1309.

29. Sandler SG, Langeberg A, DeBandi L, et al. Radiofrequency identification technology can standardize and document blood collections and transfusions. Transfusion 2007 May; 47(5):763-70

30. SESCAM (Servicio de Salud de Castilla La Mancha) Complejo Universitario de Albacete. Protocolo de Identificación de Pacientes. Mayo 2010. Disponible en Internet:

<http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/protocolos.htm>
(Ejemplo de normativa)

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

¿Por qué es importante que lleve una pulsera identificatoria durante mi estada en el hospital?

Es muy importante que a lo largo de toda su internación esté correctamente identificado mediante una pulsera identificatoria, en la que constan detalles precisos sobre usted que garantizan que en todo momento pueda ser identificado por el personal del hospital y que los cuidados que reciba sean los adecuados.

La Seguridad de los Pacientes es un objetivo de todas las organizaciones que velan por el cuidado y la atención de los enfermos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene un programa para velar por la seguridad de los pacientes.

En concordancia con estos programas, el Hospital..... ha puesto en marcha un proyecto para garantizar la seguridad de los pacientes internados en el que tiene gran importancia la identificación de los mismos y evitar así que puedan ocurrir accidentes por mala identificación.
¿Qué debe esperar tras el ingreso?

Si ingresa a través del Servicio de Urgencias, al llegar, un profesional sanitario se cerciorará de su identidad y le colocará una pulsera identificatoria en la muñeca o en el tobillo con los datos imprescindibles para identificarlo correctamente: nombre y apellido, fecha de nacimiento, fecha de ingreso, nº de carnet de la obra social y el número asignado por el hospital.

Si ingresa en forma programada, al llegar a la planta, y tras corroborar su identidad se le colocará la pulsera.

Es muy importante que lleve la pulsera durante toda su internación. Si nota que está deteriorada o le molesta, póngalo en conocimiento del personal de enfermería de su unidad para proceder a su recambio.

Todos los pacientes internados, niños, recién nacidos, madres, ancianos deberán llevar la pulsera.

Si usted es familiar del paciente, cerciórese de que lleve la pulsera y, si no es así, póngalo en conocimiento del personal de enfermería de la planta.

Es importante que lleve la pulsera durante toda la internación aún en el día del alta hasta que salga del hospital. Al llegar a su casa puede proceder a quitársela y eliminarla.

*Adaptado de la hoja de información para pacientes desarrollada por la Consejería de Salud de Asturias y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

QUÉ HACER

- Identificar correctamente al paciente en el momento del ingreso en los servicios de admisión. Es de gran importancia identificar correctamente al paciente tan pronto como este entra en contacto con el hospital. Esta identificación estará directamente vinculada a la calidad y precisión de los datos que se utilicen en el proceso.

- Asegúrese de que la identificación se haga con los nombres que figuran en la cédula de identidad o en el carnet de la obra social

- Compruebe nuevamente, y por métodos activos, la identidad del paciente antes de colocar la pulsera identificatoria.

- Vigile periódicamente la legibilidad de las pulseras. Si en algún momento contiene algún dato ilegible, o se deteriora, cámbiela.

- Compruebe la identidad del paciente antes de cada actuación

QUÉ NO HACER

- Pronunciar el nombre y apellido y preguntarle al paciente si son los suyos. Hay pacientes que asienten a todo.

- No obtener muestras biológicas sin antes identificar correctamente al paciente

- Realizar actuaciones con riesgo para el paciente sin identificación previa: transfusiones, pruebas, extracciones, medicación, etc.

- Etiquetar los contenedores (frascos, tubos, etc.) antes de la extracción

- Realizar varias tareas en forma simultánea

POLÍTICA DE IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL

1. Todos los pacientes internados en nuestra institución deberán llevar una pulsera identificatoria en todas las dependencias

2. Siempre que sea posible se le solicitará al paciente que compruebe los datos de la pulsera

3. La supervisora o enfermera responsable se cerciorará de que todos los pacientes porten la pulsera identificatoria a lo largo de la internación

4. Si por cualquier circunstancia la pulsera se deteriorara o se cayera, será responsabilidad del personal de enfermería o de quien primero se percate del hecho de proceder a su restitución

5. Cuando la colocación de la pulsera en la muñeca comprometa o dificulte los cuidados, se colocará la misma en el tobillo.

6. En el caso de recién nacidos, se seguirán las normas establecidas para estas circunstancias.

*Adaptado de la hoja de información para profesionales desarrollada por la Consejería de Salud de Asturias y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España

**A CÉSAR
LO QUE ES
DE CÉSAR.**



...y a Juan lo que es de Juan,
a Elena lo que es de Elena,
a Luisa lo que es de Luisa...

Programa de
**IDENTIFICACIÓN
DE PACIENTES**



SERVICIO DE SALUD
DEL PACIENTE
Sistema de Protección Social

**TÚ ERES
ÚNIC@.**



Programa de
**IDENTIFICACIÓN
DE PACIENTES**



SERVICIO DE SALUD
DEL PACIENTE
Sistema de Protección Social