

Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud

J. Morís de la Tassa^a, E. Fernández de la Mota^b, C. Aibar-Remón^c, S. Castan Cameo^d y J.M. Ferrer Tarrés^e

^aSeguridad del Paciente. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias. Universidad de Oviedo. Oviedo.

^bServicio de Calidad y Procesos. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla. España.

^cSeguridad del Paciente. Consejería de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. Universidad de Zaragoza. Zaragoza.

^dDirección General de Calidad y Atención al Paciente. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Valencia.

^eAliança per a la Seguretat dels Pacients. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona. España.

En las organizaciones sanitarias actuales, la identificación de los pacientes comporta riesgos de los que pueden derivarse desde diagnósticos erróneos hasta la realización de pruebas o intervenciones quirúrgicas, o la administración de medicamentos o hemoderivados, a pacientes equivocados.

Los organismos que velan por la seguridad de los pacientes propugnan la instauración de métodos que aseguren la identificación inequívoca como una de las acciones clave en las estrategias de mejora de la seguridad.

Las políticas de identificación deben garantizar la identificación de todos los pacientes mediante métodos inequívocos de implantación universal. A los profesionales nos compete confirmar la identidad del paciente, mediante los documentos apropiados, siempre que se realice un procedimiento diagnóstico o terapéutico que suponga riesgos para él.

En este trabajo se revisan las bases para una identificación inequívoca de los pacientes y se exponen las experiencias de 5 comunidades autónomas implicadas en el desarrollo de las estrategias de mejora de la seguridad de los pacientes promovidas por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Palabras clave: Sistemas de identificación pacientes. Seguridad de pacientes. Error sanitario.

Unique patient identification in hospitals in the National Health Service

Currently, patient misidentification in healthcare organizations is a risk that can lead to diagnostic errors, performing of surgical procedures, and administration of medicines or hemoderivates to wrong patients.

The organizations that deal with patient safety promote methods that guarantee unique identifications within the strategies for improving safety in healthcare.

Identification policies are obligatory to ensure the accuracy of the identification in all patients using universally implemented unique methods, and healthcare workers have the responsibility of verifying patient identification with appropriate documents when a diagnostic or therapeutic procedure is planned.

In this paper we review the bases for an unmistakable unique identification and present the experiences of five regional health services that develop the policies promoted in Spain by the Quality Agency of the Ministry of Health and Consumer Affairs.

Key words: Patient identification systems. Patient safety. Medical errors.

Correspondencia: Dr. J. Morís de la Tassa.
Coordinador del Programa de Seguridad del Paciente. Dirección General de Calidad e Innovación en Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
General Elorza 34, bajo. 33001 Oviedo. Asturias. España.
Correo electrónico: joaquin.moris@sespa.princast.es

En la atención sanitaria actual se da una serie de circunstancias que incrementan el riesgo de los pacientes de sufrir sucesos adversos. El informe del Institute of Medicine «*To err is human*»¹ llamó la atención sobre este grave problema y estimó entre 44.000 y 98.000 el número anual de fallecimientos como consecuencia de los errores ligados a la atención sanitaria en Estados Unidos a finales del siglo xx. El estudio ENEAS², realizado en nuestro país en 2005, encontró que un 8,4% de los pacientes ingresados en los hospitales españoles padece efectos adversos. Una proporción elevada no tiene repercusiones en el paciente, pero otros pueden tener consecuencias graves, incluso su fallecimiento. Entre ellos, adquieren especial trascendencia los relacionados con la identificación de los pacientes. El National Health Service³ ha recopilado 24.000 declaraciones sobre identificaciones erróneas de pacientes entre febrero de 2006 y enero de 2007.

Hoy día, la atención sanitaria especializada se presta en organizaciones muy complejas, que utilizan tecnología altamente cualificada, en un entorno en el que la eficiencia es un objetivo perseguido, con políticas tendentes a reducir la duración del ingreso o a realizar procedimientos en régimen ambulatorio. Se limita así la posibilidad de que el paciente sea conocido personalmente por el personal encargado de su atención, y el tiempo necesario para leer cuidadosamente la historia clínica y conocer el motivo del ingreso. Estos hechos son comunes a todos los sistemas sanitarios, por lo que el peligro es real en todos ellos y ningún centro puede considerarse a salvo de él^{4,5}.

Sobre estas premisas, en lo que concierne a la identificación, los riesgos se pueden traducir, y se han descrito en la literatura científica, en errores en la identificación de las muestras tras la extracción, realización de pruebas no solicitadas, errores en intervenciones quirúrgicas –confusión de paciente, error en el lugar de la intervención o en el procedimiento programado–, toma de decisiones equivocada basada en resultados analíticos, de imagen, o informes anatómopatológicos con errores de identificación⁵⁻¹⁸.

Más allá de lo que supone realizar un procedimiento invasor a un paciente en el que no estaba indicado ni previsto, administrar una medicación al paciente equivocado o tomar decisiones basándose en resultados que no le corresponden con el riesgo subsiguiente para él, estos hechos suponen una quiebra de la confianza de los ciudadanos en el sistema sanitario, no sólo en el centro en que se produce, sino también globalmente^{5,7}.

El volumen de actividad en el sector sanitario alcanza magnitudes extraordinariamente elevadas. En España, en 2005

las altas hospitalarias superaron los 5 millones, con más de 43 millones de estancias hospitalarias; se realizaron 4.221.922 intervenciones quirúrgicas, de las que el 24% fue en régimen ambulatorio; se atendieron más de 24 millones de urgencias y el número de consultas se acercó a los 72 millones¹⁹. La magnitud de estas cifras hace que sean posibles sucesos con una probabilidad de aparición muy baja.

Cuando las organizaciones analizan retrospectivamente los factores relacionados con los sucesos adversos graves, suele detectarse en su funcionamiento una serie de fallos, supuestamente intrascendentes y de escasa frecuencia de presentación, pero que cuando coinciden favorecen la aparición de errores con consecuencias para los enfermos⁵. Entre ellos están bien documentados los relacionados con la identificación de los pacientes²⁰.

Dadas su importancia y trascendencia, en nuestros días la mejora de la seguridad de los pacientes se ha convertido en un tema objeto de atención preferente por parte de la sociedad, y todos los sistemas sanitarios se implican activamente en ella.

El Ministerio de Sanidad, desde el año 2005, ha emprendido una línea de trabajo para incrementar la seguridad de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud, que ha desarrollado en colaboración con las diferentes comunidades autónomas. Estas acciones se han materializado a través de las políticas de cohesión y en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud²¹. La estrategia 8 persigue mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

En este trabajo, se esbozan las bases y los principios de la identificación de los pacientes para que se convierta en una herramienta útil y beneficiosa para su seguridad y se presentan algunas de las experiencias existentes en esta área en nuestro país.

Recomendaciones y bases para una identificación inequívoca

En el entorno sanitario, existen organizaciones que abogan y velan por la mejora de la seguridad de los pacientes, compendian y analizan los sucesos que se acompañan de daño o lesión para los pacientes y dan recomendaciones generales para evitarlas. Entre ellas están la World Alliance for Patient Safety, promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)²², organización que junto con la Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations (JCAHO)²³ han constituido el Collaborating Centre for Patient Safety²⁴, la National Patient Safety Agency²⁵ dependiente del National Health Service británico, el National Center for Patient Safety²⁶ de la Administración de Veteranos de Estados Unidos, y en nuestro país el Centro para la Seguridad Clínica de los Pacientes de la Fundación Avedis Donabedian (FAD)²⁷. Para todas ellas, la identificación inequívoca es uno de los objetivos prioritarios.

En la tabla 1 se resumen las recomendaciones de estos organismos para garantizar una identificación inequívoca. En la tabla 2, se detallan los puntos críticos en el proceso de identificación de pacientes, desde el primer contacto del paciente con el hospital hasta el momento de su alta, que deberán estar contemplados en el diseño de cualquier política de identificación.

El fichero de pacientes tiene que ser único en cada centro, y preferiblemente a nivel de servicio de salud. Los servicios de admisión dispondrán de una normativa para la recogida de datos y tendrán procedimientos para la asignación del número de identificación de los pacientes^{5,28}.

TABLA 1

Recomendaciones para una identificación inequívoca de pacientes²²⁻²⁷

- Fomentar el uso de al menos dos identificadores, apellidos y nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica, número de tarjeta sanitaria. Ninguno de ellos deberá ser el número de cama
- Utilizar una pulsera identificativa impresa de forma automática que contenga los datos de identificación
- Elaborar y difundir protocolos que contemplen criterios claros para la identificación de pacientes no identificables o para diferenciar aquellos con el mismo nombre
- Promover el etiquetado de las muestras ante el paciente, en el mismo momento de la extracción
- Establecer controles para evitar que la selección incorrecta de un paciente en la historia clínica informática se perpetúe
- Formar al personal en el procedimiento adecuado para la identificación de los pacientes y la necesidad de verificarla ante cualquier intervención de riesgo
- Transmitir a los profesionales la necesidad de comprobar la identidad de los pacientes y certificar que se trata del paciente correcto y el procedimiento indicado antes de realizarlo
- Incorporar activamente al paciente y a su familia en el proceso de identificación
- Hacer un seguimiento periódico del proceso de identificación en los pacientes hospitalizados

TABLA 2

Puntos críticos en la identificación inequívoca de pacientes

1. Selección del paciente en la base de datos del hospital
2. Impresión del brazalete
3. Verificación de la identidad y colocación de la pulsera
4. Selección del paciente en historias clínicas informáticas
5. Comprobación de la identidad en procedimientos y actuaciones de riesgo:
 - a) Recogida de muestras (sangre y otros productos biológicos, biopsias, etc.)
 - b) Pruebas diagnósticas invasoras
 - c) Intervenciones quirúrgicas
 - d) Administración de medicación y/o hemoderivados
6. Retirada de la pulsera identificativa

La identificación se realiza habitualmente mediante pulseras o brazaletes, que deberán ser seguras y cómodas, en varios tamaños, que se imprimirán de forma automática desde el sistema de información. El nombre, o nombres, y apellidos, o apellido, la fecha de nacimiento, el código de tarjeta sanitaria o el número del documento de identidad, y el número de historia del centro estarán presentes de forma universal^{22-27,29}. No se utilizarán, por incrementar la posibilidad de error, aquellas de escritura manual o en las que se adhieren las etiquetas de la asistencia.

La implantación progresiva de la historia clínica electrónica, en la que los facultativos eligen al paciente de una lista, puede inducir a errores por coincidencia de alguno de los datos de filiación o similitud en el número de historia clínica^{28,30}.

El número de cama nunca debe utilizarse con fines identificativos, ya que no sólo la inhabilita el método utilizado para todo el episodio asistencial si el paciente cambia de cama y/o servicio, sino que, además, puede ser fuente de error bien documentada en la literatura científica.

Tiene que estar designado el responsable de colocar la identificación cuando el paciente entre en contacto con el centro asistencial, que comprobará mediante métodos activos su identidad. Se vigilará el estado del brazalete durante el episodio asistencial por si fuera necesaria su reposición o sustitución. Las normas establecerán en qué momento puede retirarse la pulsera, que nunca será antes de que el pa-

ciente abandone, o el cadáver en caso de fallecimiento, el centro hospitalario. Esta política de identificación es extensiva no solamente a todas las unidades de hospitalización, sino también a la atención ambulatoria, diagnóstica o terapéutica, y en el área de urgencias.

La impresión en la pulsera de un código de barras permite implantar barreras integradas en la historia clínica informática, lo que incrementa de forma significativa la seguridad del paciente ante actuaciones de riesgo^{9,14,16-18,28,31}. Existen también sistemas de identificación por radiofrecuencia, obviamente más costosos, que permiten conocer en cada momento dónde está el paciente, facilitar todos los datos relevantes para el procedimiento que se va a realizar y confrontar su identidad con el procedimiento previsto^{15,32-36}.

A pesar de su utilidad, y de la seguridad que supone para el paciente, la identificación no siempre se realiza según las premisas previas establecidas. Es necesario que todos los profesionales verifiquen la identidad del paciente antes de realizar cualquier procedimiento^{37,38}. Además, ya hay estudios que exponen la frecuencia con la que los pacientes hospitalizados no disponen de identificación o ésta está deteriorada, y los riesgos que ello conlleva^{37,39-41}.

En el ámbito quirúrgico, especialmente en los quirófanos, la identificación del paciente no implica solamente que el paciente que está en el quirófano es el que debe estar, sino también que el equipo conoce los antecedentes y los datos complementarios relevantes del enfermo, el lugar de la intervención y el procedimiento previsto^{7,32}.

Hay que implicar a todos los profesionales, mediante una formación adecuada que haga énfasis en la importancia de una identificación correcta, los riesgos que conlleva la confusión de los pacientes y, especialmente, la necesidad de confirmar su identidad antes de realizarle cualquier procedimiento^{32,37}.

Hacer de la seguridad una prioridad para las organizaciones, implantar una cultura de declaración de incidentes con investigación de todos los acontecimientos en los que haya errores de identificación, involucrar a los pacientes y a su familiares en su propia seguridad y hacerles partícipes de los sucesos acaecidos que la comprometen contribuirán a mejorar la seguridad de los pacientes en el sistema sanitario y a incrementar la confianza de los ciudadanos en él^{10,12,42}.

Identificación inequívoca de pacientes en el Sistema Nacional de Salud

En la tabla 3, se resumen las diferentes políticas, estrategias, métodos y ámbitos de implantación de las cinco comunidades autónomas que se describen en este trabajo. El

método utilizado es similar, mediante una pulsera identificativa impresa de forma automática con código de barras, y los datos que contiene homogéneos. Destaca que una utiliza la edad en sustitución de la fecha de nacimiento, otras complementan la información con la fecha de atención o ingreso y el nombre del hospital; este último de indudable interés en los traslados entre hospitales dependientes del mismo servicio de salud. El número de historia se complementa con otros que abundan en la precisión de la identificación.

La utilización de la identificación está implantada en la mayor parte de los hospitales, pero no es universal en el ámbito de la atención especializada, especialmente en los servicios de urgencia, cuidados intensivos y áreas de atención ambulatoria con procedimientos de riesgo: hemodiálisis, pruebas diagnósticas o terapéuticas invasoras.

A continuación se expone el proceso de identificación en cada una de ellas.

Andalucía

La Estrategia para la Seguridad del Paciente en el Sistema Sanitario Público de Andalucía establece la necesidad de que «toda persona ingresada o atendida en los servicios de cuidados críticos de urgencias, debe estar unívocamente identificada (brazalete identificativo con, al menos, dos códigos de identificación diferentes) permitiendo de este modo conocer en todo momento sus datos de filiación y de usuario del sistema. Debe asegurarse que antes de realizar pruebas diagnósticas o administrar medicamentos o componentes sanguíneos a un paciente, se dispone de alguna de estas formas de identificación»⁴³.

Desde 1998, en Andalucía se regularon los procedimientos de identificación del recién nacido⁴⁴ y se han aplicado en todo el conjunto de centros hospitalarios. Al margen de este aspecto, desde 2006, en los 28 centros hospitalarios dependientes del Servicio Andaluz de Salud se inició la extensión de esta medida, dirigida inicialmente a la identificación inequívoca de los pacientes ingresados en los servicios de medicina intensiva, hematología y oncología médica.

Son sin duda tres empresas públicas –Hospital Alto Guadalquivir, Poniente y Costa del Sol– las que han incorporado plenamente la mejora en la identificación inequívoca y universal de los pacientes como un elemento clave en sus políticas de calidad. Basándose, fundamentalmente, en sistemas de identificación mediante pulseras que permiten, mediante un sencillo procedimiento de verificación, comprobar a pie de cama y de forma segura que se trata del paciente y el procedimiento correcto. Para ello, fue preciso automatizar la

TABLA 3

Resumen del proceso de identificación en las Comunidades Autónomas

Comunidad Autónoma	Andalucía	Aragón	Asturias	Cataluña	Valencia
Protocolo de identificación	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Implantación					
Hospitales comunidad	Parcial	Global	Global	Global	Global
Servicios y unidades	Parcial	Parcial	Parcial	Parcial	Parcial
Método identificación	Pulsera	Pulsera	Pulsera	Pulsera	Pulsera
Datos filiación	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Fecha nacimiento	Sí	Sí	Sí	Sí	edad
Fecha atención o ingreso	Sí	Sí	Sí	–	–
Número identificación	NHC/NUHSA	NHC	NHC/CIP	NHC	NHC/SIP
Código barras	Sí	Sí	Sí	Parcial	Sí
Nombre hospital	–	–	Sí	–	Sí
Alerta sobre alergias	Sí	–	–	–	Sí
Radiofrecuencia	Sí	–	–	–	–
Campaña de implantación (formación, publicidad, etc.)	Parcial*	Sí	Sí	–	Sí

CIP: código de identificación personal; NHC: número de historia clínica; NUHSA: número único de historia de salud de Andalucía; SIP: sistema de identificación poblacional.

*En los centros detallados en el texto.

identificación del NUHSA (número único de historia de salud de Andalucía) desde el archivo y disponer de una dotación técnica suficiente: aumentar la dotación informática en los controles de enfermería, disponer de lectores de código de barras, impresoras de etiquetas, etc. Se ha aprovechado la formación básica de los profesionales para incrementar sus conocimientos en materia de seguridad buscando la implicación del paciente y familiares en todo el proceso. En la actualidad, se identifican la totalidad de pacientes ingresados en servicios, médicos y quirúrgicos, y cerca de la mitad de las personas atendidas en los servicios de urgencias.

La utilización de pulseras con tecnología de radiofrecuencia (RFID) permite la identificación inequívoca de un paciente o producto, en este último caso facilita la identificación preventiva de movimientos del stock de fármacos con límite terapéutico estrecho o movimientos de dosis que excedan las habituales. Para ello, se emplea un pequeño chip adherido a la pulsera del paciente, o al producto, a través del cual es posible mantener un rastreo de su localización, mediante un equipo examinador-lector. Esta opción está reservada para pacientes con un mayor riesgo y limitada, por tanto, a ciertas áreas: hospital de día, unidades de hospitalización de pacientes oncológicos, que precisan de transfusión de sangre o hemoderivados, o cirugía. Esta opción requiere un avance simultáneo de la informatización de los centros y un riguroso balance coste-efectividad.

Aragón

En la Comunidad de Aragón, se constituyó, inicialmente, un grupo de trabajo formado por profesionales del Servicio Aragonés de Salud, que elaboró unos criterios comunes de identificación para todos los hospitales de la red.

Posteriormente, se elaboró un procedimiento común de identificación en que se definieron los identificadores que entrarían a formar parte del proceso, las normas para la selección del paciente de la base de datos en el servicio de admisión, las características estructurales de la pulsera identificativa, la forma de realizar la identificación en el momento de colocar la pulsera y los criterios de seguimiento y retirada.

Los datos que contiene sistemáticamente la pulsera son: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y de ingreso en el hospital, así como el número de historia clínica, que en el caso de ser provisional está grabado de forma inversa con números blancos sobre fondo negro. La impresión se realiza de forma centralizada en los servicios de admisión y su colocación se realiza a su llegada a la planta de hospitalización, dentro del protocolo de acogida al paciente.

Se diseñó un modelo único para todos los hospitales de la red (fig. 1). Se planificó y realizó un plan de formación y un programa de implantación. El proceso está establecido en todas las áreas de hospitalización, en los servicios de urgencias y en la cirugía mayor ambulatoria.

Como experiencia del proceso, debemos destacar que el nivel de implantación es diferente en los distintos centros; que se colocan a los pacientes pero, a pesar de la formación impartida y los esfuerzos de difusión, no están incorporadas de forma activa y universal, ya que no se efectúa de forma sistemática una comprobación de la identidad ante procedimientos de riesgo por parte de todos los profesionales.

Cataluña

La identificación correcta de los pacientes se considera una medida de primer orden para evitar errores en la atención diagnóstica-terapéutica, por lo que supone una de las prioridades de la Aliança per a la Seguretat dels Pacients a Catalunya, iniciativa impulsada desde el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya para establecer una red de grupos de interés que se impliquen en la promoción de la seguridad. Uno de los primeros objetivos fue conocer la situación de partida de la identificación de pacientes en los hospitales de Cataluña. Para ello, se diseñó un estudio en el que se pretendió cuantificar el grado de implantación de los sistemas de identificación de pacientes en los diferentes servicios hospitalarios, los motivos que limitaban el uso generalizado de un sistema de identificación de pacientes y recoger propuestas de mejora de los profesionales sanitarios. El estudio, transversal y descriptivo, incluyó a todos los hospitales públicos y privados de agudos de Cataluña censados por el Departament de Salut de Catalunya en 2004; se excluyeron los centros que no declaraban el conjunto mínimo básico de datos.

El instrumento básico del estudio fue un cuestionario elaborado por el equipo investigador, revisado por un grupo de profesionales sanitarios y validado previamente en su grado de comprensión verbal, adecuación de las preguntas y dificultad de respuesta. La encuesta fue enviada por vía electrónica, dirigida a la dirección de enfermería de cada centro hospitalario. La recogida de la información, por vía telefónica, se realizó durante el 2006.

Los principales resultados fueron que, de los 75 centros estudiados, un 90,7% declaró utilizar algún sistema de identificación de pacientes⁴⁵. Solamente el 26,7% de los centros disponían de sistemas de identificación en todos los servicios de hospitalización.

Basándose en los resultados de la encuesta, en las sugerencias y aportaciones del personal, y en las experiencias de otros centros a nivel internacional, la Aliança per a la Seguretat dels Pacients de Catalunya presentó una guía de recomendaciones para los centros hospitalarios⁴⁶. Su objetivo es ayudar a la normalización del uso y a la mejora de los procedimientos de identificación de pacientes en los centros hospitalarios, así como adaptar las recomendaciones en consonancia a su problemática para crear su propio protocolo o procedimiento operativo de identificación de pacientes. Los principales aspectos que aborda la guía son: recomendaciones generales, proceso de verificación positiva de la identidad del paciente, utilización del procedimiento de identificación de pacientes en circunstancias especiales o de riesgo elevado y evaluación del procedimiento de identificación de pacientes.

Principado de Asturias

El Principado de Asturias abordó la identificación inequívoca de los pacientes dentro de las Estrategias de Seguridad del Ministerio de Sanidad, y tomó como base y referencia las iniciativas preliminares que había realizado el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) en su Plan de Confortabilidad⁴⁷. Lo extendió a todo el ámbito de la atención especializada, e incluyó todos los centros que forman parte de la Red Sanitaria de Utilización Pública del Principado de Asturias.

Fig. 1. Pulsera identificativa del Servicio Aragonés de Salud.





Fig. 2. Calendario que compromete a los pacientes y sus familiares en la identificación.

... y a Pepe lo que es de Pepe, a Pilar lo que es de Pilar, a Rodrigo lo que es de Rodrigo, a Paloma lo que es de Paloma, a Jorge lo que es de Jorge...

- Evitemos los errores de identidad. Una correcta identificación garantiza una correcta administración de cuidados.
- Si no la lleva, está deteriorada o le molesta, comuniquenoslo para colocársela correctamente o proceder a su recambio.
- Es muy importante que lleve la pulsera identificativa durante su estancia en el hospital. Colabore con nosotros comprobando que los datos que contienen son los suyos.
- No se quite la pulsera hasta que llegue a su domicilio, una vez allí... ¡destrúyala!

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Programa de IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
 GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
 Dirección General de Organización de los Servicios Sanitarios

Se realizó una encuesta sobre las normas de identificación, el método utilizado y la población diana. En ella pudimos comprobar que el uso de la identificación no era universal, que colectivos de riesgo no estaban identificados, los métodos utilizados no eran uniformes y no existía una normativa clara sobre identificación, impresión, colocación, seguimiento, reposición y retirada de las pulseras. Tampoco existía una definición de las responsabilidades del personal en todo el proceso.

El grupo de trabajo elaboró una «Normativa sobre Identificación en el SESPA» tras revisar la literatura científica, las experiencias previas, las indicaciones de las diferentes agencias y las sugerencias de los profesionales. Los aspectos más importantes que regula son: la impresión directamente del sistema de información, los datos identificativos –nombre y dos apellidos, la fecha de nacimiento, el número de historia clínica (en cifras y en código de barras), el número de tarjeta sanitaria y el nombre del hospital–, la necesidad de ratificar la identidad por métodos activos por el personal encargado de su atención, la vigilancia periódica del estado de la pulsera y su retirada tras abandonar el centro, independientemente del motivo de alta. Para los pacientes que reciben atención de forma continuada en el ámbito ambulatorio, como hemodiálisis, se elaboraron unas tarjetas con los mismos datos de identificación completados con una fotografía, que porta el paciente durante su estancia en el hospital y custodia él mismo.

Se llevaron a cabo acciones de información y formación para todo el personal, incluido el directivo, y se elaboró material de apoyo en forma de carteles y calendarios. Un objetivo fue la implicación de los pacientes y para ellos se elaboró una información específica (fig. 2).

La implantación fue progresiva en todos los centros y, hoy en día, tras 18 meses de funcionamiento, podemos decir que está en todos los centros hospitalarios de nuestra red y llega a la población diana definida. El siguiente paso será aprovechar toda la potencialidad de la pulsera, especialmente el código de barras mediante lectores ópticos, para comprobar la identidad del paciente y establecer barreras ante determinados procedimientos que comporten riesgo para los pacientes: intervenciones quirúrgicas, técnicas invasoras diagnósticas o terapéuticas, administración de hemoderivados, etc., de forma integrada en el sistema informático del centro. La implantación progresiva de la historia clínica informática, actualmente en desarrollo en nuestra comunidad autónoma, permitirá establecer estos requisitos

con la mejora significativa que ello supone en la seguridad de los pacientes.

Valencia

La Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana ha puesto en marcha un sistema único y universal de identificación para todos los pacientes hospitalizados y los que acuden al servicio de urgencias en toda la red de hospitales de la Comunidad Valenciana a partir del segundo semestre de 2006.

Con esta iniciativa, la Conselleria implantó un sistema homogéneo de identificación de pacientes para verificar su identidad de forma sencilla y rápida antes de la realización de cualquier procedimiento en un centro asistencial.

De forma centralizada, se coordinaron las actividades necesarias para el diseño, contenido y formato de la pulsera, circuitos de información, emisión y protocolos de empleo, así como la tramitación administrativa y su puesta en marcha.

El brazaletes elegido, irrompible, indeleble, flexible y de uso cómodo para el paciente, contiene la información del paciente (nombre y apellidos, edad, sexo, número SIP, número de historia clínica, código de barras y nombre del hospital, y permite una inclusión de «U» si el paciente proviene de urgencias o «H» si de hospitalización), que se obtiene del sistema de información del propio hospital. El brazaletes se imprime mediante un sistema de transferencia térmica en el servicio de admisión a la vez que el paciente recibe el resto de la documentación antes de su ingreso o a la entrada del servicio de urgencias.

Al tiempo que se distribuyeron las impresoras y pulseras, se facilitó a los referentes de seguridad de cada hospital un protocolo de empleo. Se consideró importante difundir la iniciativa través de carteles divulgativos, así como organizar actividades para transmitir, informar y sensibilizar tanto a los profesionales como a la población general (fig. 3).

Entre mayo y junio de 2007, los hospitales habían procedido a la implementación de esta iniciativa, 4 meses más tarde se procedió a evaluar su cumplimiento y organización mediante un cuestionario enviado al responsable del proyecto en cada hospital. Los resultados reflejan una masiva incorporación de la pulsera, que alcanzó algo más del 90% en los pacientes hospitalizados. El porcentaje restante se debe a servicios tales como hospital de día, unidades de corta estancia, o psiquiatría, o a pacientes en tratamiento con hemoderivados o en diálisis que han supuesto excep-



Fig. 3. Cartel divulgativo sobre identificación.

ciones en el protocolo, al incluir, por ejemplo, pulseras identificativas propias, o variaciones en el uso.

En los servicios de urgencias, la situación varía, ya que resulta más difícil la incorporación de la colocación de la pulsera dentro del circuito asistencial.

Son excepcionales los hospitales que no utilizan los diferentes cierres blancos y amarillos para alertar de la presencia de alergias, y la mayoría también utiliza contenedores ordinarios una vez que se retira la pulsera.

Las propuestas de mejora por parte de los hospitales incluyen problemas de confidencialidad, de calidad de las pulseras, y la propuesta de realizar la impresión de pulseras no sólo en los servicios de admisión y admisión de urgencias, sino también en los servicios de corta estancia y hospital de día, ya que esta disponibilidad incrementaría su uso notablemente, y más si se ligara al uso de lectores ópticos de códigos de barra, sobre todo en pacientes con tratamientos quimioterápicos o con riesgo potencial considerable. La pulsera está preparada, ya que incorpora el código de barras, para aprovechar los sistemas ya existentes y para desarrollos futuros a corto y medio plazo.

Una vez conseguida la implantación generalizada del uso del brazalete en la práctica totalidad de los pacientes, el mayor esfuerzo recae en realizar la adaptación cultural necesaria que lleve a los profesionales a verificar de manera sistemática la identidad de todos los pacientes antes de cada actuación diagnóstica o terapéutica, conlleve o no un riesgo potencial.

Conclusiones

Están bien reconocidos los riesgos asociados a una identificación incorrecta de los pacientes y las graves consecuencias que pueden derivarse.

Las comunidades autónomas han desarrollado en sus políticas de seguridad programas de identificación inequívoca de los pacientes, acordes con las estrategias de seguridad del

paciente en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo. En este trabajo, se han expuesto cinco de ellas, de las que cabe destacar su universalización mediante la generalización de la pulsera identificativa, la uniformidad en los datos identificativos, la necesidad de comprobación ante procedimientos de riesgo, la formación del personal y las iniciativas para comprometer a los pacientes en su propia seguridad.

Las organizaciones facilitan mecanismos y procedimientos para garantizar una identificación inequívoca de los pacientes. A todos los profesionales sanitarios nos queda incorporar la comprobación de la identificación en nuestro diario quehacer y especialmente ante cualquier maniobra de riesgo, para mejorar la seguridad de los pacientes.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores han declarado no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: Institute of Medicine. National Academy Press; 2000.
2. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005: informe, febrero 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
3. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/patientsafety/patient-safety-incident-data/quarterly-data-reports>
4. Anónimo. Technology can make patients safer. *Lancet*. 2005;366:608.
5. Chassin MR, Becher EC. The wrong patient. *Ann Intern Med*. 2002;136:826-33.
6. Makary MA, Epstein J, Pronovost PJ, Millman EA, Hartmann EC, Freischlag JA. Surgical specimen identification errors: a new measure of quality in surgical care. *Surgery*. 2007;141:450-5.
7. Simon JW, Ngo Y, Khan S, Strogatz D. Surgical confusions in ophthalmology. *Arch Ophthalmol*. 2007;125:1515-22.
8. Suba EJ, Pfeifer JD, Raab SS. Patient identification error among prostate needle core biopsy specimens—are we ready for a DNA time-out? *J Urol*. 2007;178:1245-8.
9. Regan F, Taylor C. Blood transfusion medicine. *BMJ*. 2002;325:143-7.
10. Dock B. Improving the accuracy of specimen labeling. *Clin Lab Science*. 2005;18:210-2.
11. Wagar EA, Tamashiro L, Yasin B, Hilborne L, Bruckner DA. Patient safety in the clinical laboratory: a longitudinal analysis of specimen identification errors. *Arch Pathol Lab Med*. 2006;130:1662-8.
12. Fraser SG, Adams W. Wrong site surgery. *Br J Ophthalmol*. 2006;90:814-6.
13. Giles SJ, Rhodes P, Clements G, Cook GA, Hayton R, Maxwell MJ, et al. Experience of wrong site surgery and surgical marking practices among clinicians in the UK. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:363-8.
14. Murphy MF. Application of bar code technology at the bedside: the Oxford experience. *Transfusion*. 2007;47 Suppl:120S-4.
15. Franklin BD, O'Grady K, Donyai P, Jacklin A, Barber N. The impact of a closed-loop electronic prescribing and administration system on prescribing errors, administration errors and staff time: a before-and-after study. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:279-84.
16. Cochran GL, Jones KJ, Brockman J, Skinner A, Hicks RW. Errors prevented by and associated with bar-code medication administration systems. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33:293-301.
17. Yates C. Implementing a bar-coded bedside medication administration system. *Crit Care Nurs Q*. 2007;30:189-95.
18. McDonald CJ. Computerization can create safety hazards: a bar-coding near miss. *Ann Intern Med*. 2006;144:510-6. Erratum in: *Ann Intern Med*. 2006;145:235.
19. Datos de actividad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. [Accedido 11 Jun 2008]. Disponible en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/estHosp05/publicacionESCR12005.pdf>
20. NCPS Patient Misidentification Study: A Summary of Root Cause Analyses. [Accedido 11 Jun 2008]. Disponible en http://www.va.gov/ncps/TIPS/Docs/TIPS-_jul03.doc
21. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2006.
22. [Accedido 11 Jun 2008]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/>
23. [Accedido 11 Jun 2008]. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/>

24. [Accedido 11 Jun 2008]. Disponible en: <http://www.jcipatientsafety.org/28835/>
25. [Accedido 11 Jun 2008]. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/patient-safety/alerts-and-directives/directives-guidance/patient-identification/>
26. [Accedido 11 Jun 2008]. Disponible en: <http://www.patientsafety.gov/>
27. [Accedido 11 Jun 2008]. Disponible en: http://www.fadq.org/default_principal.asp?cidioma=2
28. Bittle MJ, Charache P, Wassilchick DM. Registration-associated patient misidentification in an academic medical centre: causes and corrections. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;33:25-33.
29. Sevdalis N. Design and specification of patient wristbands. NPSA, 2007. [Accedido 11 Jun 2008]. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/patient-safety/alerts-and-directives/notices/wristbands/>
30. Gray JE, Suresh G, Ursprung R, Edwards WH, Nickerson J, Shiono PH, et al. Patient misidentification in the neonatal intensive care unit: quantification of risk. *Pediatrics.* 2006;117:e43-7.
31. Heinen MG, Coyle GA, Hamilton AV. Barcoding makes its mark on daily practice. *Nurs Manage.* 2003;45 Suppl:18-20.
32. Schimpff SC. Improving operating room and perioperative safety: background and specific recommendations. *Surg Innov.* 2007;14:127-35.
33. Sandberg WS, Häkkinen M, Egan M, Curran PK, Fairbrother P, Choquette K, et al. Automatic detection and notification of «wrong patient-wrong location» errors in the operating room. *Surg Innov.* 2005;12:253-60.
34. Dzik WH. New technology for transfusion safety. *Br J Haematol.* 2007;136:181-90.
35. Dzik S. Radio frequency identification for prevention of bedside errors. *Transfusion.* 2007;47 2 Suppl:125S-9.
36. Young D. Pittsburgh hospital combines RFID, bar codes to improve safety. *Am J Health Syst Pharm.* 2006;63:2431-5.
37. Ranger CA, Bothwell S. Making sure the right patient gets the right care. *Qual Saf Health Care.* 2004;13:329.
38. Trapskin PJ, White L, Armitstead JA. Improving the accuracy of patient identification in the medication-use process. *Am J Health Syst Pharm.* 2006;63:218;220-2.
39. Perry DC, Scott SJ. Identifying patients in a hospital: are more adverse events waiting to happen? *Qual Saf Health Care.* 2007;16:160.
40. Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong patient adverse events: Are they preventable? *Arch Surg.* 2006;141:931-9.
41. Howanitz PJ, Renner SW, Walsh MK. Continuous wristband monitoring over 2 years decreases identification errors: a College of American Pathologists Q-Tracks Study. *Arch Pathol Lab Med.* 2002;126:809-15.
42. Zohar E, Noga Y, Davidson E, Kantor M, Fredman B. Perioperative patient safety: correct patient, correct surgery, correct side—a multifaceted, cross-organizational, interventional study. *Anesth Analg.* 2007;105:443-7.
43. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Estrategia para la seguridad del Paciente. Sevilla; 2006.
44. Decreto 101/1995 de 18 de abril que determina los derechos de los progenitores y los recién nacidos. Junta de Andalucía. BOJA n.º 72, de 17 de mayo, 1995.
45. Martínez L, Gimeno V, Anglés R, Bañeres J, Torralba L, Manzanera R. Sistemas de identificación de pacientes en hospitales de Cataluña. *Rev Calidad Asistencial.* 2008;23:158-63.
46. Aliança per a la Seguretat dels Pacients a Catalunya. Procediment operatiu per a la identificació adequada dels pacients. [Accedido 11 Jun 2008]. Disponible en: http://www.seguretatpacient.org/cms/index_staging_es.html
47. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Plan de Confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Oviedo: SESPA; 2004.