

RECOMENDACIÓN NOBLE OCTUBRE 2016

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

ANÁLISIS DE INCIDENTES Y RECOMENDACIONES*

La correcta identificación de los pacientes resulta fundamental para una atención segura. De hecho, la OMS la ha incluido dentro de sus 6 metas internacionales de seguridad. La Joint Commission estableció a su vez a la correcta identificación de los pacientes como uno de sus objetivos nacionales de seguridad desde el mismo momento en que éstos se establecieron, en 2003. Los daños graves ocasionados por errores en la identificación de pacientes son además eventos centinela que deben ser reportados y suelen llamar la atención de los medios. De hecho, de la lista de los “errores médicos más impactantes”, difundida en 2015 por CNN en los Estados Unidos al menos 6 fueron procedimientos o cirugías realizadas al paciente equivocado..

Pese a la atención brindada a este problema, los errores de identificación continúan ocurriendo. El pasado mes de agosto, ECRI Institute, una PSO (Patient Safety Organization) que recibe reportes de incidentes de cientos de instituciones en los Estados Unidos, publicó un análisis de 7.613 eventos por errores en la identificación, reportados entre enero de 2013 y agosto de 2015. A continuación, compartimos el informe.*

Introducción

La seguridad en la atención comienza cuando se brinda el tratamiento correcto a la persona indicada. Sin embargo, la posibilidad de equivocarse de paciente en alguno de los múltiples encuentros que se producen dentro de los hospitales está siempre latente.

Muchos errores en la identificación de pacientes son interceptados antes de brindar la atención, pero de los reportes remitidos a ECRI surge que algunos de estos errores alcanzan a los pacientes, a veces con consecuencias mortales.

Además de su potencial para producir daños graves, este tipo de error es particularmente problemático por un sinnúmero de razones, entre las cuales se incluyen:

- La mayoría de las equivocaciones de pacientes, sino todas, son prevenibles.
- La incorrecta identificación puede darse durante múltiples procedimientos y procesos, incluyendo pero no limitándose a la

admisión de los pacientes, el ingreso y transferencia de datos electrónicos, la administración de medicamentos, las intervenciones médicas o quirúrgicas, las transfusiones de sangre, los estudios diagnósticos, el monitoreo de pacientes y la atención de emergencia.

- Los errores en la identificación de pacientes pueden ocurrir en cualquier ámbito de atención de la salud, desde hospitales a centros ambulatorios, pasando por farmacias consultorios médicos y laboratorios.
- Ningún miembro del equipo de salud se encuentra exento de cometer este tipo de errores, Los mismos pueden ser cometidos por médicos, enfermeros, técnicos de laboratorio, farmacéuticos, camilleros, personal de ambulancias y otros.
- Muchos errores en la identificación de pacientes afectan al menos a dos personas. Cuando un paciente recibe la medicación que estaba destinada para otro paciente, por ejemplo, ambos pacientes – aquel que recibe la medicación equivocada y aquel que no la recibe- pueden sufrir daños.

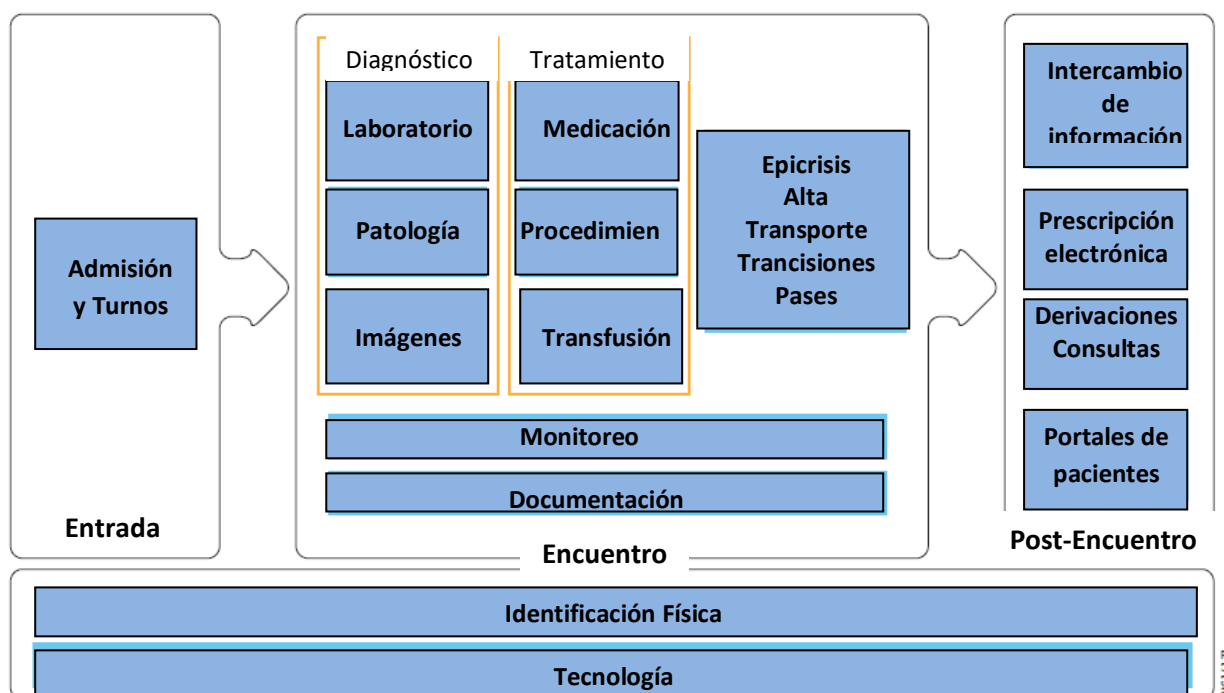
Comprendiendo la identificación de pacientes

ECRI Institute (PSO) utiliza la siguiente definición de "identificación del paciente", adaptada de la Australian Commission on Safety and Quality in Health Care:

“La identificación del paciente es el proceso de hacer coincidir al paciente con las intervenciones indicadas para él, y de comunicar información sobre la identidad del paciente de manera precisa y confiable en la continuidad del cuidado.”

Como se observa en la Figura 1, la identificación del paciente involucra a todos los encuentros del proceso de atención. ECRI Institute PSO desarrolló un mapa de este proceso para ayudar a conceptualizar el movimiento del paciente a través de todos los ámbitos de la atención y para mostrar algunos puntos de encuentro clave en donde su correcta identificación es necesaria.

Figura 1. Mapa del Proceso de Identificación del Paciente



Cuando se analizan eventos vinculados con la identificación de pacientes, debe tenerse en cuenta que el proceso involucra tres fases distintas:

- **Entrada:** (ej: registro en la admisión, otorgamiento de turnos, etc.)
- **Encuentro clínico:** (ej: diagnóstico, tratamiento, controles, alta, epicrisis.)
- **Post-Encuentro:** (ej: derivaciones, intercambios de información de salud, prescripción electrónica)

En todas estas fases subyacen la identificación física del paciente, utilizando al menos dos identificadores y las distintas tecnologías con aplicaciones que pueden facilitar el proceso. Dentro de estas tecnologías se incluyen a las historias clínicas electrónicas, los sistemas de prescripción computarizadas, los códigos de barra, los monitores de parámetros fisiológicos y más. Si bien el uso inapropiado de estas tecnologías puede contribuir a los errores en la identificación de los pacientes, cuando se utilizan apropiadamente pueden ayudar a prevenir equivocaciones.

Lo que revelan los reportes denunciados a ECRI

Para este proyecto, denominado “Deep Dive on Patient Identification Events”, ECRI Institute analizó 7.613 eventos de errores de identificación remitidos por

181 organizaciones de salud. El período de tiempo abarcó desde enero de 2013 hasta agosto de 2015. El término “evento” incluye tanto a los “casi accidentes” (en los cuales el error fue identificado antes de alcanzar al paciente), como a eventos que sí lo alcanzaron, algunos de los cuales produjeron daños.

Fig. 2 Ejemplos de eventos por equivocación de pacientes remitidos a ECRI

- **Internación Clínica:** Un paciente en paro cardíaco no fue resucitado porque el equipo de reanimación tomó la historia de otro paciente con orden de no resucitar.
- **Cirugía:** Un riesgo quirúrgico bajo fue ingresado erróneamente por un cardiólogo en la historia clínica de otro paciente que presentaba anomalías en su ECG. El paciente se operó, siendo encontrado sin respuesta en su habitación al día siguiente.
- **Nutrición:** Se le llevó por error una bandeja de comida a un paciente que tenía una sonda nasogástrica y con indicación de no recibir nada por vía oral. El paciente intentó comer lo que le llevaron y se descompensó.
- **Imágenes:** Se llevó a un paciente equivocado a realizarse una resonancia magnética bajo anestesia general. El paciente ya había sido relajado e intubado cuando se descubrió el error.
- **Farmacología:** Un paciente recibió una dosis de medicación antihipertensiva que estaba destinada para otro paciente. La dosis era 10 veces superior a la que estaba indicada para él. Hizo una hipotensión severa y tuvo que ser admitido en UTI.
- **Maternidad:** Un recién nacido recibió la leche de pecho de una madre equivocada. Esta madre estaba infectada con el virus de la hepatitis B, por lo que el bebé tuvo que ser tratado con inmunoglobulina anti-hepatitis B.
- **Consultorio:** Una secretaria se equivocó de paciente y marcó como “fallecida” a otra persona en el listado provisto por la historia electrónica de consultorio. Todos sus turnos pendientes fueron entonces cancelados, lo que no le causó ninguna gracia a esta paciente cuando concurrió a su consulta programada.
- **Centro de Ojos:** Dos pacientes con el mismo nombre de pila fueron programados para cirugía de cataratas. Uno de ellos fue llevado a quirófano, donde se le implantó la lente que estaba destinada al otro paciente.

Los analistas de ECRI Institute PSO clasificaron individualmente cada uno de los eventos utilizando una taxonomía especial desarrollada por el Instituto para el análisis de eventos vinculados con la identificación de pacientes. Esta taxonomía designaba modos de falla y los asociaba con cada evento. Algunos de los eventos tenían más de un modo de falla, de forma tal que se identificaron 7.740 fallas en los 7.613 eventos.

La Figura 2. muestra algunos ejemplos de los eventos por incorrecta identificación remitidos a ECRI por las instituciones que participan del programa de reporte de incidentes. Como puede apreciarse, estos eventos pueden ocurrir en ámbitos muy diversos.

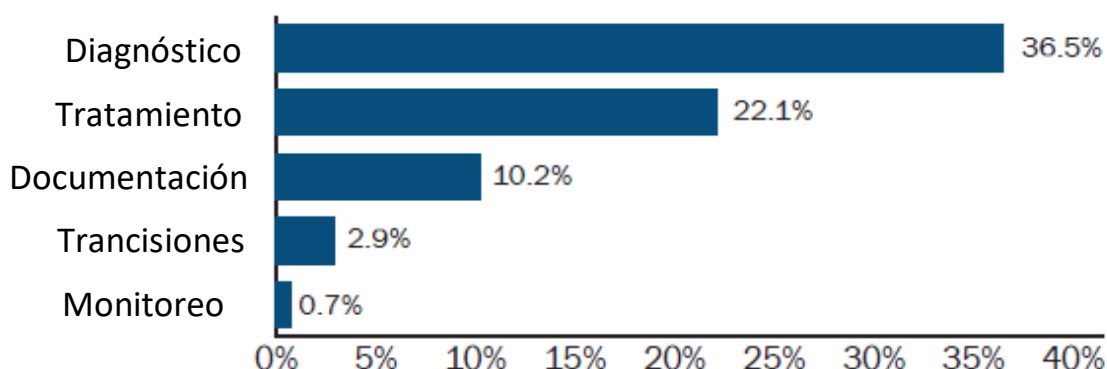
Estos eventos se vinculan con una gran variedad de factores que pueden contribuir a la equivocación de pacientes, entre los cuales podemos mencionar los siguientes:

- Ingresar a un paciente en la historia clínica de otro, o crear historias duplicadas en el registro de admisión.
- Utilizar el número de habitación o de cama para identificar a un paciente al cual habían cambiado de lugar.
- Hacer que el paciente confirme su nombre preguntándole (“¿Es usted el Sr. X?”), en vez de solicitarle que diga su nombre (“Dígame su nombre y apellido”)
- Tomar la historia clínica de un paciente con un nombre similar al de la persona que se buscaba.
- Ingresar órdenes o indicaciones en una historia clínica equivocada
- Averiguar la identidad del paciente sin utilizar dos identificadores aceptables o sin verificar los datos en la pulsera.
- Administrar una medicación antes de confirmar la identidad del paciente con el código de barras (en caso de utilizar esta tecnología)
- Mantener en los equipos de monitoreo fisiológico los datos de un paciente anterior al conectar al nuevo paciente, o asignar equipos portátiles de telemetría con el nombre equivocado.
- Confiar en la confirmación de identidad de pacientes con capacidades disminuidas

Análisis

Al analizar los 7.613 eventos, los especialistas de ECRI, entre otros hallazgos, encontraron lo siguiente:

Figura 3. Errores en la identificación de pacientes: Fase de Encuentro



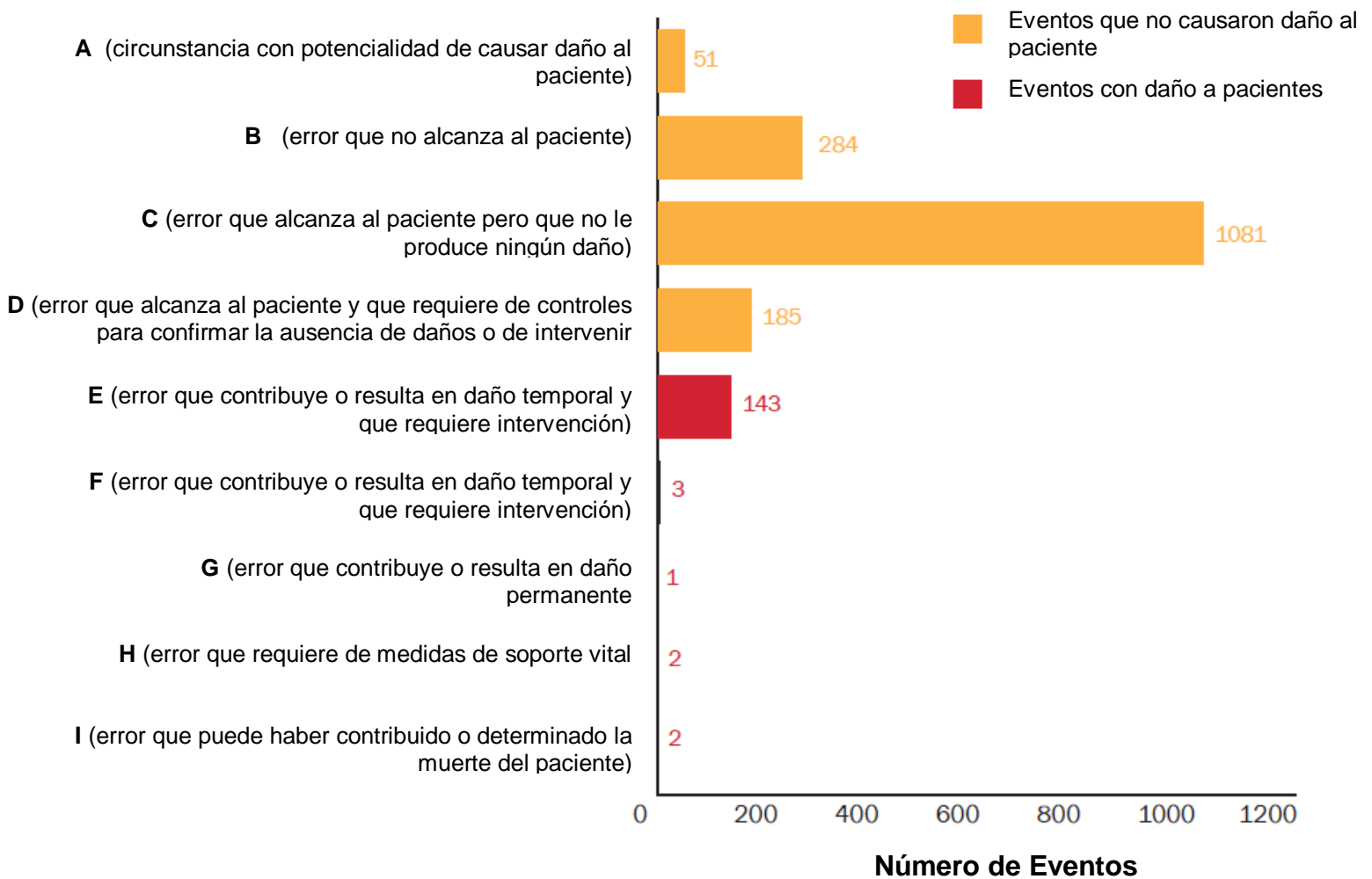
Nota: n=7.740 (algunos de los 7.613 eventos tenían más de una falla). Los porcentajes no llegan al 100 porque no se muestran los porcentajes de fallas en las fases de entrada y de post-encuentro

- La mayoría de las fallas (72,3%), ocurrieron durante encuentros con los pacientes. Otro 12,6% ocurrieron en el proceso de admisión (fase de entrada). Se identificaron muy pocas fallas en la fase post-encuentro.
- Más de la mitad de las fallas se observaron durante procedimientos diagnósticos (2.824 o 36.5%) y tratamientos (1.710 o 22,1%). Los procedimientos diagnósticos abarcaban laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes. Los procedimientos involucraban medicación, procedimientos y transfusiones.
- La mayoría de los eventos fueron detectados antes de que provocaran daño al paciente (en los casos en los que se usó el score de daños del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (1651 de 1752 eventos, o sea el 91,4%) Ver figura 4.
- Los dos errores de identificación que llevaron a la muerte de los pacientes se asociaron a problemas en la documentación. En un caso, se ingresó a una historia equivocada y, en el otro, la documentación de un paciente fue utilizada para autorizar la cirugía de otro, cuando la misma estaba contraindicada por elevado riesgo quirúrgico.
- Los errores vinculados con la identificación física de los pacientes representaron el 15% de todas las fallas identificadas. La mayoría de estos eventos caía en alguna de estas tres categorías: ausencia de

pulseras, identidad del paciente no verificada o pulseras con identificadores incorrectos.

- La tecnología fue un factor contribuyente en el 15% (1.148) de los errores de identificación.

Figura 4. Eventos de Identificación de pacientes por Score de Daños (n=1752)



NOTA: La escala de daños desde la letra A a la I está basada en el score que utiliza NCCMERP (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention) para analizar los errores de medicación

Recomendaciones clave

Liderazgo

- Comunique a todo el personal que la identificación de los pacientes es una prioridad de la organización y que resulta fundamental para una atención segura.
- Interiorícese sobre las prácticas de identificación de pacientes de su organización. Realice preguntas para identificar fortalezas y oportunidades de mejora (Ej.: ¿Hemos tenido eventos adversos o reclamos vinculados a un mal proceso de identificación de los pacientes?)
- Apoye las iniciativas para mejorar el proceso de identificación de pacientes. Aliente a las distintas personas que participan del esfuerzo y provea los adecuados recursos.

Políticas y procedimientos

- Examine los procesos de trabajo de su organización. Puede, por ejemplo, conducir un AMFE (análisis de modos de fallas y efectos) para descubrir cualquier problema sistémico y generalizado vinculado con la identificación de pacientes. El análisis de ECRI encontró que la falta de adherencia a las normas establecidas para la identificación de pacientes fue un factor contribuyente en eventos que condujeron a daños.
- Adopte un protocolo estandarizado para verificar la identidad del paciente; garantice que las normas y procedimientos aborden los detalles del proceso (ej: qué identificadores se utilizarán y cuándo)
- Garantice que todo el personal con responsabilidades vinculadas a la identificación de los pacientes reciba una adecuada capacitación acerca de la norma y de la importancia de adherir a los procedimientos establecidos.
- Comparta con el personal eventos relacionados con una incorrecta identificación de los pacientes ocurridos en su organización. Es la mejor forma de demostrar que estos errores pueden ocurrir y que pueden tener consecuencias serias.

Participación del paciente y de su familia

- Involucre al paciente y a su familia en el proceso, explicando el propósito de la organización y destacando el rol que les cabe para garantizar una correcta identificación.
- Estimule a los pacientes para que hablen si el personal no les pregunta por los identificadores o si son llevados para estudios o tratamientos que no esperaban.
- Permita a los pacientes acceder y ver la información ingresada en su admisión hospitalaria y las evoluciones médicas. Pídales que corrijan si falta información o si la misma es incorrecta; muchos errores surgen de escribir en la historia clínica de otro paciente.

Admisión de pacientes

- Apoye al personal de admisión estableciendo procedimientos claramente definidos para la identificación de pacientes cuando los ingresan. Si se falla en este punto, la información incorrecta introducida en la admisión puede comprometer la calidad de la atención durante toda la estadía del paciente, en caso de que la misma no sea identificada y corregida a tiempo.
- Considere reforzar el proceso de registro de admisión incorporando métodos biométricos que mejoren la identificación de los pacientes.
- Estimule un ambiente de trabajo que valore la contribución del personal de admisión a la seguridad de los pacientes a través de una identificación precisa.
- Implemente un plan de control de calidad que utilice indicadores tales como el número de incidentes de historias duplicadas o confundidas y comparta los resultados con el personal de admisión.
- Manténgase atento a las iniciativas públicas y privadas tendientes a mejorar el proceso de identificación y promueva el intercambio de información entre organizaciones.

Estandarice y simplifique

- Procure que las pulseras de identificación se encuentren estandarizadas para facilitar su uso y legibilidad (mismos identificadores, mismo lugar del nombre del paciente, etc.)
- Garantice la aplicación del Protocolo Universal para la Identificación de Paciente y Sitio Quirúrgico de la Joint Commission. Haga que todos los prestadores apliquen la “pausa” (time out) para identificar pacientes y sitio de intervención de manera uniforme y consistente.
- Disponga de una lista de procedimientos invasivos realizados fuera de los quirófanos que requieren de la aplicación del protocolo universal para prevenir errores de paciente o de sitio. (Ej: biopsias, catéteres centrales, infiltraciones articulares, drenaje de cavidades o inyecciones, etc.)

Tecnología

- Garantice el uso seguro de la tecnología para prevenir errores de pacientes. Adopte medidas para prevenir equivocaciones cuando la información de los pacientes es registrada en equipos electrónicos (análisis que se realizan en el punto de atención y monitores fisiológicos)
- Considere la utilización de tecnología de código de barras o de radiofrecuencia para la identificación de los pacientes, siendo consciente de sus limitaciones.
- Adopte un abordaje bien definido para evaluar e implementar nuevas tecnologías y vigile su utilización en la práctica. Si la tecnología está pobremente diseñada, si el personal no sabe usarla adecuadamente o piensa que interfiere con su trabajo, puede llevar a nuevas formas de error. Un ejemplo de esto son los errores que se generan por la función “copiar y pegar”.
- Exhiba claramente los atributos utilizados en la identificación de pacientes en todas las aplicaciones informáticas utilizadas por la institución (ej: nombre y apellido, fecha de nacimiento, edad, género, número de historia clínica). Cada pantalla o ventana de la historia electrónica debería tener un banner o encabezado con al menos dos identificadores.

- Si trabaja sobre un listado electrónico de pacientes, disponga los nombres que se encuentran en líneas adyacentes de la pantalla de forma tal que sean visualmente distintas (ej: color o sombreado distinto), para reducir la posibilidad de seleccionar el nombre de paciente equivocado.
- Aproveche las funciones de la historia clínica electrónica para fortalecer el proceso de verificación de identidad (ej: incorpore la foto del paciente o sistemas que recuerden el proceso de identificación)

Reporte de incidentes y respuestas

- Fomente una cultura en la cual el personal reconozca la importancia de reportar eventos y “casi accidentes” vinculados a errores en la identificación de los pacientes como parte del compromiso general de la organización con la seguridad.
- Analice los eventos identificados mediante el reporte de incidentes para determinar los factores sistémicos que influyeron en el error.
- Utilice lo aprendido a partir del reporte y análisis de estos eventos para mejorar el proceso de identificación y brinde feedback al personal acerca de las medidas que se implementarán como resultado de su reporte.
- Realice evaluaciones proactivas de riesgo con el objetivo de descubrir problemas latentes en el sistema de atención que contribuyan a la equivocación de pacientes. Analice la problemática particular de ciertos ámbitos o departamentos, como maternidad, neo, guardia de emergencias o psiquiatría.
- Audite periódicamente los procesos de identificación de pacientes (incluyendo procesos electrónicos) para monitorear la adherencia a los procedimientos.
- Provea a la dirección y al directorio de reportes acerca de la efectividad de las medidas de identificación de pacientes. Ayudará así a sostener el foco y compromiso de las máximas autoridades en esta problemática.

¿Qué puede hacer usted para garantizar que la atención se brinde siempre al paciente correcto?

El personal de salud es la primera línea de defensa para prevenir errores en la atención de los pacientes. Usted puede asegurar que la atención sea brindada siempre al paciente correcto solicitando sin excepción los dos identificadores establecidos por su organización cada vez que deba atenderlo, administrar medicación o brindar algún servicio de diagnóstico o tratamiento. No deje de utilizar los dos identificadores, aún cuando piense que conoce bien a su paciente. Su seguridad es su prioridad.

Los sí y los no de las prácticas de identificación de pacientes

SÍ

- Confirme los dos identificadores de pacientes utilizados por su organización al comienzo de cada encuentro con sus pacientes.
- Aplique las técnicas de identificación de pacientes de manera consistente, de acuerdo a las normas institucionales.
- Adopte medidas para evitar confusiones cuando distintos pacientes de su unidad tienen nombres parecidos.
- Solicite al paciente que digan su nombre y apellido junto con el otro identificador haciendo preguntas tales como “¿Cuál es su nombre? ¿Cuál es su fecha de nacimiento?”
- Exhiba de manera clara y destacada el nombre del paciente y el otro identificador en las pulseras, formularios, ventanas de la historia electrónica, etc..
- Etiquete los tubos de análisis o frascos de muestras biológicas con los dos identificadores en presencia del paciente.
- Verbalice e intercambie los identificadores específicos del paciente en cada pase o transición asistencial.
- Minimice interrupciones o distracciones durante la identificación de los pacientes.

- Reporte si observa desviaciones de la norma establecida para identificar pacientes.
- Trate e brindar facilidades o soluciones a las personas con diferencias de lenguaje o con problemas auditivos para que de algún modo puedan también participar del proceso de identificación.
- Concientice a los pacientes acerca de la importancia de que sean adecuadamente identificados en cada intervención.
- Involucre a los pacientes activamente en el proceso de identificación.

NO

- No utilice el número de habitación, de cama o el diagnóstico para identificar pacientes.
- No solicite al paciente que confirme su identidad preguntándole. ¿Es usted XXXX?
- No asuma que el paciente lo corregirá si lo llama por un nombre incorrecto. El mismo puede estar confundido, asustado o no haber escuchado su equivocación.
- No interne a personas con nombre similar en la misma habitación.
- No lleve consigo distintas tiras de etiquetas pre-impresas cuando recoge muestras.
- No etiquete las muestras antes de obtenerlas o luego de recoger muestras de distintos pacientes.
- No asuma que otro miembro del equipo involucrado en la atención de un paciente ya lo ha identificado positivamente.
- No permita desvíos de las normas de identificación de pacientes de la organización.

Conclusión

Este análisis de la serie “Deep Dive” (Buceo en Profundidad) de ECRI Institute PSO muestra que el riesgo de eventos adversos a partir de una incorrecta verificación de identidad se encuentra presente en todos y cada uno de los encuentros que los pacientes tienen con el sistema de salud en la continuidad de su atención.

Estos eventos pueden ocurrir durante múltiples procedimientos y procesos, y pueden involucrar a cualquier miembro del equipo de salud. En consecuencia, no existe una estrategia única para prevenirlos. Para evitar equivocarse de paciente, las organizaciones deben adoptar un abordaje multidimensional.

Este reporte aborda distintas estrategias de identificación de pacientes, incluyendo políticas y procedimientos, admisión, estandarización, tecnología, participación del paciente y de la familia, reporte de eventos y respuesta frente a los mismos. El liderazgo de las máximas autoridades de la organización resulta crucial para el éxito de cualquiera de estas iniciativas, evitando caer en lo que algún investigador denominó “cultura de bajas expectativas”. La verificación de la identidad debe hacerse siempre en cada encuentro y en cada procedimiento. El personal no debe relajarse adoptando hábitos inseguros que salteen este paso o que se lo tomen a la ligera. Los directivos deben comunicar claramente que la adecuada identificación de los pacientes es una de las principales prioridades de la organización.

Muchas instituciones miembros de ECRI PSO han compartido sus historias para este reporte y los pasos que tomaron para mejorar el proceso de identificación. Su experiencia deja en claro que las equivocaciones de pacientes pueden ser prevenidas, y que la prevención comienza con el compromiso organizacional a mejorar. ECRI Institute PSO alienta a que las organizaciones de salud consideren las recomendaciones de este reporte, en la búsqueda de una atención segura y de alta calidad.

Fuente:

* Traducción parcial y adaptación del Documento Patient Identification: Executive Summary. (PSO Deep Dive Series) ECRI Institute. August 2016 .
Puede obtenerse el original en inglés: <https://www.ecri.org/Pages/Patient-Identification-Deep-Dive.aspx>