

Dic 2009

Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA



PROCEDIMIENTO GENERAL DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES (Anexo 1)

Comité Operativo para la Seguridad del Paciente

Consejería de Salud



1. Introducción
 2. Objetivo
 3. Alcance
 4. Términos y definiciones
 5. Responsabilidades
 6. Descripción
 - Identificación documental y verificación verbal
 - Identificación física con pulsera
 - Requisitos obligatorios de las pulseras identificativas
 7. Plan de acción
 8. Evaluación
 9. Bibliografía
 10. Anexos
- Autores*

10

Seguridad



1. INTRODUCCIÓN.

La identificación inadecuada de pacientes es una causa importante en los problemas de complicaciones asociadas a errores en la asistencia.

La forma más habitual de identificación de pacientes es el número de habitación, cama, diagnóstico, características físicas o psicológicas. Basándolo en identificadores que pueden ser variables y por tanto no seguros.

Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusión de sangre, etc. Sus consecuencias pueden llegar a producir errores muy graves en el paciente.

En nuestra práctica diaria, confiamos excesivamente en la memoria obviando aquellas comprobaciones vitales que nos confirman que estamos atendiendo a la persona correcta, en el momento correcto y con la práctica adecuada.

Actualmente existen numerosos centros que han comenzado a desarrollar procedimientos normalizados para la identificación inequívoca de sus pacientes, pero no existe una normativa a nivel autonómico establecida que lo regule.

2. OBJETIVO.

Instaurar a nivel autonómico una política de identificación segura de pacientes, que incluya los requerimientos mínimos a contemplar que oferten estas garantías, con el fin de identificar de forma fidedigna al paciente como la persona a la que va dirigida el tratamiento, los cuidados o el servicio y a su vez relacionar el tratamiento, los cuidados o servicio con dicho paciente.

3. ALCANCE.

Todos los servicios sanitarios dependientes de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que tienen contacto directo y asistencial en algún momento con el paciente.

10
Seguridad



4. TÉRMINOS y DEFINICIONES.

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

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

Los datos definidos como inequívocos para las pulseras identificativas son:

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

No se consideran datos inequívocos para las pulseras:

- Diagnóstico.
- Número de cama.
- Unidad de ingreso.
- Fecha de ingreso o nacionalidad.

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

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

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

5. RESPONSABILIDADES.

La Consejería de Salud será la responsable de dar a conocer el Procedimiento General a las Direcciones y velar por su cumplimiento, como medida Estratégica para la Seguridad de pacientes.

El cumplimiento de este procedimiento será responsabilidad de la Dirección de cada centro.

Serán responsables de la aplicación de este procedimiento todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que tienen contacto directo en algún momento con pacientes.



6. DESCRIPCIÓN.

6.1. Identificación documental y verificación verbal.

A todo ciudadano que sea atendido en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), se le realizará una recogida de datos administrativos (verificándose con un documento acreditativo DNI, NIF/NIE y/o pasaporte), si ya se le hubiesen recogido con anterioridad, se procederá a la actualización o comprobación de los mismos. Esta recogida, salvo en los casos urgentes, se hará previa a la prestación de la asistencia y preferentemente en el momento de la solicitud de la prestación.

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

6.1.1. Pacientes susceptibles.

Atención Primaria.

- Identificación telefónica (solicitud de citas).
- Solicitud de cita presencial.
- En atención directa en consulta.
- Visita domiciliaria.
- Extracciones y pruebas no invasivas (Rx, Espirometrías, EKG, Retinografía, Ecografía, Doppler...).
- Atención Hospitalaria.
- Identificación telefónica (solicitud de citas).
- Solicitud de cita presencial.
- En atención directa en consulta.
- Extracciones y pruebas no invasivas (Rx, espirometrías, Ecocardiografía...) en pacientes no ingresados.

10
Seguridad



6.2. Identificación física con pulsera.

En determinados casos y para evitar situaciones de riesgo adicional, se procederá a la identificación física mediante el empleo de PULSERA IDENTIFICATIVA que será emitida en el momento más próximo a su colocación. En todo caso, el ciudadano será conveniente informado del uso y finalidad de esta medida de seguridad, solicitando su participación activa.

6.2.1. Pacientes susceptibles de identificación con pulsera.

Atención Primaria.

Los que acuden a Urgencias del Centro de Salud y se le realice algún tipo de procedimiento invasivo, observación o requieren derivación a otro centro.

Atención Hospitalaria.

- Todos los pacientes que acudan al servicio de urgencias.
- Pacientes ingresados.
- Paciente que acuden al Hospital de Día, tratamientos ambulatorios o pruebas diagnósticas invasivas.
- Pacientes de acudan a consultas de acto único o centros de alta resolución para: procesos quirúrgicos, tratamientos con fármacos de riesgo (citostáticos, etc.) o transfusiones.
- El paciente pediátrico / neonato (se identificará como el adulto con el dispositivo adecuado a su edad).
- Paciente obstétrica.

6.2.2. Verificación de la identidad del paciente antes de los siguientes procedimientos de riesgo:

- Extracción de una muestra biológica para analítica.
- Administración de un medicamento o transfusión.
- Realización de un procedimiento invasivo.
- Realización de intervención quirúrgica.
- Confirmación de un éxitus.
- Transferencia de un paciente tanto en circuito interno como externo.
- Verificación de madre en proceso perinatal.

Este sistema será sustituido “por el procedimiento de aplicación del sistema de identificación del recién nacido establecido ya en los Hospitales en el SSPA para la verificación madre-hijo”, se tendrá en cuenta que ningún paciente debe estar identificado simultáneamente por ambos dispositivos.



Método de verificación:

Se comprobará mediante, al menos, dos identificadores inequívocos del paciente, que deberán estar directamente asociados con la persona y no con su ubicación o situación clínica.

Estos identificadores son:

- Nombre y apellidos.
- Fecha de nacimiento.

6.2.3. Responsables de la identificación.

El profesional sanitario que tiene el primer contacto con el paciente será el responsable de identificarlo físicamente.

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

6.2.4. Situaciones especiales.

Paciente atendido por el servicio de urgencias que no aporta documentación y es imposible conocer su identidad: Se realizará la identificación poniendo en el espacio nombre y apellidos: DESCONOCIDO/Sexo/nº de orden. Se está obligado a recabar todos los datos a posteriori y con la mayor brevedad. Si se trata de varias personas en estado crítico, el técnico que lo traslada es el responsable de que queden todos identificados a la entrada del centro sanitario.

Situación de catástrofes: se identificará al paciente según lo establecido en el Plan de catástrofes de cada centro.

10
Seguridad



6.3. Requisitos obligatorios de las pulseras identificativas.

6.3.1. Características de la pulsera:

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

Nota: el sistema de identificación permitirá la integración de nuevas tecnologías (código de barras, RFID, etc.).

6.3.2. Identificadores que se incluirán.

Nombre y apellidos del paciente.

Fecha de nacimiento día/mes/año,

con los siguientes dígitos 00/00/0000

NUHSA.

6.3.3. Identificación de situaciones de riesgo específico.

No se recomienda uso de códigos de colores en las pulseras identificativas, ya que puede suponer un riesgo adicional por originar confusiones en caso de inconsistencia en el significado de dicho código. Si el centro lo considera necesario, recomendamos la utilización de un troquer ROJO que se colocará como cierre de la pulsera y alertará al profesional sanitario de la existencia de un riesgo que debe consultar en la historia clínica.

6.3.4. Destrucción de las pulseras identificativas.

El profesional sanitario momentos previos al alta le solicitará o requerirá la pulsera para proceder a su destrucción, según procedimiento interno de destrucción o almacenamiento de documentación.

Seguridad



7. PLAN DE ACCIÓN.

Cada Dirección de centro será responsable de desarrollar su plan de acción propio según sus flujos de pacientes y circuitos de trabajo para poner en marcha esta línea, teniendo en cuenta en su diseño las premisas expuestas en este documento.

8. EVALUACIÓN.

8.1. Indicadores de control.

Indicador 1

1. Aspecto que mide: Implantación global de la estrategia de identificación de pacientes (EIP).
2. Tipo de indicador: Cuantitativo.
3. Enunciado: Porcentaje de centros adscritos al SSPA con implantación de la EIP
4. Descripción: N° centros del SSPA con implantación de la EIP x 100 / total centros adscritos al SSPA.
5. Aclaraciones: Se entiende por implantación de la EIP el cumplimiento simultáneo de los siguientes ítems:
 - Documento de adaptación local de la EIP de la Consejería de Salud.
 - Plan de acción (formación de profesionales, plan de comunicación, actuaciones realizadas y evaluación).
6. Estándar: 90%.
7. Responsable: Consejería de Salud.
8. Fuente: Memoria específica.
9. Metodología: Documentación disponible y auditoría externa.

10
Seguridad



Indicador 2

1. Aspecto que mide: Implantación local de la estrategia de identificación de pacientes (EIP).
2. Tipo de indicador: Cuantitativo.
3. Enunciado: Porcentaje de unidades-servicios con implantación de la EIP / unidades-servicios del centro sanitario en los que procede la implantación de la EIP.
4. Descripción: N° unidades-servicios del centro con implantación de la EIP x 100 / total unidades-servicios diana del centro sanitario.
5. Aclaraciones: Se entiende por implantación de la EIP el cumplimiento simultáneo de los siguientes ítems:
 - Documento de adaptación local de la EIP de la Consejería de Salud a nivel del centro.
 - Instalación y funcionamiento correcto de las impresoras de pulseras identificativos en todos los puntos predeterminados de la unidad-servicio.
 - Formación específica de los profesionales de la unidad-servicio en EIP.
 - Colocación de las pulseras
6. Estándar: 90%.
7. Responsable: Dirección del centro.
8. Fuente: Consumo de pulseras y resultado de auditoría interna.
9. Metodología: A definir por el centro en su plan de acción.

Indicador 3

1. Aspecto que mide: Cumplimentación correcta de la pulsera identificativa.
2. Tipo de indicador: Cuantitativo.
3. Enunciado: Porcentaje de pulseras identificativas que cumplen los criterios de calidad establecidos.
4. Descripción: N° de pulseras identificativas que cumplen los criterios de calidad en el periodo de estudio x 100 / total de pulseras identificativas emitidas en periodo de estudio.
5. Aclaraciones: Se consideran criterios de calidad los siguientes:
 - Pulsera homologada según características técnicas especificadas en la EIP.
 - Nombre y apellidos completos.
 - NUHSA.
 - Fecha de nacimiento.
6. Estándar: 100%.
7. Responsable: Consejería de Salud
8. Fuente: Resultados auditoría externa.
9. Metodología: Auditoría externa anual.

Objetivos a incorporar por las diferentes Unidades asistenciales en los acuerdos de gestión o CRP de servicios.



Indicador 4

1. Aspecto que mide: Identificación mediante pulsera en el área de urgencias.
2. Tipo de indicador: Cuantitativo.
3. Enunciado: Porcentaje de pacientes que acuden al servicio de urgencias correctamente identificados mediante pulsera identificativa.
4. Descripción: N° de pacientes que acuden al servicio de urgencias correctamente identificados mediante pulsera identificativas X 100 / Total de pacientes que acuden al servicio de urgencias.
5. Estándar: 100%.
6. Responsable: Responsable de la Unidad/servicio.
7. Fuente: Consumo de pulsera; Acuerdos de Gestión; Auditoría interna.
8. Metodología: Auditoría interna.

Indicador 5

1. Aspecto que mide: Identificación mediante pulsera en las unidades/servicios del área de hospitalización.
2. Tipo de indicador: Cuantitativo.
3. Enunciado: Porcentaje de pacientes en hospitalización y Hospital de día Médico (HDM) correctamente identificados mediante pulsera identificativa.
4. Descripción: N° de pacientes en hospitalización y HDM correctamente identificados mediante pulsera identificativa X 100 / Total de pacientes en hospitalización y HDM.
5. Estándar: 100%.
6. Responsable: Responsable de la Unidad/servicio.
7. Fuente: Consumo de pulsera; acuerdos de Gestión; auditoría interna.
8. Metodología: Auditoría interna.

Indicador 6

1. Aspecto que mide: Identificación mediante pulsera en el área de quirúrgica.
2. Tipo de indicador: Cuantitativo.
3. Enunciado: Porcentaje de pacientes en el área quirúrgica y Hospital de Día Quirúrgico (HDQ) correctamente identificados mediante pulsera identificativa.
4. Descripción: N° de pacientes en el área quirúrgica y HDQ correctamente identificados mediante pulsera identificativa X 100 / Total de pacientes en el área quirúrgica y HDQ.
5. Estándar: 100%.
6. Responsable: Responsable de la Unidad/servicio.
7. Fuente: Consumo de pulsera; Acuerdos de Gestión; auditoría interna.
8. Metodología: Auditoría interna.

Seguridad



Indicadores de resultado.

Indicador 7

1. Aspecto que mide: Eventos adversos.
2. Tipo de indicador: Cualitativo.
3. Enunciado: Identificación y análisis de incidentes de seguridad (“casi errores” y eventos adversos) vinculados a la identificación incorrecta de pacientes.
4. Descripción: Identificación y análisis de los incidentes de seguridad relacionados con errores en la identificación de pacientes e incorporación de elementos de mejora.
5. Estándar: No procede.
6. Responsable: Dirección del centro.
7. Fuente: Sistemas de notificación de incidentes, ACR, etc.
8. Metodología: Auditoria de la documentación generada: (Informe del incidente, seguimiento de las mejoras identificadas).

10
Seguridad



9. BIBLIOGRAFÍA.

1. Rappoport A. A hospital patient and laboratory machine-readable identification system (MRIS) revisited. *J Med Syst* 1984;8:133-156.
2. Weilert M, Tilzer LL. Putting bar codes to work for improved patient care. *Clin Lab Med* 1991;11:227-238.
3. Longe K. The status of bar codes in hospitals: a survey report. Hospital Technology Series Chicago: American Hospital Association; 1989:8.
4. Garza D, Murdock S, Garcia L, Trujillo JM. Bar codes in the clinical laboratory. *Clin Lab Sci* 1991;4:23-25.
5. Zarowitz BJ, Petitta A, Rudis MI, Horst HM, Hyzy R. Bar code documentation of pharmacotherapy services in intensive care units. *Pharmacotherapy* 1996;16:261-266. Puckett F. Medication-management component of a point-of-care information system. *Am J Health-Syst Pharm* 1995;52:1305-1309.
6. Linden J, Paul B, Dressler K. A report of 104 transfusion errors in New York State. *Transfusion* 1992;32:601-606.
7. Bates D. Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. *BMJ* 2000;320:788-791.
8. Chua R, Cordell W, Ernsting K, Bock H, Nyhuis A. Accuracy of bar codes versus handwriting for recording trauma resuscitation events. *Ann Emerg Med* 1993;22:1545-1550.
9. Renner S, Howanitz P, Bachner P. Wristband identification error reporting in 712 hospitals. *Arch Pathol Lab Med* 1993;117:573-577.
10. American Hospital association –1992:Quality management . Management Advisory Catalog N° 049735, Chicago, AHA Joint Commission.
11. Standardising wristbands improves patient safety. Safer Practice Notice (SPN) NPSA, 03 July 2007 N° 24. www.npsa.nhs.uk/patientsafety/alerts-and-directives/notices/wristbands
12. Coding for success: simple technology for safer patient care. Department of health, February 2007.
13. www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyandGuidance/DH_066082
14. Guidance on the standard for Patient Identifiers for Identity bands. DSCN 04/2009. NPSA Jun 09. <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/alerts-and-directives/notices/wristbands/>

Seguridad



10. ANEXOS.

10.1. Cronograma.

10.1.1. Cronograma de grupo de trabajo.

Cronograma	2009	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Creación grupo de trabajo						
Análisis situación actual y trabajo en grupo						
Diseño del procedimiento general						
Diseño propuesta del plan de difusión						
Presentación al responsable del comité del procedimiento y plan de difusión						

1. Creación el grupo de trabajo.

Integrado por profesionales que representan todas las áreas de competencia, con capacidad para la toma de decisiones.

2. Análisis situación actual y trabajo de grupo:

Se analizará la situación actual sobre desarrollo de esta línea en los distintos Centros de la Comunidad Autónoma a través del Observatorio de Seguridad, con el fin de conocer el punto de partida y referentes actuales.

Se marcarán los objetivos del grupo, revisión sobre la bibliografía actual, diseño del cronograma de trabajo, convocatoria de reuniones, elaboración del borrador y presentación del desarrollo de la línea al Comité Operativo.

10
Seguridad



3. Diseño del Procedimiento General.

Se elaborará el procedimiento que contemplará:

- Objetivo.
- Alcance.
- Responsables.
- Metodología para la Identificación.
- Herramienta de identificación única. Características de la pulsera.
- Identificadores validados consensuados.
- Procedimiento a seguir para una identificación inequívoca.
- Situaciones especiales y tipo de actuación.
- Plan de difusión.
- Evaluación.
- Plan de acción.

4. Propuesta del Plan de difusión.

- a) Método a seguir para la difusión entre profesionales.
- b) Herramientas divulgativas.
- c) Campaña de difusión.

5. Presentación.

Se presentará el documento una vez finalizado por el grupo al responsable del Comité Operativo de Seguridad de pacientes para su evaluación y aprobación posterior.

10
Seguridad



10.1.2. Propuesta para implantación de la estrategia en los centros.

- Difusión del procedimiento a las distintas direcciones de los centros AP/AE
- Elaboración del plan de acción en cada centro
- Adquisición de los recursos material requeridos por centro
- Elaboración de la campaña divulgativa por parte de la consejería
- Difusión de la campaña divulgativa a los centros
- Implantación del procedimiento
- Seguimiento de indicadores

1. *Difusión del procedimiento a las Direcciones.*

Se difundirá el procedimiento por parte de las personas asignadas por el Comité Operativo a las Direcciones de los distintos centros donde se les informará de la importancia de poner en marcha esta medida en el ámbito de la Seguridad de pacientes.

2. *Elaboración del Plan de Acción por parte de los centros.*

Cada centro tendrá que diseñar su plan de acción en base a sus propios:

- Sistemas de trabajo.
- Flujos de pacientes.
- Tipología de pacientes.
- Procedimientos de actuación.
- Recursos materiales.

Considerando todas las premisas que se especifican en este documento para su diseño.

3. *Adquisición de los recursos materiales por cada centro.*

Una vez diseñado el Plan de acción el centro se deberá proveer de los recursos materiales necesarios para su puesta en marcha (pulseras, impresoras y programa informático).

4. *Elaboración de la campaña divulgativa.*

Desde la Consejería de Salud se diseñará una campaña divulgativa con herramientas educativas (trípticos, cartelería) que sirva de apoyo a los centros para la sensibilizar y formar tanto a profesionales como usuarios en esta línea.

5. *Difusión de la Campaña divulgativa e Implantación del Procedimiento.*

Cada centro, utilizando las herramientas divulgativas para su difusión, pondrá en marcha su Plan de acción y monitorización de la Estrategia.

Seguridad



6. Seguimiento de Indicadores.

Según establezca la Consejería de Salud deberán enviarse los datos referentes a los indicadores de seguimiento y control sobre identificación de pacientes de forma reglada y permanente.

10.2. Plan de difusión.

10.2.1. 1ª Fase: campaña dirigida a profesionales.

Objetivo.

1. Implantación del uso de la herramienta identificativa PULSERA, como producto de una nueva política de IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES.
2. Instauración de una nueva conducta de comprobación por parte de los profesionales.

Se dirigirá a todos los profesionales en contacto directo con los pacientes, instándoles a implantar y verificar de forma satisfactoria, un nuevo método para la optimización de protocolos de actuación sobre identificación de pacientes de los distintos servicios del centro.

Herramientas divulgativas.

- Un cartel informativo con un mensaje claro dirigido a profesionales.
- Un folleto informativo dirigido a profesionales.

10.2.2. 2ª Fase: campaña dirigida a pacientes.

Objetivo.

1. Implantación del uso de la herramienta identificativa PULSERA, como producto de una nueva política de identificación de pacientes.
2. Instauración de una nueva conducta proactiva en el paciente.
3. Ojetivo de Comunicación (Pro-Activo).

Que el propio paciente solicite ser identificado.

Seguridad



Herramientas divulgativas.

- Un cartel informativo con un mensaje claro, con el objetivo de conseguir la implicación del paciente en este proceso.
- Un folleto informativo dirigido a pacientes.
- Video informativo que se emitirá por canal interno del centro y/o informarse.es.

Periodo de mantenimiento de la campaña.

- El periodo de la misma será durante un año, realizando recordatorios periódicos.
- Se colocará la cartelería en todos aquellos puntos relevantes de trabajo de profesionales, zonas de tránsito y espera de pacientes/familiares. Se mantendrá durante un año.
- Se entregarán los trípticos informativos al ingreso del paciente al centro.
- Se formará a todos los profesionales según el Plan de acción establecido en el centro.
- Se incorporaran en los planes de acogida tanto de pacientes como de profesionales información sobre este aspecto.

10
Seguridad



AUTORES

Gracia Fernández Moya
Directora Gerente AGS Norte de Almería

Ana M^a Mora Banderas
Supervisora Unidad de Calidad Hospital Costa del Sol

Adoración Muñoz Alonso
Directora de Cuidados de Enfermería Distrito Córdoba

Antonio J. Núñez Montenegro
Subdirector de Enfermería del AGS Norte de Málaga

Francisco Pozo Muñoz
Subdirector de Calidad AGS Norte de Málaga

Mónica Rodríguez Bouza
Servicio de Calidad y Procesos. Consejería de Salud

Inmaculada Salcedo Leal
Subdirectora Médica Hospital Reina Sofía Córdoba

Yolanda Sánchez Acha
Jefa de Bloque Hospital Comarcal de la Axarquía

César Sánchez Almagro
Enfermero EPES 061

10
Seguridad