

UNIVERSIDAD DE ALMERIA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia



MÁSTER OFICIAL
EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA
Curso académico 2012/2013
Trabajo de Fin de Máster

SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA
IDENTIFICACION INEQUIVOCA DE USUARIOS

Autor: Francisco Jose Reche Gonzalez
Tutor: Gabriel Aguilera Manrique

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN.	6
2.1. JUSTIFICACION Y RELEVANCIA.....	6
2.2. ESTADO DEL CONOCIMIENTO.....	10
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	16
2.3.1. TAXONOMIA	16
2.3.2. MODELOS DE GESTION DE RIESGO.....	17
2.3.3 EL MODELO DE V. HENDERSON.....	20
2.4. PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN.....	24
2.5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	25
2.6. OBJETIVOS.....	26
3. METODOLOGIA	27
3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	27
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	27
3.3. VARIABLES.....	30
3.4. MATERIAL / INSTRUMENTOS.....	33
3.5. PROCEDIMIENTO.....	34
3.6. ANALISIS ESTADISTICO.....	36
4. RESULTADOS.	37
4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA.....	37
4.1.1. RESULTADOS DEL SUBESTUDIO 1.....	37
4.1.2. RESULTADOS DEL SUBESTUDIO 2.....	46
4.2. ANALISIS DE FIABILIDAD.....	57
5. DISCUSION.	61
6. CONCLUSIONES.	64
7. BIBLIOGRAFIA.	66
8. ANEXOS.	72

1. RESUMEN.

INTRODUCCION:

La importancia de la correcta identificación de pacientes es cada vez más patente. Buena parte de los problemas de seguridad se asocian con frecuencia a complicaciones producidas por errores de identificación al administrar una medicación a un paciente equivocado, errores en intervenciones quirúrgicas (cirugía en paciente, procedimiento o lugar quirúrgico equivocados), transfusiones de sangre y hemoderivados, realización de pruebas diagnósticas no solicitadas, decisiones equivocadas basadas en resultados de imagen con errores de identificación o en informes anatomopatológicos y analíticas con identificación errónea de la muestra tras la extracción.

OBJETIVO:

Conocer el grado de cumplimiento del protocolo de identificación de pacientes y las actuaciones asociadas al mismo en las diferentes unidades del Hospital de Poniente.

METODO:

El estudio tiene un diseño observacional descriptivo-correlacional en el que han participado 263 pacientes y 156 profesionales de enfermería DUEs (Diplomados Universitarios en Enfermería) y TCAEs (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) y que a su vez se ha dividido en 2 subestudios, el primero dirigido a los usuarios y cuidadores para conocer la percepción de estos sobre la identificación inequívoca y el segundo dirigido a profesionales para valorar el grado de seguimiento del protocolo y la forma de actuar de estos en lo que respecta a la seguridad en la identificación.

RESULTADO:

Aunque casi todos los profesionales conocen la existencia del protocolo de identificación de pacientes 99,4%, solo el 65,4% de los pacientes portan pulsera identificativa frente a un 34,6% que no la portan, hay disparidad en el número de pacientes identificados mediante pulsera entre las diferentes unidades.

La identificación verbal y la lectura de la pulsera identificativa por parte de los profesionales antes de realizar algún procedimiento o prueba varía entre un 50-70% dependiendo que

contesten usuarios o profesionales.

Solo al 53,8% de los pacientes que portan la pulsera, se les ha explicado la utilidad y el porque de la colocación.

Un 65,4% de los profesionales desecha las pulseras en los contenedores habilitados a tal efecto.

2. INTRODUCCION.

El interés en la medida y en la evaluación de la calidad ha ido creciendo de forma considerable durante las dos últimas décadas, esto es debido a diversos factores, como el reconocimiento de la gran variabilidad existente en la práctica clínica, la mayor disponibilidad de evidencia de eficacia probada y la creciente preocupación sobre el costo y la calidad del cuidado de la salud. Además este interés ha ido creciendo en la línea de que el cuidado de la salud sea seguro, sobre todo desde que en 2001 el Institute of medicine (IOM) incluyera la seguridad como una más de las dimensiones de la calidad.

2.1 JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA.

Hace unos 2400 años Hipócrates de Cos^a, al que muchos autores han considerado el padre de la medicina en reconocimiento a sus importantes y duraderas contribuciones a esta ciencia, dentro de sus principios estaba el de “primum non nocere”, (lo primero es no hacer daño), que si bien, no siempre es posible aplicar este principio, si debería de hacer reflexionar al personal sanitario a considerar los posibles daños que sus acciones pueden provocar.

Este principio casi olvidado a lo largo de la historia, esta cada vez tomando más relevancia¹, la seguridad del paciente es el principal objetivo de calidad en salud y es el resultado de una serie de valores, actitudes competencias e intervenciones por parte de los profesionales y del sistema de salud.

Debido a los riesgos inherentes en la prestación de cuidados de salud, la seguridad del paciente, esta hoy en día, presente en las agendas de las organizaciones asociadas a la salud tanto a nivel nacional como internacional, tales como La Organización Mundial de la Salud (WHO), The Joint Commission on Accreditation of Healthcare y la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud español.

Solo puede ser logrado el nivel mas alto en seguridad del paciente con el apropiado conocimiento de los riesgos en salud, su eliminación, prevención y protección cuando seamos conscientes de su existencia.

^a Médico de la antigua Grecia (460aC – 370aC)

La complejidad y la especialización de la práctica asistencial están suponiendo más calidad, eficacia y eficiencia en la atención sanitaria prestada al paciente. Sin embargo, de la mano de esos mismos avances es posible que, ocasionalmente, se produzcan efectos adversos asociados a los procesos de atención sanitaria.

En este contexto, existen distintas iniciativas nacionales e internacionales^{2,3} dirigidas a garantizar que la seguridad del paciente se sitúe en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos inherentes a la mejora de la calidad de la atención al paciente, y a que se le considere un derecho básico de los ciudadanos.

La identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de los problemas y las complicaciones asociadas a errores en la asistencia. Culturalmente la forma más habitual de identificación de los pacientes en centros sanitarios es el número de habitación o cama, el diagnóstico, las características físicas o psicológicas o por el hecho de que respondan a un nombre determinado. Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, procedimientos en la persona incorrecta y altas de bebés que se entregan a las familias equivocadas⁴.

El personal sanitario suele ser excesivamente confiado en lo que a la identificación de pacientes se refiere. Al conocer a un paciente, se asume que los demás también lo conocen.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations⁵ (JCAHO), organización no gubernamental y sin ánimo de lucro que acredita a más de 18.000 organizaciones sanitarias y programas de salud en Estados Unidos, viene elaborando criterios de buena práctica y estándares desde 1951. Ha incorporado a su agenda nuevas exigencias para garantizar la seguridad de los pacientes. Una de sus metas desde 2003 es “mejorar la exactitud en la identificación del paciente”.

El Instituto de Medicina² (IOM) de Estados Unidos indicó que los errores de identificación del paciente eran un problema crítico del sistema de atención médica. De acuerdo con la American Hospital Association⁶ no debería hacerse la identificación verbal porque los pacientes pueden estar sedados, con pérdida de atención, indiferentes, confusos o simplemente incapaces de responder, los pacientes pueden tener barreras de lenguaje e

idiomáticas, problemas de audición o ser demasiado jóvenes. Todos estos aspectos pueden aumentar la probabilidad de errores y atentar contra la seguridad en la atención.

El Centro de Investigación para la Seguridad de los Pacientes (CISP) promovido por la fundación Avedis Donabedian y la fundación Mapfre Medicina, publica las “Alertas de Seguridad Clínica”, priorizadas en función de la evidencia científica de mayor impacto y por coste de aplicación. Han sido elaboradas por expertos, con consulta a sociedades científicas y revisadas por responsables de cada uno de los temas. La alerta número 1 es la “inadecuada identificación de pacientes”⁷. Además, una de las estrategias de mejora propuestas en la alerta nº 7 “Administración Segura de Medicamentos”⁸ es la identificación de pacientes a pie de cama antes de administrar el medicamento.

Existen razones fundadas, por lo tanto, para asumir que la identificación adecuada de los pacientes es un desafío para los centros asistenciales. Las múltiples intervenciones de gran complejidad, tanto desde el punto de vista técnico como de gestión, donde intervienen diversidad de personas y servicios, la hacen aún más prioritaria.

Un primer paso en la correcta identificación de los pacientes es la utilización de un brazalete identificativo⁹ que permita en todo momento conocer su filiación.

Con el uso de un brazalete, se ha observado una notable disminución de alrededor de un 50% en los errores asociados a la inadecuada identificación de los pacientes⁷. En él deberían constar de forma legible, nombre, apellidos y número de historia clínica del paciente y se debería colocar en el momento de ingreso del paciente al centro y no retirarse hasta el momento del alta hospitalaria. De esta forma, todos los procedimientos se realizarían con el paciente portando su brazalete.

Cada hospital debiera aplicar una normativa sobre la utilización del brazalete identificativo:

- “Todos los pacientes deben tener un brazalete identificativo en la muñeca o, cuando no sea posible, en el tobillo.
- En el brazalete tienen que constar de forma legible nombre y apellidos y el número de historia clínica del paciente”.

La identificación incorrecta de los pacientes fue mencionada en más de 100 análisis de causas

fundamentales individuales realizados por el Centro Nacional para la Seguridad del Paciente del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA) de los Estados Unidos, desde Enero del 2000 hasta Marzo de 2003¹⁰

Un segundo paso es el establecimiento de un proceso de identificación de pacientes en el que no se realice ningún tipo de intervención, prueba, administración de medicamentos, etc, sin comprobar la correcta identificación del paciente:

- “No deberán hacerse pruebas diagnósticas ni administrarse medicamentos o componentes sanguíneos a pacientes que no dispongan de brazaletes”.

En cuanto a la aplicación de medicamentos, deberían de aplicarse los 5 puntos que se han convertido en una norma estandar en los hospitales “five right of patients¹¹ que consiste en verificar durante la administración de los medicamentos a los pacientes, que se trate del paciente correcto, el medicamento correcto, el momento correcto, la dosis correcta y el metodo de administración correcto.

2.2 ESTADO DEL CONOCIMIENTO.

Una mala identificación de pacientes puede llegar a tener consecuencias fatales. Se trata de un problema generado 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 Commisión) como el objetivo nacional de seguridad en los pacientes nº 1 , y es la piedra angular en la cual se basan los otros objetivos¹²

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 casos incidentes relacionadas con la pérdida de pulseras identificativas o brazaletes con identificación incorrecta¹³

En un periodo de tres años se denunciaron al Centro Nacional para la Seguridad del Paciente del departamento de Veteranos de los EE.UU, más de 100 eventos adversos vinculados a una incorrecta identificación de los pacientes¹⁰.

Un análisis de los errores de medicación reportados durante el 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 del fármaco al paciente incorrecto. El 1,5% de estos errores resultaron en algún tipo de daño (160 pacientes)¹⁴. 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 errores¹⁵

Han pasado 13 años desde que en 1999 el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publicara el informe *To err is Human*, que puso en evidencia la magnitud de los problemas relacionados con la seguridad de los pacientes. Y entre ellos el propio IOM (Institute Of Medicine) señaló a los errores de identificación del paciente como problema crítico del sistema de atención médica.²

Desde entonces se han realizado estudios en otros países, incluido España (estudios ENEAS¹⁶, en este estudio participaron 24 hospitales, se determinó que el 8,4% de los pacientes presentaron algún EA (Evento Adverso) relacionado directamente con la hospitalización. APEAS¹⁷ en este estudio participaron 48 centros de salud de 16 comunidades autónomas, el 11,18% de los pacientes presentaron algún EA, EARCAS¹⁸ e IBEAS.¹⁹

Desde gobiernos y organizaciones internacionales se han puesto en marcha estrategias para impulsar la seguridad de los pacientes que reciben asistencia sanitaria.

En el año 2004 se crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente²⁰ con la misión de coordinar, difundir y acelerar mejoras en seguridad del paciente a nivel mundial y facilitar el desarrollo de políticas y prácticas relacionadas con la seguridad del paciente entre los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Entre las actuaciones realizadas destaca la publicación de las Nueve soluciones en seguridad del paciente²¹ que la OMS lanzó en 2007, que son intervenciones y medidas para evitar la repetición de algunos problemas frecuentes y reducir el riesgo que corren los pacientes.

Las 9 soluciones se centran en los siguientes aspectos:

- Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.
- Identificación de pacientes.
- Comunicación durante el traspaso de pacientes.
- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
- Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
- Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
- Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
- Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
- Mejorar la higiene de manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Concretamente la Segunda solución, relacionada con la identificación inequívoca de pacientes, es la base de este trabajo y un elemento clave de nuestras estrategias de seguridad. En ella se recoge cómo la identificación incorrecta de los pacientes continúa dando como

resultado errores de medicación, errores de transfusión, errores de pruebas, procedimientos en la persona incorrecta, etc.

Dentro de esta segunda solución se plantean una serie de medidas a tener en cuenta por los estados:

1. *Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con sistemas implementados que:*
 - a. Hagan énfasis en la responsabilidad principal de los trabajadores de la atención sanitaria de verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta (por ej. resultados de análisis de laboratorio, muestras, procedimientos) antes de administrar la atención.
 - b. Fomenten el uso de al menos dos identificadores (por ej. Nombre y fecha de nacimiento) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión o de la transferencia a otro hospital o entorno de atención y previo a la administración de la atención. Ninguno de estos identificadores debería ser el número de habitación del paciente.
 - c. Estandaricen los enfoques para la identificación del paciente entre los distintos establecimientos dentro de un sistema de atención sanitaria. Por ejemplo, el uso de bandas de identificación blancas sobre las que se pueda escribir un patrón o marcador estandar e información específica (por ej. nombre y fecha de nacimiento), o la implementación de tecnologías biométricas.
 - d. Proporcionen protocolos claros para identificar pacientes que carezcan de identificación y para distinguir la identidad de los pacientes con el mismo nombre. Deben desarrollarse y utilizarse enfoques no orales para identificar pacientes comatosos o confundidos.
 - e. Fomenten la participación de los pacientes en todas las etapas del proceso.
 - f. Fomenten el etiquetado de los recipientes utilizados para la sangre y demás muestras en presencia del paciente.
 - g. Proporcionen protocolos claros para conservar la identidad de las muestras del paciente durante los procesos preanalíticos, analíticos y postanalíticos.
 - h. Proporcionen protocolos claros para el cuestionamiento de los resultados de análisis de laboratorio u otros hallazgos de los análisis cuando no coincidan con la historia clínica

del paciente.

- i. Prevean controles y revisiones reiterados a fin de evitar la multiplicación automática de un error en el ingreso de datos a la computadora.
2. *Incorporar 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 atención sanitaria.*
3. *Educar 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.*

Estas medidas se han aplicado a nuestra realidad asistencial a través de estrategias nacionales (Plan de Calidad²² y la Estrategia en Seguridad del Paciente²³ del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) y autonómicas (Estrategia para la Seguridad del Paciente en el sistema Sanitario Público Andaluz 2006-2010²⁴

De forma específica en 2009 la Consejería de Salud de Andalucía, a través del Comité Operativo para la Seguridad del Paciente, elaboró un Procedimiento general de Identificación de Pacientes²⁵ cuyo objetivo era establecer a nivel autonómico una política de identificación segura de pacientes, que incluyera los requerimientos mínimos a contemplar que ofrecen estas garantías, con el fin de identificar de forma inequívoca al paciente como la persona a la que van dirigidos el tratamiento, los cuidados o el servicio y a su vez relacionar el tratamiento, los cuidados o servicios con dicho paciente.

La elaboración y difusión de este instrumento, centrado en el uso de brazaletes identificativos con al menos tres códigos de identificación diferentes (NUHSA, nombre y apellidos y fecha de nacimiento), ha posibilitado la implantación de la identificación como una buena práctica en el conjunto del SSPA.

Además en Andalucía se ha evaluado la implementación global de la estrategia para la Seguridad del Paciente 2006-2010, a través del Observatorio para la Seguridad del Paciente²⁶, donde se constata una extensa implantación de prácticas de identificación de pacientes.

A continuación se señalan algunas de las conclusiones del Análisis de la implementación de la Estrategia de Seguridad del Paciente en el SSPA 2006-2010:²⁷

- El porcentaje de centros evaluados que disponen de un sistema para la identificación de pacientes adultos es del 85% para los hospitales, del 83% atención primaria y del 75% de los servicios de EPES autoevaluados.
- La pulsera identificativa se aplica en la mayoría de los centros a todo paciente ingresado, sobre todo en el área de hospitalización, bloque quirúrgico y en cirugía mayor ambulatoria. En áreas como urgencias y hospital de día no se encuentra implantado en todos los centros.
- Los resultados positivos en identificación de pacientes están facilitados por la obligatoriedad de la implantación de la pulsera en el medio hospitalario, la disponibilidad de un procedimiento único para todo el SSPA, la implicación del liderazgo de los diferentes niveles y la informatización de la información sobre pacientes con la actuación de la BDU.
- Existencia de importantes barreras para el desarrollo de buenas prácticas en identificación: baja sensibilización profesional por desconocimiento de la utilidad y el impacto que tiene el uso de identificadores, desconocimiento por los propios usuarios, cultura de no identificación que hace a la ciudadanía reticente a portar su DNI o la tarjeta sanitaria.
- Necesidad de aumentar la difusión del procedimiento de identificación y de facilitar la disponibilidad en los centros de lectores electrónicos de brazaletes.

A partir de estos resultados se ha diseñado la nueva Estrategia para la Seguridad del Paciente en el Sistema Sanitario público Andaluz 2011-2014²⁸, donde la identificación de pacientes vuelve a tener un papel clave.

Pero además en Andalucía se ha impulsado la identificación de pacientes desde otros ámbitos, como la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía²⁹ (ACSA) o la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA).

La ACSA ha incorporado estándares específicos de identificación de pacientes en sus manuales de acreditación de centros sanitarios, como el estándar 2 10C.05_00 del grupo 1-O (de obligado cumplimiento) establece lo siguiente: *“El Centro tiene establecido un procedimiento seguro de identificación de los pacientes para aplicarlo antes de la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de riesgo potencial, o antes de la administración de medicamentos y hemoderivados”*.

De esta forma todos los centros sanitarios que quieran acreditarse a través de la ACSA deben normalizar la identificación inequívoca de sus usuarios, como se hizo en el Hospital de Poniente cuando se acreditó en 2009.^a

^a El protocolo de Identificación de inequívoca de pacientes del Hospital de Poniente se encuentra en el anexo 7.1

2.3 MARCO CONCEPTUAL.

2.3.1 Taxonomía: de qué hablamos cuando hablamos de seguridad del paciente.

Introducir la cultura del análisis y la gestión del riesgo se complica algo más al no existir una taxonomía completamente consensuada que nos permita hablar un mismo idioma internacional.

En este sentido son notables los esfuerzos realizados por la Organización Mundial de la Salud (Clasificación internacional de la Seguridad del Paciente) y la Joint Commission Accreditation of Health Care organizations (The JCAHO patients safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events).³⁰

Aunque la taxonomía en seguridad del paciente no es una cuestión cerrada ni resuelta actualmente existen iniciativas desde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad para consensuar una terminología¹⁸, se ofrecen algunas definiciones básicas que pueden ayudar a introducirnos en su conocimiento:

Seguridad del paciente: ausencia de lesiones o de complicaciones evitables (o riesgo mínimo irreducible de los mismos), producidas o potenciales, como consecuencia de la atención recibida a los problemas de salud.

Evento o suceso adverso: suceso no deseado e imprevisto que tiene consecuencias negativas, perdurables o no, para el paciente o la propia institución sanitaria, como consecuencia de la atención sanitaria. Los eventos adversos pueden ser evitables o inevitables.

Los sucesos adversos que realmente provocan daño son definidos como **efectos adversos**. Ejemplos: caídas de pacientes hospitalizados, complicaciones secundarias a la aplicación de contención mecánica, suicidio en un medio hospitalario. También se puede conocer como efecto adverso a la lesión, daño, incapacidad, prolongación de estancia hospitalaria o muerte relacionada con el proceso asistencial más que por la condición médica o enfermedad subyacente del paciente.

Incidente de seguridad del paciente: es aquel acontecimiento o situación que potencialmente podría haber causado daño pero que no lo ha hecho a causa de la presencia de

una barrera de seguridad del paciente que lo ha impedido o bien por casualidad. Son también llamados “casi errores”, situaciones al límite del error, error potencial.

Factor contribuyente: circunstancia o acción que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un evento adverso o que actúa como factor de riesgo para que éste se produzca. Pueden relacionarse con factores externos a la organización sanitaria, con la propia organización sanitaria (fallos del sistema), con el personal sanitario (error humano) o con el paciente.

Error: acción fallida que no se realiza tal y como se planificó.

Evento Centinela: acontecimiento inesperado que tiene como resultado la muerte o daños físicos o psicológicos graves o el riesgo de que se produzcan.

Impacto: resultado o efectos del error o de los fallos del sistema referidos a la lesión producida al paciente. Los resultados o daños para el paciente pueden dividirse en enfermedad o su complicación, lesión, sufrimiento o discapacidad.

Prevención y planes de contingencia o barreras del sistema: medidas tomadas o propuestas para reducir la incidencia y los efectos de los eventos adversos o para mejorar su detección precoz.

2.3.2 Modelos de Gestión de Riesgos y Cultura de Seguridad del paciente.

No existen prácticas sanitarias que estén completamente libres de riesgo, por tanto es necesario asumir como objetivo minimizar los riesgos inherentes a la asistencia. En un contexto de tan alta complejidad asistencial y tal grado de expectativas en la sociedad respecto a los resultados de las intervenciones sanitarias, la seguridad del paciente no puede dejarse librada a intervenciones dictadas por la fuerza de la costumbre, las buenas intenciones o la confianza pasiva.

La preocupación por la seguridad del paciente nos obliga a determinar cuáles son los procedimientos más eficaces, eficientes y seguros, aceptables para los pacientes y la sociedad,

que vayan más allá de los hábitos, la intuición y las costumbres “la creencias no es el principio, sino el fin de todo conocimiento” (Johann Wolfgang Von Goethe)^a. Todo ello en un contexto donde el paciente debe ser un sujeto activo en su proceso asistencial.

Existen básicamente dos tipos de modelos de gestión del riesgo: los centrados en la persona y los centrados en el sistema:

- Un modelo de **gestión de riesgos centrado en la persona** achacará los eventos adversos a errores profesionales determinados por la falta de atención, la desmotivación, olvidos, descuidos, actitudes negligentes o imprudentes. En ningún caso centrará su análisis en los factores sistémicos. Es un modelo punitivo y de aseguramiento, basado en las medidas disciplinarias, la caza de culpables, amenazante y que imposibilita la comunicación abierta y el conocimiento a partir de la experiencia. Es obvio que el factor humano es importante y que por muchas medidas de seguridad del paciente que establezca el sistema finalmente será el sujeto individual el que ejecute la última acción. Pero la gestión de riesgos no puede centrarse en el error humano, sino en los sistemas en los que los eventos adversos se producen.

- Actualmente se considera esencial establecer como marco de análisis del riesgo los modelos de **gestión de riesgos centrados en el sistema**. El modelo se basa en las siguientes ideas:
 - Errar es humano, el error es posible.
 - El error es consecuencia de una serie de múltiples factores asociados.
 - El origen de los eventos adversos está en la interacción de factores sistémicos.
 - El sistema ha de dotarse de barreras que protejan a los usuarios de la aparición de eventos adversos.
 - Ante el error lo importante es analizar cómo y por qué fallaron las defensas, no perseguir y castigar a los culpables.

En este sentido es ilustrativo el modelo de *queso suizo* de **James Reason**³¹, que presenta las

^a Poeta, novelista, dramaturgo y científico alemán (1749-1832)

barreras del sistema sanitario como lonchas de queso que procuran reducir los riesgos de aparición de eventos adversos, mientras que los agujeros del queso representan los fallos en estas barreras. El alineamiento simultáneo de fallos en dichas barreras daría como consecuencia el evento adverso. Estos fallos del sistema son estados latentes que condicionan la aparición de eventos adversos. Se definen así los conceptos de “condición latente” y de “error activo”.

Condición latente: problemas relacionados con el diseño de la organización, mantenimiento o formación, existentes previamente a la producción del evento adverso (presión en el tiempo, personal insuficiente, equipo inadecuado, fatiga, falta de experiencia...). Pueden existir condiciones relacionadas con el proceso asistencial, el equipamiento, factores ambientales, de gestión de la información, liderazgo, supervisión y otros.

Error activo: actos inseguros cometidos por personas en contacto directo con el paciente o con el sistema (lapsus, equivocaciones, incumplimiento de procedimientos, imprudencia, negligencia...). Las condiciones latentes predisponen a la ocurrencia de un mayor o menor número de errores activos.

Algunos elementos básicos de la cultura de seguridad del paciente que deben impregnar a toda la organización sanitaria que asume un enfoque sistémico en la gestión de riesgos son:

- Reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorar.
- Compartir información sobre eventos adversos.
- Entender que los errores están relacionados principalmente con el sistema en el que se trabaja (situación, estructura y funcionalidad de la organización).
- Promover la comunicación de efectos adversos.
- Detectar precozmente el efecto adverso, analizar causas y diseñar planes de actuación para prevenir su recurrencia.
- Entender que la seguridad del paciente debe formar parte de las estrategias, objetivos y líneas de trabajo
- Asumir un enfoque no punitivo, constructivo, dirigido especialmente a propiciar cambios en el sistema de trabajo.

La cultura de seguridad del paciente, frente a una cultura punitiva, reactiva, autoritaria, promulga una actitud proactiva en el contexto de trabajo en equipo, donde sea posible la comunicación y el intercambio de ideas, y donde la atención se dirija claramente al paciente. En vez de focalizarse en el potencial causante y culpable del error, se centra en el sistema y sus condiciones latentes analizando las causas que subyacen en el error buscando una oportunidad de aprendizaje.

2.3.3. El modelo de autocuidados de V. Henderson.

El uso de un modelo conceptual o Teoría de enfermería en la atención garantiza que todas las enfermeras compartan igual concepción del metaparadigma (persona/cliente, entorno, salud/enfermedad, enfermera/rol/cuidados) e igual lenguaje en la orientación de los cuidados.

Se ha elegido el modelo de autocuidado de Henderson^{32,33} por diversas razones:

- Su construcción teórica permite adaptarlo a diferentes situaciones y entornos.
- Es coherente con nuestros valores culturales.
- Considera que la salud es un deber personal y colectivo y no únicamente algo que proporciona el sistema sanitario.

Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias. El modelo de Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda y los postulados sobre los que se basa son:

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está “completo”, “entero”, “independiente”.

Henderson define a la **persona** como un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. Considera al individuo, sano o enfermo, como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales que debe satisfacer.

No define la **salud** pero la equipara con la independencia.

Considera el **entorno** como aquellos factores intrínsecos y extrínsecos a la persona, incluyendo en estos últimos a la familia.

Concibe a la **enfermería** como un servicio a la sociedad, y de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas: La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible³². por tanto, la finalidad de los **cuidados** consiste en conservar o restablecer la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades. Por cuidados básicos de enfermería se refiere a ayudar a los pacientes en las 14 siguientes actividades o darles los conocimientos necesarios para que puedan llevarlas a cabo sin ayuda:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar por todas las vías corporales.
- Moverse y mantener posturas adecuadas.
- Dormir y descansar.
- Escoger ropa adecuada: vestirse-desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal dentro de valores normales.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- **Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otros.**
- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Rendir culto a sus propias creencias.
- Trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido en la realización personal.
- Jugar y participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes.³²

Henderson considera que una **necesidad fundamental** es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente. El concepto de necesidad no tiene el significado de carencia o problema sino de requisito y aunque algunas necesidades son más esenciales que otras para la supervivencia, todas son requisitos indispensables para mantener la armonía del ser humano. Estas necesidades se expresan de

forma diferente en función de cada cultura y de cada individuo.

La satisfacción del conjunto de necesidades permite a la persona conservar sus diferentes procesos fisiológicos y psicológicos en estado de equilibrio. Si una o varias necesidades permanecen en un estado de insatisfacción permanente (por ejemplo, debido a un problema de salud), las demás necesidades pueden sufrir repercusiones.

Es muy usual que el primer contacto de un paciente con el sistema sanitario sea con el personal administrativo y aún más común con el personal de enfermería, es por esto que enfermería tiene una gran responsabilidad al identificar correctamente a los pacientes, de hecho al hacer una revisión bibliográfica, la mayoría de los protocolos hospitalarios para la identificación de pacientes están elaborados en gran medida por el personal de enfermería.

En 1992, se publicó la primera edición de la (NIC)^a, en ella se utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería.

El objetivo que se persigue no es otro que definir y recopilar todas las intervenciones de enfermería para de esta forma evitar la variabilidad.

Además el uso de la NIC:

- Normaliza y define la base de conocimientos del plan y de la práctica de enfermería.
- Facilita la elección correcta de una intervención del personal de enfermería.
- Facilita la comunicación de los tratamientos de enfermería a otros profesionales de enfermería y a otros proveedores de cuidados.

Tanto en la NIC³⁴, como en la NOC^{b 35}, se recogen intervenciones y resultados de la práctica enfermera que relacionan a esta con medidas de seguridad e identificación de pacientes:

Resultado de enfermería (NOC):

Dentro de los resultados de enfermería nos encontramos con el resultado

3010 Satisfacción del paciente/ usuario: seguridad.

Para llegar a este resultado debemos de hacer unas intervenciones concretas que además la misma NOC, nos propone unos indicadores para poder evaluar la consecución de ese

^a Nursing Interventions Classification (NIC) Clasificación de las Intervenciones de enfermería.

^b Nursing Outcomes Classification (NOC) Clasificación de Resultados de enfermería.

resultado

Indicadores:

- 301001 Explicación de reglas y procedimientos de seguridad.
- 301002 Identificación del paciente/usuario antes de administrar medicaciones.
- 301011 Información sobre riesgos y complicaciones de los tratamientos.
- 301012 Mantenimiento del ambiente seguro.

Intervención de enfermería (NIC):

Dentro de las intervenciones propuestas por la NIC, esta

6610 Identificación de riesgos.

Dentro de esta intervención la NIC, nos propone una serie de actividades.

- Mantener los registros y estadísticas precisas.
- Identificar al paciente que precise cuidados continuos.
- Identificar al paciente con circunstancias sociales excepcionales que complican un alta oportuno y eficiente.
- Dar prioridad a las áreas de disminución de riesgos, en colaboración con el individuo/grupo.

El usuario cuando se pone en contacto con el sistema sanitario no tiene el conocimiento necesario en aquellos aspecto que tienen que ver con su seguridad, por lo tanto sera el personal de enfermeria quien debera de suplir esta necesidad y velar en todo momento por la seguridad del paciente durante todo el proceso y esto no seria posible sin una correcta identificación en cada momento y ante cualquier procedimiento en el que se vea involucrado, de igual modo una forma de proporcionarle los conocimientos necesarios para que sea partífcie y conocedor del procedimiento de identificación y de la importancia que tiene para su seguridad, todo esto mediante una serie intervenciones cuya unica finalidad sera la de aumentar la seguridad del usuario y prevenir la aparición de EA.

2.4 PROPUESTA DE INVESTIGACION.

A lo largo de los años han existido en el Hospital de Poniente diferentes estructuras relacionadas con la seguridad del paciente (Subcomisión de Prevención de Caídas y Heridas Crónicas, Comisión de Continuidad de Cuidados, Grupo de Extubaciones Accidentales, etc). Y en 2007 se constituyó la Comisión de Seguridad del Paciente. A partir de entonces ha sido esta comisión la que ha coordinado las diferentes medidas para mejorar la identificación de nuestros usuarios.

En 2011 en el Hospital de Poniente se actualizó el procedimiento general de identificación inequívoca de pacientes, basado en el procedimiento General de Identificación de Pacientes del SSPA. Dicho protocolo se difundió a través de la Comisión y los responsables de cuidados de cada unidad.

Sin embargo, desde que se elaborara este protocolo se han venido observando deficiencias en cuanto a identificación de pacientes mediante la pulsera identificativa y además hay variabilidad en la forma de identificación respecto de unas unidades a otras ya que hay un número considerable de pacientes que no porta la pulsera identificativa.

Por eso se hace necesario conocer si se está haciendo un óptimo uso del protocolo para identificar a los pacientes y si además se les implica de forma activa y se les proporciona la oportuna información en su propio proceso de identificación.

2.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Los profesionales del Hospital de Poniente están realmente implicados en el uso de pulseras identificativas para evitar errores en cada una de las actuaciones que los diferentes profesionales van a llevar a cabo en/con el paciente?, ¿Conocen los pacientes la importancia que tiene el procedimiento para la identificación inequívoca y se les hace partícipes?.

2.6 OBJETIVOS.

Objetivo General:

Conocer el grado de cumplimiento del protocolo de identificación de pacientes y las actuaciones asociadas al mismo en las diferentes unidades del Hospital de Poniente.

Objetivos específicos:

- a) Identificar el número de usuarios portadores de la pulsera identificativa en el hospital de Poniente.
- b) Conocer el grado de participación de los usuarios en el proceso de la identificación inequívoca.
- c) Determinar el número de usuarios ingresados que han sido identificados mediante documentación oficial.
- d) Describir la relación existente entre la identificación de pacientes de forma verbal o mediante pulsera identificativa con la unidad de hospitalización en la cual se encuentran.

3. METODOLOGIA.

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El diseño es el de un estudio observacional descriptivo correlacional, ya que este permite resolver los objetivos y las cuestiones planteadas, no es un diseño excesivamente complicado, tiene un coste económico muy bajo, permite su realización en un periodo de tiempo razonable y ofrece datos de forma rápida.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

Población:

El lugar en el cual se realizó el estudio fue en la Agencia Pública Empresarial Hospital de Poniente de El Ejido.

El subestudio 1: Cobertura de pulseras identificativas y percepción de su uso por los usuarios se realizó en las unidades relacionadas en la tabla 1.

Tabla 1. Población de usuarios encuestados

Unidad	Participantes	Fecha de realización
Hemodialisis	11	8 de Abril 2013
Unidad de Cuidados Intensivos de adultos	12	8 de Abril 2013
Hospital de día quirúrgico	11	8 de Abril 2013
Hospitalización de pediatría	16	8 de Abril 2013
Hospitalización de ginecología	17	9 de Abril 2013
Hospitalización puérperas	18	9 de Abril 2013
Unidad de agudos de Salud Mental	12	9 de Abril 2013
Hospitalización Medico-Quirúrgica ^a	149	9 de Abril 2013
Observación del servicio de Urgencias	17	9 de Abril 2013

La población que incluye el subestudio 1 es el número total de pacientes que se encontraban en

^a En la unidad de Hospitalización Medico-Quirúrgica se encuentran incluidas todas las especialidades médicas: medicina interna, neumología, cardiología, digestivo y las especialidades quirúrgicas: cirugía y traumatología.

los días del estudio en la unidad relacionada, estableciendo que si el paciente no se encontraba en la habitación en el momento de realizar la encuesta, se volvería a pasar hasta que sea localizado, sumando **un total de 263 pacientes** encuestados.

El subestudio 2: Uso de las pulseras identificativas por parte de los profesionales sanitarios, se realizó de forma simultánea en las mismas unidades que el estudio 1, relacionadas a continuación en la tabla 2.

Tabla 2. Profesionales encuestados por unidades.

Unidad	Participantes	Fecha de realización
Hemodialisis	10	8 de Abril 2013
Unidad del Cuidados Intensivos de adultos	5	8 de Abril 2013
Hospital de día quirúrgico	3	8 de Abril 2013
Hospitalización de pediatría	12	8 de Abril 2013
Hospitalización de ginecología	9	9 de Abril 2013
Hospitalización de púerperas	8	8 de Abril 2013
Unidad de Agudos de Salud Mental	4	9 de Abril 2013
Hospitalización Medico-Quirúrgica ^a	84	6 y 9 de Abril 2013
Observación del servicio de Urgencias	21	6 de Abril 2013

La población que incluye el subestudio 2 es de 234 que corresponde con el total de trabajadores de enfermería que se encuentran abscritos a los servicios en los cuales se realiza el estudio .

^a En la unidad de Hospitalización Medico-Quirúrgica se encuentran incluidas todas las especialidades médicas: medicina interna, neumología, cardiología, digestivo y las especialidades quirúrgicas: cirugía y traumatología.

Muestra:

El tamaño muestral de pacientes coincide con la población de pacientes que se encontraban el día del estudio en las diferentes áreas de hospitalización, un total de **263**.

El método de recogida de datos fue la observación directa y preguntas verbales que en el caso de que los pacientes no pudiesen contestarlas, estas se le formularon a la persona cuidadora.

Para el cálculo de la muestra de un total de 234 profesionales de enfermería DUEs (Diplomados Universitarios en Enfermería) y TCAEs (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) se utilizó la calculadora Netquest, que calcula el tamaño de la muestra según el tamaño de la población, para conseguir una precisión del 5% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico Normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción esperada a las cuestiones ¿identifica usted al paciente de forma verbal antes de realizar alguna actividad o procedimiento? y ¿comprueba usted la pulsera identificativa antes de hacer algún procedimiento? es del 50%^a y que el tamaño total de la población es de 234, será necesario incluir 146 sujetos en el estudio, teniendo en cuenta que el porcentaje esperado de abandonos es del 5%, sería necesario reclutar **156** profesionales en el estudio. siendo seleccionada mediante un sistema de estratificación y aleatorio.

El único criterio de exclusión fue la no conformidad por parte de los profesionales con la participación en el estudio.

En primer lugar se estableció una estrategia de información, para ello se concertaron entrevistas con el personal los días previos al estudio, informándoles del trabajo de investigación que se pretendía llevar a cabo y solicitando su participación, en caso que no fuese posible informarles de forma directa, se optó por comunicarlo mediante mensaje telefónico, indicándoles el día en que tendría lugar la recogida de información mediante los cuestionarios.

En este primer contacto se les facilitó un consentimiento informado por escrito, en el que se describe y explica en líneas generales en que consiste el estudio, su carácter voluntario y anónimo y la confidencialidad de los datos. (Anexo 4)

Respecto a los pacientes también se les explicó a pie de cama en el mismo momento de la

^a Al no ser concluyentes los datos previos se considera una proporción del 50%, que nos proporciona el mayor tamaño de muestra posible.

recogida de datos que se trataba de un trabajo de investigación relacionado con la seguridad del paciente y que su opinión era imprescindible para ayudarnos a mejorar.

3.3 VARIABLES

En total se han analizado 35 variables, extraídas a partir de nuestro procedimiento de identificación y de los indicadores de control del Procedimiento General de Identificación de Pacientes del SSPA.

Las variables del subestudio 1: *Cobertura de pulseras identificativas y percepción de su uso por parte de los usuarios,*

Cuenta con un número de 15 variables en total

VARIABLES ESTRUCTURALES:

- Usuario o persona cuidadora: se refiere a quien contesta a las preguntas formuladas, ya que en caso de no poder contestar el usuario, las preguntas irían dirigidas a la persona cuidadora que en ese momento estuviera acompañándolo
- Unidad de Hospitalización donde se encuentra el paciente: esta variable recoge el nombre de la posible unidad de las 9 existentes en la que se encuentra el paciente en el momento de la recogida de información.

VARIABLES DE ESTUDIO:

- El paciente lleva colocado una pulsera identificativa: esta variable es dicotómica con 2 posibles respuestas, sí o no y no es necesario que intervenga el usuario o cuidadora de forma activa, basta con la simple observación de la existencia o no de brazalete.
- Pulsera identificativa impresa (homologada) o no impresa (no homologada)
- Calidad de la pulsera identificativa (homologación técnica). Se considera que cumple este indicador si la pulsera presenta todas las siguientes características:
 - Pulsera de color blanca.
 - Texto en negro, con tamaño mínimo de letra 12 y fuente común.
 - Material antialérgico (libre de latex) e inocua para el paciente.
 - Resistente a la tensión y rotura en cualquier dirección, ya sea en seco o en mojado.
 - Inalterables al calor y 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)
-
- La pulsera identificativa recoge el nombre y apellidos del paciente.
 - La pulsera identificativa recoge la fecha de nacimiento del paciente.
 - La pulsera identificativa recoge el número de historia clínica del paciente.
 - El personal le solicitó el D.N.I./Pasaporte al ingreso al hospital.
 - El personal le ha explicado porque se le coloca una pulsera identificativa.
 - El personal le pregunta su nombre cuando le realiza algún procedimiento (medicación, radiografías, otras pruebas).
 - Unidad en donde le colocaron la pulsera identificativa.
 - Comodidad de la pulsera identificativa.
 - Comentarios del paciente/cuidadora y aspectos a valorar.

Las variables del subestudio 2: *Uso de las pulseras identificativas por parte de los profesionales sanitarios.*

Cuenta con un número de 19 variables, que se completa con una variable más, relativa al número de eventos adversos relacionados con la identificación incorrecta de pacientes notificados en 2012 a la Comisión de Seguridad del Paciente del Hospital de Poniente.

Variables estructurales:

- Sexo del profesional.
- Edad del profesional
- Categoría profesional.
- Años de experiencia profesional
- Tipo de contrato.
- Unidad de Hospitalización donde trabaja.

Variables de estudio:

- Existencia de protocolo de identificación de pacientes en el Hospital.
- Existencia de protocolo de identificación de pacientes en su Unidad.
- Existencia de impresoras identificativas en su Unidad.
- Identifica al paciente de forma verbal antes de la realización de alguna actividad o procedimiento.
- Revisa que todos sus pacientes tengan colocada la pulsera identificativa.
- Comprueba la pulsera identificativa del paciente antes de realizar algún traslado.
- Comprueba la pulsera identificativa del paciente antes de realizar algún procedimiento invasivo.
- Comprueba la pulsera identificativa del paciente antes de administrar medicación.
- Al alta retira la pulsera identificativa de sus pacientes.
- Desecha las pulseras identificativas en los contenedores indicados para ello.
- Señale las ventajas que en su opinión aporta el uso de pulseras identificativas en los pacientes del Hospital.
- Señale los inconvenientes que en su opinión presenta el uso de de pulseras identificativas en los pacientes del Hospital.
- Otros comentarios

3.4 MATERIAL E INSTRUMENTOS.

Para la elaboración de este estudio se utilizó diverso equipo y software informático y para la recogida de datos, un formulario para profesionales en el que se recogían las distintas variables de estudio. Para usuarios se optó por la observación directa y un cuestionario oral.

Equipo informático:

- Ordenador personal portátil con procesador Intel Core 2 con CPU a 2.00 Ghz y 1.00 GB de memoria RAM.
- Impresora Hp 1300 laser jet en escala de grises.
- Periféricos, Llave USB tipo pendrive Hp v220w 32GB.

Software informático:

- Sistema operativo Microsoft Windows XP Media Center Edition Version 2002 Service Pack 3
- Explorador de Internet Google Chrome empleado para el acceso a recursos y Bases de datos de Internet.
- Proveedor de correo: para contactar con profesionales de la Agencia empresarial Sanitaria Hospital de Poniente, el correo corporativo MDAemon Email Server for WindowsWorldClient v13.0.5 y Gmail.
- Procesador de textos y Hoja de Cálculo del paquete Microsoft Office XP Professional con FrontPage, Word utilizado para redactar este documento, las encuestas y los consentimientos informados y Excel para cálculos, codificación de las variables y gráficos
- Adobe Acrobat Professional v7.0 para el maquetado de formularios, consentimientos y formato final del documento.
- Análisis estadístico con SPSS 17.0, programa estadístico empleado en el análisis descriptivo de las variables expresándolas en términos de porcentajes.

Como instrumento principal se utilizaron los cuestionarios incluidos en el apartado Anexos con los números 2 y 3, uno dirigido a usuarios y otro a profesionales en los cuales están contenidas las variables de estudio.

Se han elaborado 2 cuestionarios uno de ellos dirigido a pacientes, en este caso se comprobó si los pacientes portaban la pulsera identificativa homologada por observación directa y a la vez, se les pasó un cuestionario oral de elaboración propia con 6 preguntas cerradas, 3 de ellas con respuesta de alternativa simple o dicotómicas y otras 3 de respuesta de alternativa múltiple, ya que hay más de dos opciones de posibles respuestas, este cuestionario recoge la percepción de los usuarios sobre la identificación realizada por los profesionales. El cuestionario se adjunta en el Anexo 2.

En el caso que el estado del paciente no permita el poder contestar a las preguntas, estas se realizaron a la persona cuidadora que en ese momento estuviera acompañándolo.

El otro cuestionario está dirigido a profesionales, se trata de un cuestionario voluntario y anónimo, que se entregó a todo el personal de enfermería que se encontraba trabajando en las unidades de estudio. En este caso el cuestionario tiene un total de 8 preguntas cerradas y 3 abiertas dando opción a la expresión de las opiniones de los trabajadores. Este cuestionario tiene el fin de poder analizar la identificación de pacientes realizada por los profesionales. El cuestionario se adjunta en el Anexo 3

3.5 PROCEDIMIENTO.

Para dar respuesta a los objetivos planteados se han realizado 2 subestudios, el subestudio 1 dirigido a usuarios: *Cobertura de pulseras identificativas y percepción de su uso por parte de los usuarios*, y el subestudio 2 dirigido a profesionales: *Uso de las pulseras identificativas por parte de los profesionales sanitarios*.

Ambos estudios realizados de forma simultánea los días 8 y 9 de Abril en el Hospital de Poniente, y en los que se han empleado diferentes herramientas de recogida de datos:

Observación directa de todos los pacientes que ese día se encontraban en las unidades de estudio, y cuestionarios de elaboración propia, para la elaboración de estos cuestionarios se tuvo en cuenta la revisión bibliográfica y los objetivos del estudio.

Para la elaboración de los cuestionarios dirigidos tanto a usuarios como a profesionales sobre identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras o brazaletes, primero se establecieron de forma clara el propósito y los objetivos del estudio. En la preparación del cuestionario se tuvo en cuenta la composición y heterogeneidad de los grupos, dado que entre los usuarios podían encontrarse personas de muy distinta formación, con más o menos dificultad en la interpretación de las cuestiones planteadas y conocimientos sobre el tema, se

decidio hacerlo tipo oral.

Para la definición del constructo se realizó una revisión bibliográfica previa a la confección de los cuestionarios para ver las posibles alternativas que había contempladas en otros estudios.³⁶

Se consideraron las siguientes características:

- Adecuación para la cuestión que se quiere medir, válido y razonable.
- Ser válido, ser capaz de medir las características que se quieren medir y no otras.
- Ser fiable, preciso, con un mínimo de error en la medida.
- Ser sensible, ser capaz de medir cambios intra y entre individuos.
- Ser aceptado por las personas investigadas y por las investigadoras.

Se estudio la posibilidad de sesgos, a través del diseño de los items del cuestionario se tuvieron en cuenta los sesgos de tendencia central, es decir, la tendencia a elegir entre las diferentes opciones de respuesta, las centrales; los de deseabilidad social, que se produce cuando se responde en función de lo que se considera socialmente correcto; de aprendizaje o de proximidad, que induce a contestar de forma similar a las respuestas anteriores y el error lógico, que se produce cuando el encuestado considera que todos los items relacionados deben puntuarse igual.³⁷

La codificación de las respuestas se hizo en base al número de opciones, estableciendo distintos tipos: dicotómicas, policotómicas y analógicas de tipo verbal con gradación entre categorías verbales previamente calibradas. Las escalas utilizadas fueron de tipo Likert, siendo las opciones de respuesta de 3 items.

Una vez se tuvo seleccionada la información, formuladas las preguntas, definido el número y orden de las preguntas, se realizó consulta a distintos expertos, y consultando con un grupo de 20 trabajadores, los cuales coincidieron en la necesidad de modificar dos preguntas que resultaban confusas^a, se procedió a modificar el cuestionario a la versión actual.

Por último se distribuyó el cuestionario a los participantes en el estudio, a los que previamente se les informó del propósito del estudio y de que su cumplimentación es totalmente anónima y voluntaria, información que se incluía en la invitación de participación. Además, previo a su cumplimentación se obtuvo el consentimiento informado de los mismos atendiendo a los criterios éticos establecidos en la declaración de Helsinki, modificada en 2000, para la realización de proyectos de investigación y a la legislación española actual para ensayos

^a Las preguntas en las que se generaba la confusión eran: “¿Existe protocolo de identificación de pacientes en el Hospital?” y “¿Existe protocolo de identificación de pacientes en su Unidad?” para hacer la distinción de protocolos se añadió la palabra **General** a la primera pregunta y la palabra **Específico** a la segunda.

clínicos que se recoge en el Real Decreto 223/2004 del 6 de febrero y también la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de Datos de Caracter Personal. Que si bien en el estudio no se recogen datos de caracter personal, si se efectúan intervenciones en los individuos, se decide acogerse a estas medidas como forma de garantizar mayor seguridad a la hora de participar en el mismo.

Una vez recuperados los datos de los cuestionarios y codificados se utilizo la herramienta SPSS sometiendo al analisis estadistico descriptivo de las variables cualitativas expresandolas en terminos de porcentajes.

Para la realización del estudio se ha solicitado permiso al Comite Provincial de Etica de la Invetigación, que a la finalización del presente trabajo aún se encuentra en tramitación.

3.6 ANALISIS ESTADISTICO.

Tras la recogida de datos , se tabulan y analizan con el programa SPSS 17 para Windows. Tras la depuración de los datos, se realiza el analisis descriptivo de las variables cualitativas expresandolas en términos de porcentajes.

Tambien se ha evaluado la asociación entre las distintas variables, mediante analisis no parametrico con el test de chi cuadrado, siendo la hipotesis nula que no hay asociación entre las distintas variables estudiadas.

4. RESULTADOS

El Hospital de Poniente cuenta con un protocolo general de identificación de pacientes, revisado en 2011 y basado en el Procedimiento General de Identificación de Pacientes del SSPA, aplicable a los usuarios de todas las unidades.

Existen además 2 unidades que han elaborado un procedimiento específico elaborado a partir de este documento general, para adaptarlo a su organización y tipo de pacientes: Unidad de Urgencias y Unidad de Tocoginecología/Puérperas.

En cuanto a la disponibilidad de impresora de pulseras identificativas, existen en 4 unidades: Urgencias, Cirugía, Hospital de día quirúrgico y UCI.

4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA.

En este apartado se muestran los resultados obtenidos durante la investigación, se estructuran de forma secuencial, comenzando por las variables estructurales planteadas en este estudio para continuar con las variables de estudio en cuestión.

4.1.1. RESULTADOS DEL SUBESTUDIO 1

A continuación se muestran los resultados del Subestudio 1 en relación a la cobertura de pulseras identificativas y la percepción de los usuarios/cuidadores sobre su uso.

En total se han analizado 263 pacientes, de los cuales el 34,6% (91 pacientes) no portan la pulsera identificativa, y el restante 65,4% (172 pacientes) son portadores de pulsera identificativa de las que se colocan en el Hospital (pulsera impresa homologada o no impresa). Tabla 3.

Tabla 3. pacientes portadores de pulsera identificativa

PORTA LA PULSERA IDENTIFICATIVA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	172	65,4	65,4	65,4
	No	91	34,6	34,6	100,0
	Total	263	100,0	100,0	

De los pacientes que son portadores de pulsera identificativa encontramos que 155 de ellos porta pulsera homologada que representa un 58,9% del total de pacientes estudiados frente a un 6,5% (17 pacientes) que portan pulsera no homologada. Tabla 4.

Tabla 4. Pulseras homologadas o no homologadas.

		PULSERA HOMOLOGADA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No porta pulsera	91	34,6	34,6	34,6
	Si	155	58,9	58,9	93,5
	No	17	6,5	6,5	100,0
	Total	263	100,0	100,0	

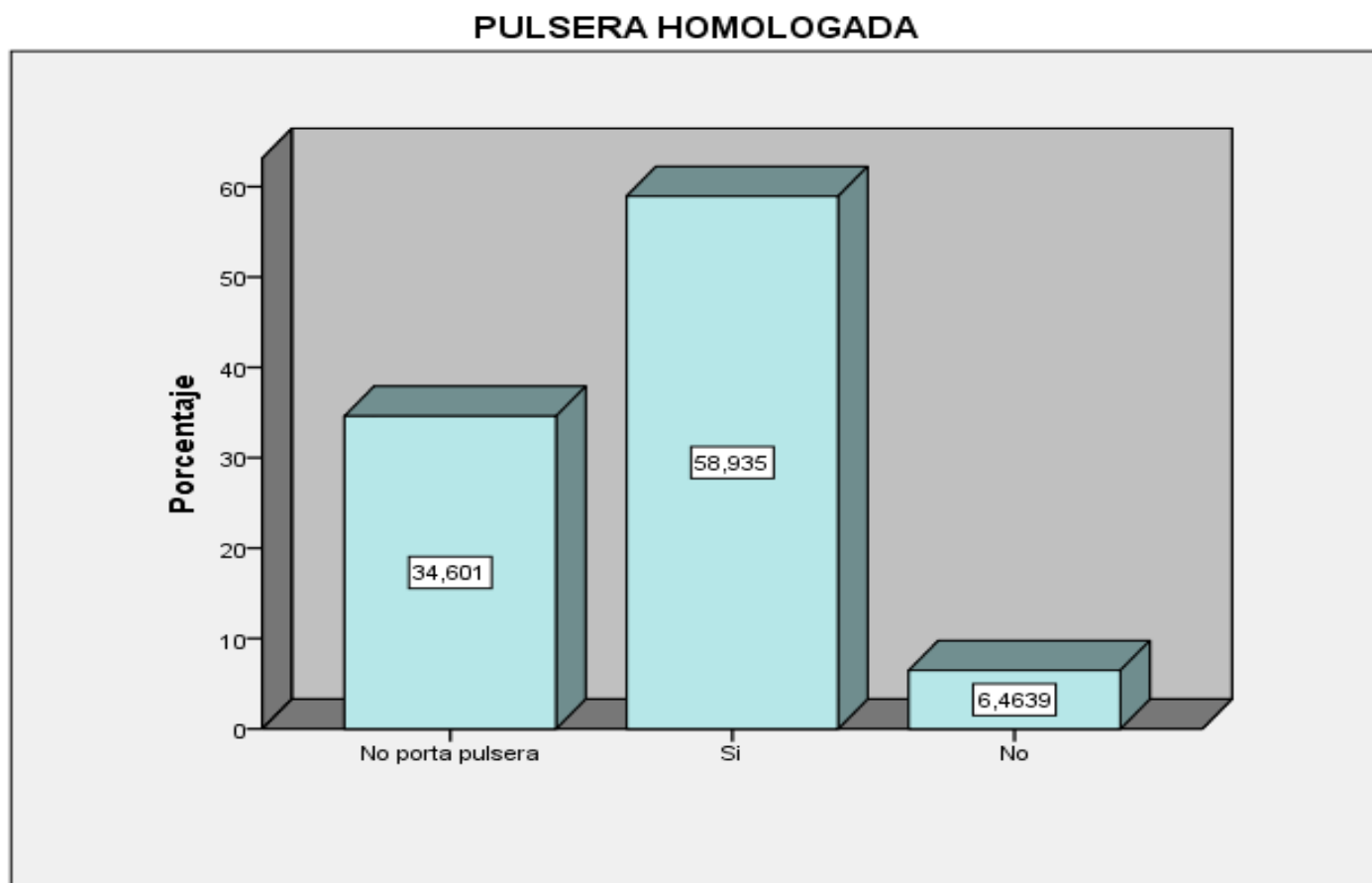


Gráfico 1. Colocacion de pulsera identificativa Homologada y no homologada.

Las pulseras no homologadas corresponden a neonatos ingresados en los servicios de Pediatría, Tocoginecología o Puérperas.

En relación a la calidad de las pulseras y de los datos que estas recogen, 172 pacientes si las portaban, de las cuales 155 cumplen con las normas de calidad de homologación técnica, establecidas en el Proceso General de Identificación de Pacientes del SSPA y recogidas en el apartado de Metodología en las 17 pulseras restantes, se ha usado una pulsera transparente, con sitio en su interior donde los datos de identificación se cumplimentan a mano por los profesionales en las unidades de Pediatría, Tocoginecología y Puérperas.

El 100% de las pulseras identificativas auditadas incluye el nombre y apellidos del paciente, fecha de nacimiento, número de historia clínica y el número de historia única de salud de Andalucía NUHSA, en el caso de pulseras no homologadas (las utilizadas para los recién nacidos), hay que aclarar que los datos que recogen son el nombre y apellidos de la madre, número de historia clínica de la madre, fecha del parto y sexo del recién nacido, además de un código de barras que se coloca en diferentes registros de la madre y del recién nacido. Tabla 5.

Tabla 5. Calidad de las pulseras identificativas.

	PORTA LA PULSERA IDENTIFICATIVA		Total	
	Si	No		
RECOGE NUMERO HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE	No porta pulsera	0	91	91
RECOGE FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE	Si	172	0	172
RECOGE NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE		172	0	172
Total		172	91	263

El porcentaje de pacientes participantes por unidad se muestra en el gráfico 2, con una media de 19 pacientes por unidad (mínimo de 11 y máximo de 31 pacientes), que corresponden al total de pacientes que se encontraban ingresados en las unidades los días en los que se procedió a la recogida de los datos.

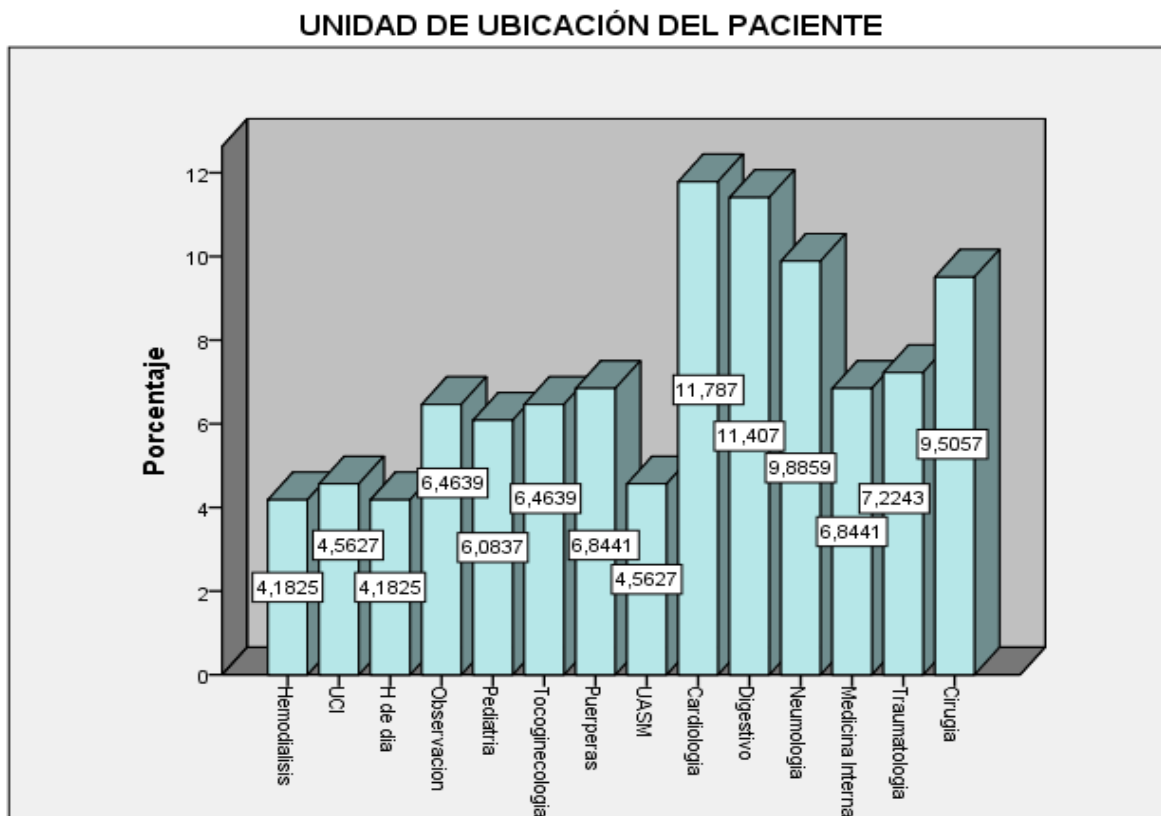


Gráfico 2. Pacientes participantes por unidad

En la tabla 6 se recogen los pacientes que portaban pulsera identificativa desglosados por unidad. Las unidades con mayor porcentaje de pacientes identificados con pulsera en el Hospital son H. de día, Tocoginecología y Pediatría con el 100% de pacientes identificados. En contrapartida las unidades que no tienen a ningún paciente identificado mediante pulseras identificativas son UASM, UCI y Hemodiálisis, que por las características de estos servicios o pacientes se opta por otros sistemas de identificación, el resto de las unidades tiene identificados mediante pulsera identificativa aproximadamente a la mitad de sus pacientes.

Tabla 6. Pacientes con pulsera identificativa por unidad

		PORTA LA PULSERA IDENTIFICATIVA		Total
		Si	No	
UNIDAD DE UBICACIÓN DEL PACIENTE	Hemodiálisis	0	11	11
	UCI	0	12	12
	H de día	11	0	11
	Observación	11	6	17
	Pediatría	16	0	16
	Tocoginecología	17	0	17
	Puérperas	14	4	18
	UASM	0	12	12
	Cardiología	22	9	31
	Digestivo	18	12	30
	Neumología	21	5	26
	Medicina Interna	11	7	18
	Traumatología	12	7	19
	Cirugía	19	6	25
	Total	172	91	263

El gráfico 3 hace referencia a las preguntas de la encuesta verbal que se realizó, han contestado los propios usuarios en un 68.1% (179 pacientes) y la persona cuidadora en un 31.9% (84 personas cuidadoras).^a

^a En las unidades de puérperas y Tocoginecología, la madre era tanto paciente participante en el estudio como a su vez persona cuidadora del recién nacido.

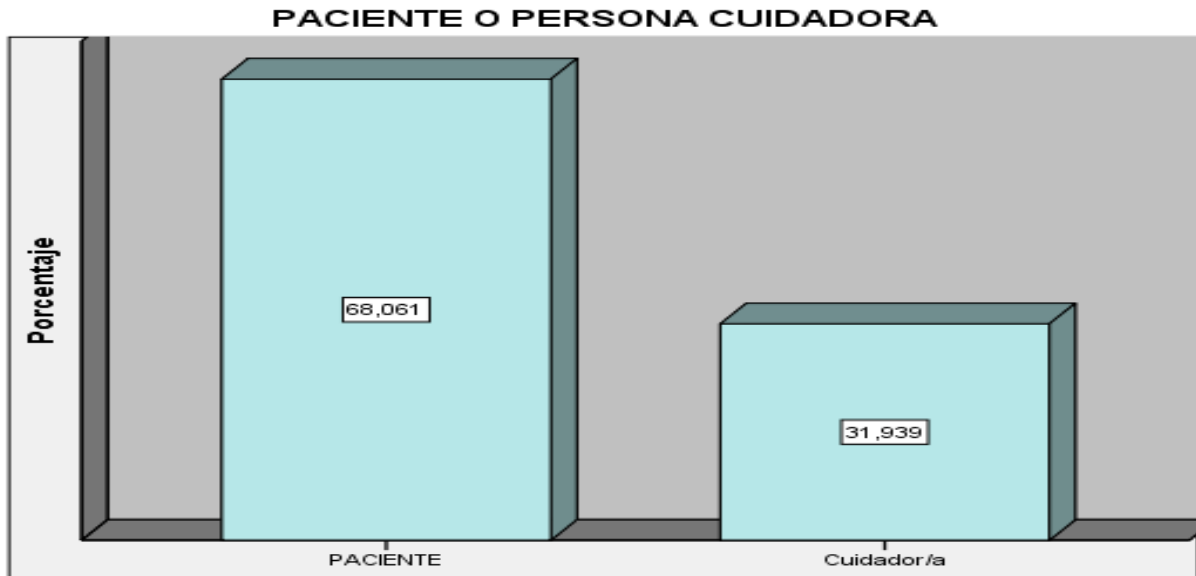


Grafico 3. Paciente o persona cuidadora.

A la Pregunta de *¿le solicitarón DNI o Pasaporte para identificarlo al ingreso en el Hospital?* Un 12,55% (33 usuarios), no recordaba, ni paciente ni en su caso la persona cuidadora si en el momento del acceso al Hospital se le pidio algún otro documento a parte de la tarjeta sanitaria, el 55,1% (145 usuarios), contestaron de forma afirmativa y el 32,3% (85 usuarios), contestaron que no se les solicito ningún tipo de documentación.

Grafico 4.

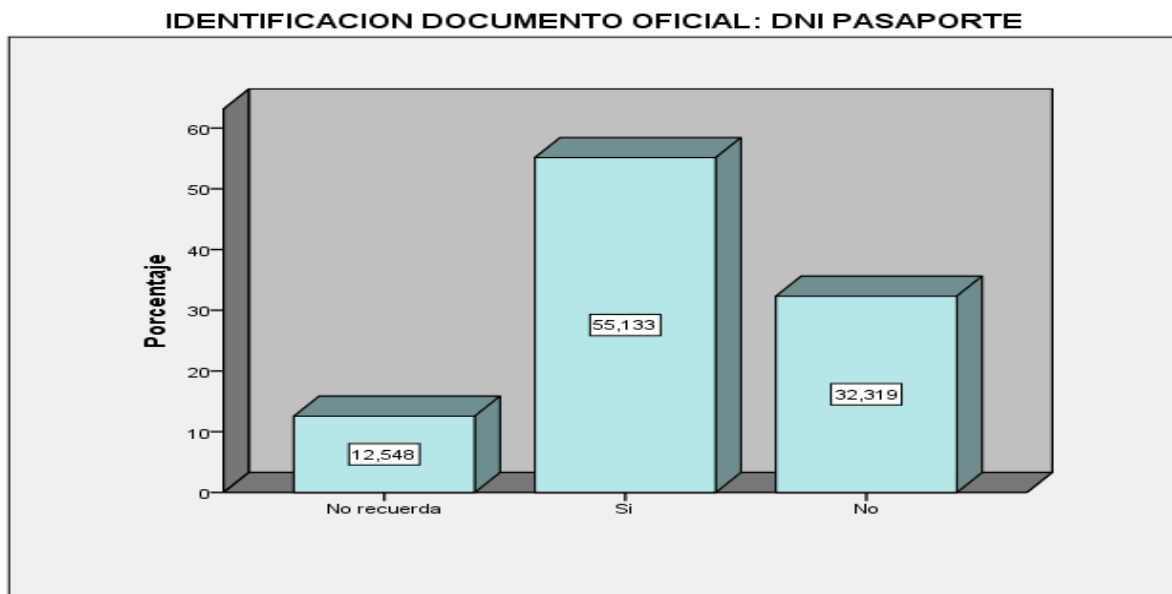


Grafico 4. Identificación mediante documento fotografico oficial.

¿El personal le ha explicado porqué se le coloca una pulsera identificativa?. De los 172 pacientes que portaban pulsera identificativa. El 22% (38 pacientes) no recordaba si en algún momento alguien le había explicado la utilidad del procedimiento, el 53,8% (92 pacientes) responden afirmativamente y el 24,3% (42 pacientes) contestan que no le han explicado por que le han colocado la pulsera. (Grafico 5)

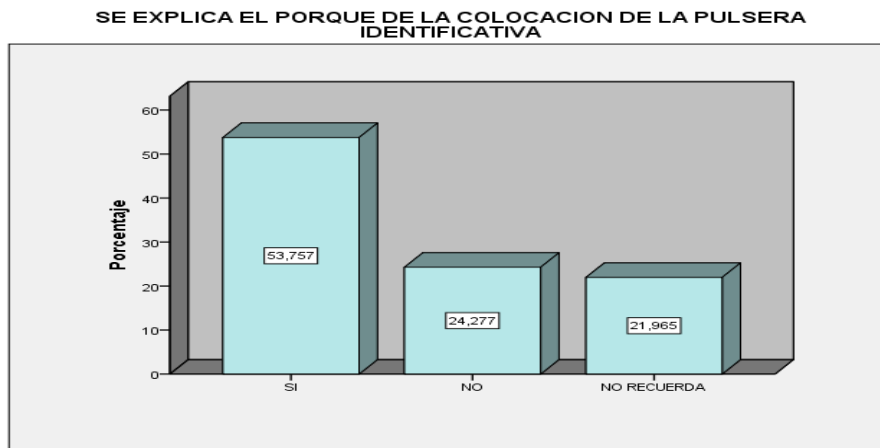


Grafico 5. Explicación de la colocación de la pulsera identificativa

¿El profesional le pregunta su nombre cuando le realiza algún procedimiento?. De los 242 pacientes que contestan, al 53,7% (130 pacientes) se les había preguntado o identificado por su nombre antes de la realización de algún procedimiento, el 35,5% (86 pacientes) comentaron que en algunas ocasiones si se les preguntaba aunque no siempre, y el 10,7% (26 pacientes) contestaron que nunca se les pregunta por su nombre antes de realizarles algún procedimiento. (Grafico 6.)

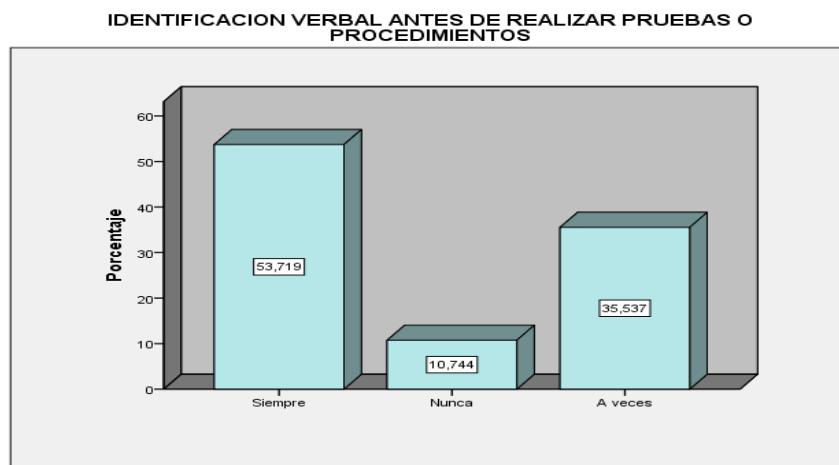


Grafico 6. Identificación verbal del paciente.

¿El personal comprueba su pulsera antes de la realización de algún procedimiento?. De los 172 pacientes que respondieron, el 46,2% (80 pacientes) contestaron afirmativamente, el 39,3% (67 pacientes) contestaron que en algunas ocasiones les han comprobado la pulsera identificativa antes de la realización de algunas pruebas, y el 14,5% (25 pacientes), comentaron que nunca les habían mirado las pulseras identificativas. (Grafico 7).

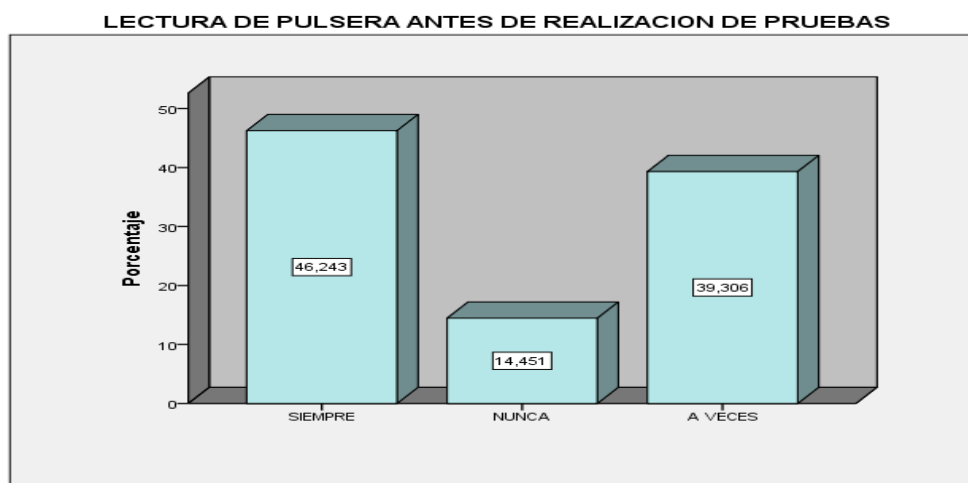


Grafico 7. Comprobación de pulsera antes de realizar procedimientos.

¿Le resulta comoda la pulsera identificativa?. De los 172 pacientes que portaban la pulsera, al 83,2 % (143 pacientes) respondieron de forma afirmativa, 16,8 % (29 pacientes) respondieron que les resultaba molesta. (Grafico 8).

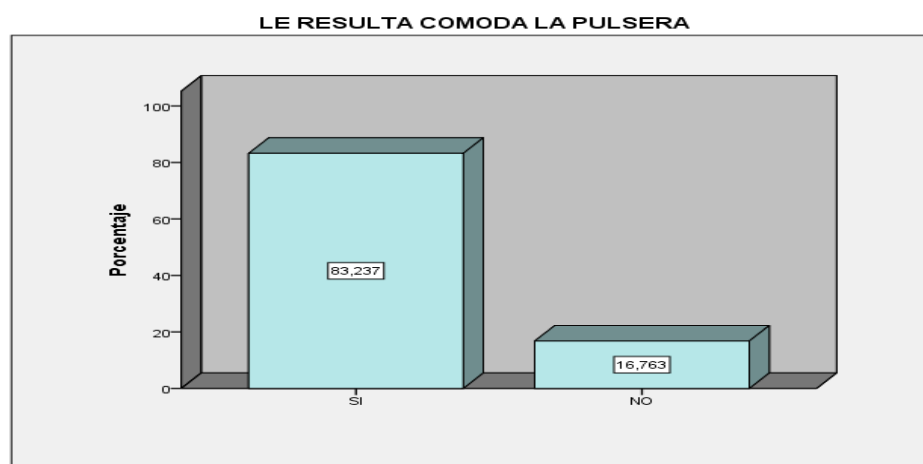


Grafico 8. Comodidad para los usuarios de la pulsera identificativa.

En el Grafico 9. se muestra el porcentaje de pulseras que se colocaron en cada una de las diferentes unidades, en base a la respuesta de los usuarios cuando fueron preguntados por esta cuestión. Destaca la Observación del Servicio de Urgencias, donde se colocaron el 63,58%,

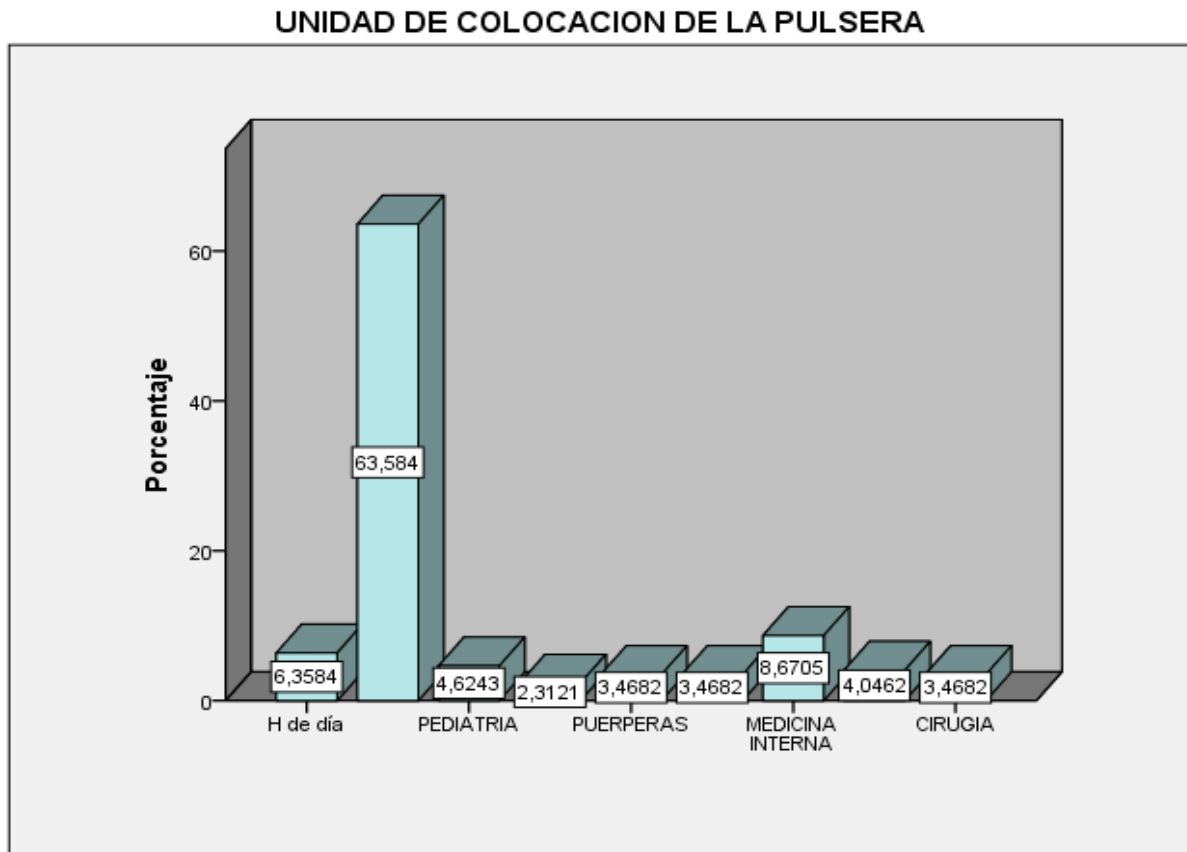


Grafico 9. Unidad de colocación de la pulsera identificativa.

En la Tabla 7 se recogen algunos comentarios de los pacientes junto con otros aspectos relevantes que pueden ayudar a completar y entender los resultados del estudio. En este sentido destaca el comentario de que la pulsera se cae y se deteriora al mojarse.

Tabla 7. Comentarios del paciente y otros aspectos relevantes.

	Porcentaje
Paciente dormido.	6,2
Barrera idiomática.	18,5
Paciente sedado.	7,7
La pulsera se cae al mojarse.	38,5
Le quitan la pulsera al cambiar la vía venosa.	3
Se la quita el paciente.	4,6
Pulsera identificativa en cama o cuna.	21,5
Total.	100.0

4.1.2. RESULTADOS DEL SUBESTUDIO 2.

A continuación se muestran los resultados del cuestionario anónimo sobre identificación de pacientes que se pasó a los profesionales de enfermería (DUEs y TCAEs) que formaron parte de la muestra.

El cuestionario lo cumplimentaron 156 profesionales, con edades comprendidas entre los 25 a 65 años, el 75,64% de los profesionales (118) tienen edades comprendidas entre 31 a 45 años. (Gráfico 10.)

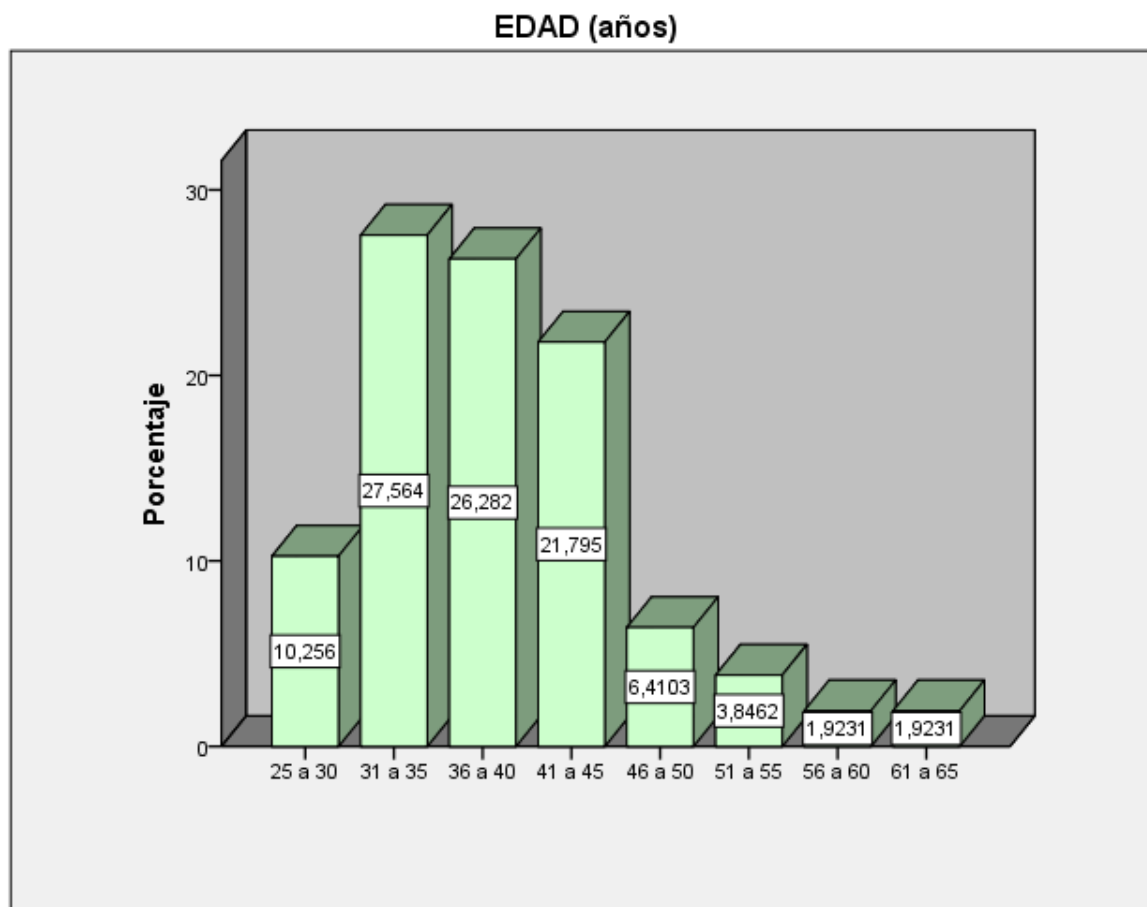


Grafico 10. Distribución de la muestra por edad.

En la tabla 8 se puede observar que el 86,5% de los profesionales son mujeres (135) y el 13,5% (21) son hombres.

Tabla 8. Distribución de la muestra por sexo.

		SEXO			
		Fre cuen cia	Porcent aje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid os	HOMBRE	21	13,5	13,5	13,5
	MUJER	135	86,5	86,5	100,0
	Total	156	100,0	100,0	

Del total de los 156 profesionales participantes en el estudio el 60,9% son enfermeras (95) y el resto 39,1% (61) son TCAEs. Grafico 11.

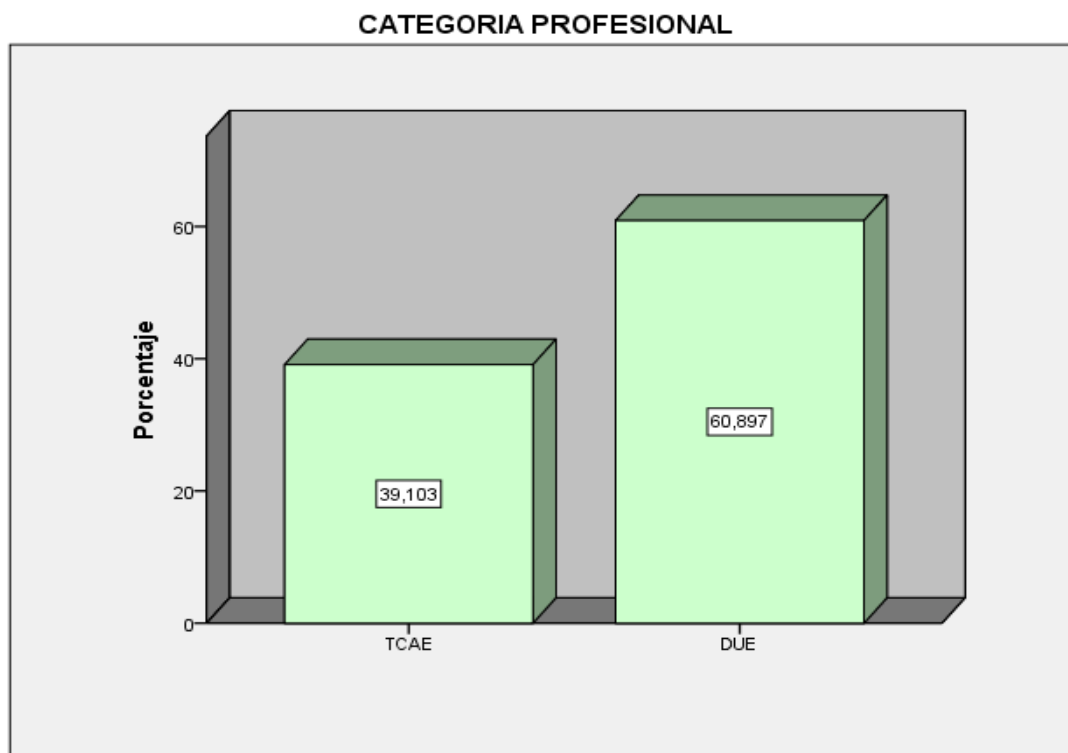


Grafico 11. Distribución de la muestra por categoría laboral.

El número de profesionales participantes en el estudio en cada servicio se seleccionó mediante muestreo estratificado para conseguir una representación más homogénea de los trabajadores en las unidades que participaron en el estudio, en las 6 unidades que forman Hospitalización Médico-Quirúrgica es donde más trabajadores participaron a razón de 14 profesionales por unidad sumando un total de 84, y representando un 54% del total (Tabla 9.)

Tabla 9. Distribución de la muestra por unidades.

		UNIDAD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	HEMODIALISIS	10	6,4	6,4	6,4
	UCI	5	3,2	3,2	9,6
	H de Dia	3	1,9	1,9	11,5
	PEDIATRIA	12	7,7	7,7	19,2
	GINECOLOGIA	9	5,8	5,8	25,0
	PUERPERAS	8	5,1	5,1	30,1
	UASM	4	2,6	2,6	32,7
Válidos	DIGESTIVO	14	9,0	9,0	41,7
	CARDIOLOGIA	14	9,0	9,0	50,6
	NEUMOLOGIA	14	9,0	9,0	59,6
	M INTERNA	14	9,0	9,0	68,6
	TRAUMATOLOGIA	14	9,0	9,0	77,6
	CIRUGIA	14	9,0	9,0	86,5
	OBSERVACION	21	13,5	13,5	100,0
	Total	156	100,0	100,0	

Respecto al tipo de contrato casi el 60% de la muestra era personal con contrato indefinido. Grafico 12.

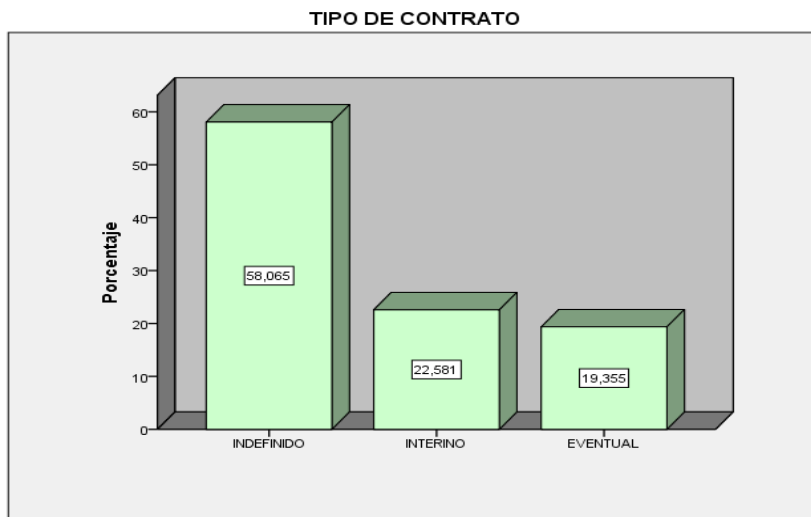


Grafico 12. Distribución de la muestra por tipo de contrato.

Respecto a la experiencia laboral de los profesionales se observa que la mayor frecuencia se da en el intervalo 11 a 15 años, esta variable esta bastante relacionada con la edad de los profesionales. (Tabla 10.)

Tabla 10. distribución de la muestra por experiencia laboral.

		AÑOS DE ESPERIENCIA PROFESIONAL			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 a 5	2	1,3	1,3	1,3
	6 a 10	44	28,2	28,6	29,9
	11 a 15	57	36,5	37,0	66,9
	16 a 20	36	23,1	23,4	90,3
	21 a 25	9	5,8	5,8	96,1
	26 a 30	5	3,2	3,2	99,4
	36 a 40	1	,6	,6	100,0
	Total	154	98,7	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,3		
	Total	156	100,0		

El 99,4% de los profesionales conocen que hay un protocolo general para la identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras identificativas. (Grafico 13.).

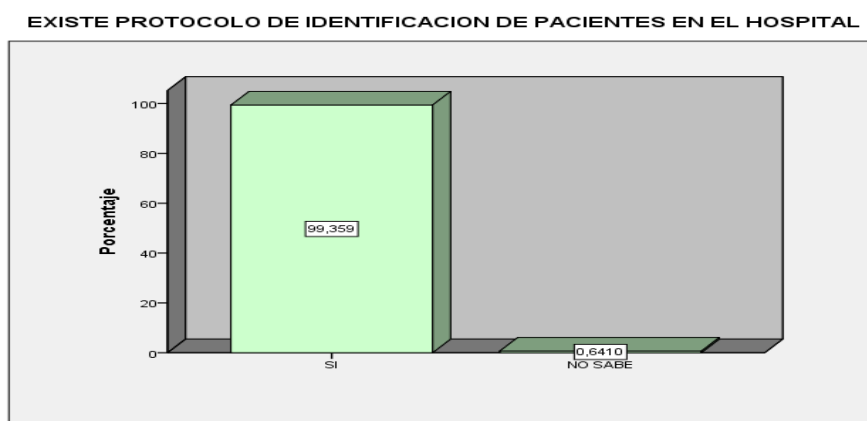


Grafico 13. Protocolo de identificacion de pacientes en el Hospital

Pero en cuanto a la existencia de un protocolo adaptado a la unidad el 82% respondió de forma afirmativa, si bien solo existen protocolos específicos en tan solo 3 unidades del Hospital (Gráfico 14.).

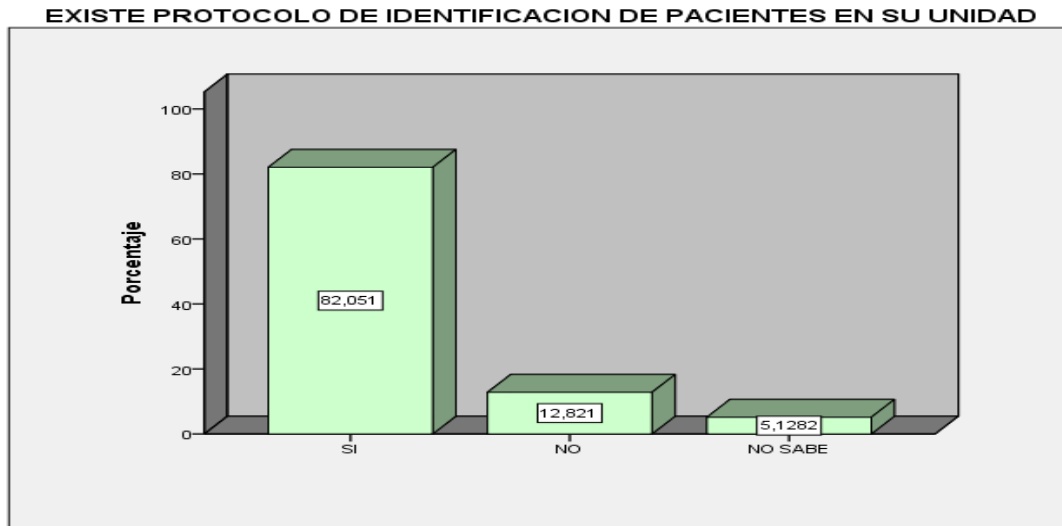


Gráfico 14. Protocolo de identificación de pacientes en la unidad.

Cuando se les pregunto por la existencia de impresoras de pulseas identificativas en la unidad donde trabajan, el 91,7% conocia si existia o no este dispositivo en su unidad y lo desconocia un 7,1%. (Gráfico 15.)

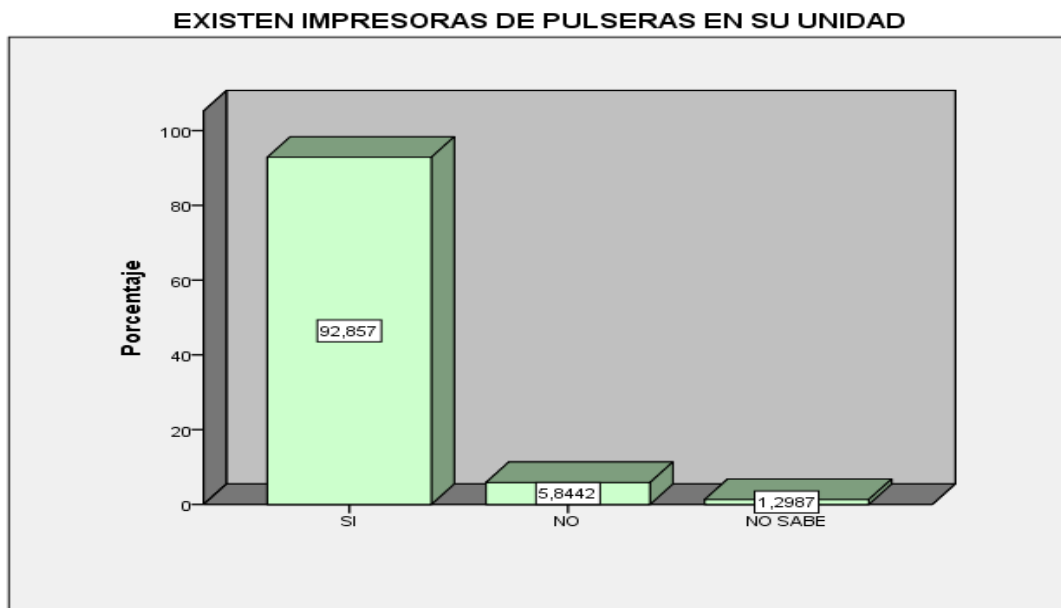


Gráfico 15. Impresoras de pulseras en las unidades.

Se observa que a la hora de desechar las pulseras identificativas que porta el paciente y que son retiradas al alta un 66,6% (102 profesionales) lo hacen en los contenedores habilitados a tal efecto. (Grafico 16.)

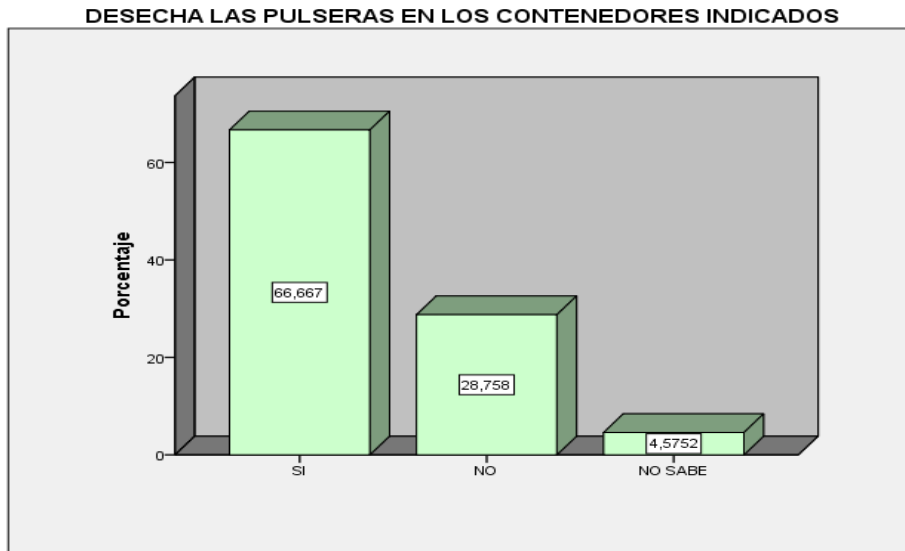


Grafico 16. Segregación de pulseras en contenedor apropiado.

Identifica de forma verbal al paciente antes de realizar algún tipo de procedimiento un 73,7% (115 profesionales), solo un 0,6% admite no identificarlo en ninguna ocasión. (Grafico 17.)

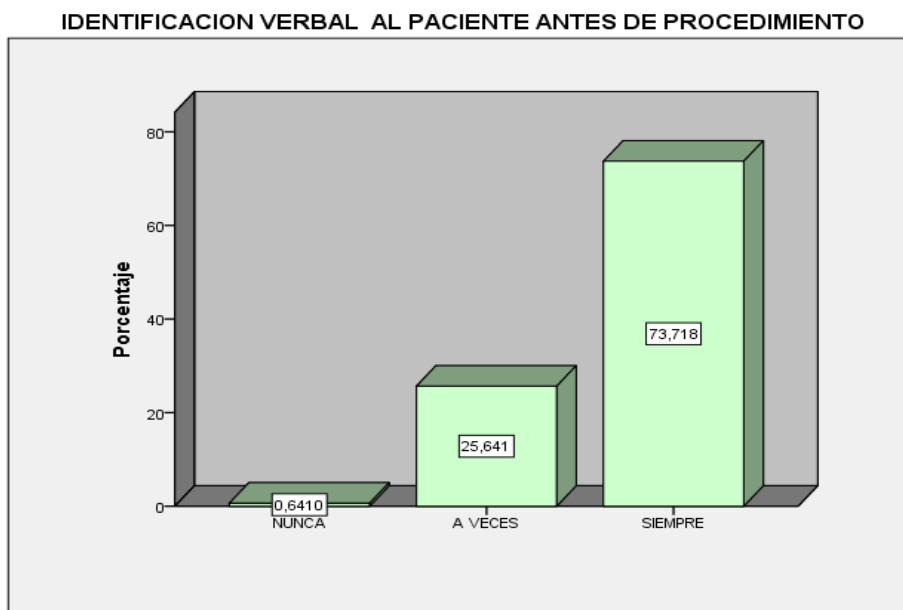


Grafico 17. Distribución de la variable identificación previa del paciente.

2/3 de los profesionales comprueba que el paciente cuando llega a la unidad porte la pulsera identificativa. (Grafico 18.)

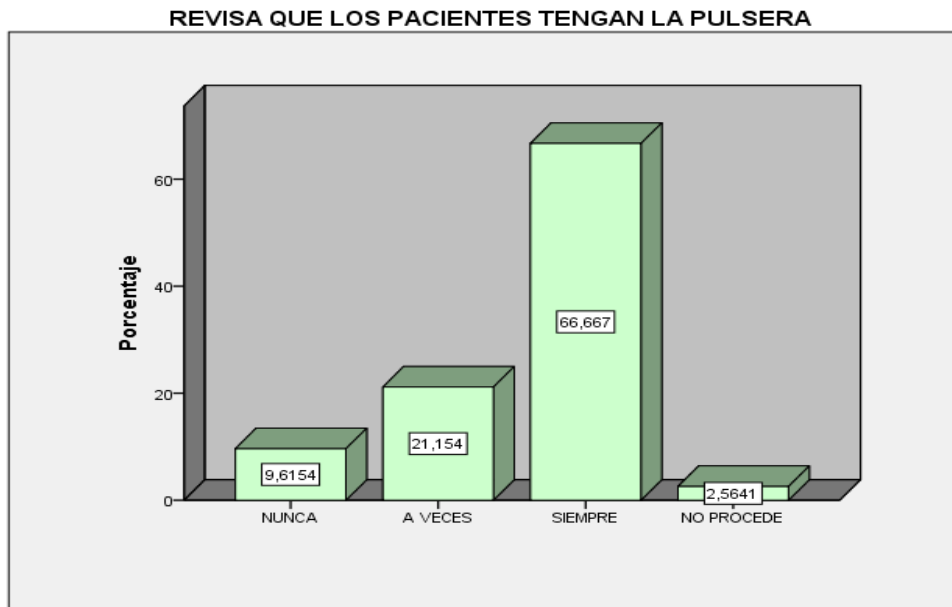


Grafico 18. Comprobación de la portabilidad de la pulsera identificativa.

Antes de realizar algún traslado al paciente a otra unidad diferente el 57,1% (89 profesionales) afirman que comprueban que el paciente porte la pulsera identificativa, solo el 5,1% (8 profesionales) admite no realizar la comprobación nunca. (Grafico 19.)

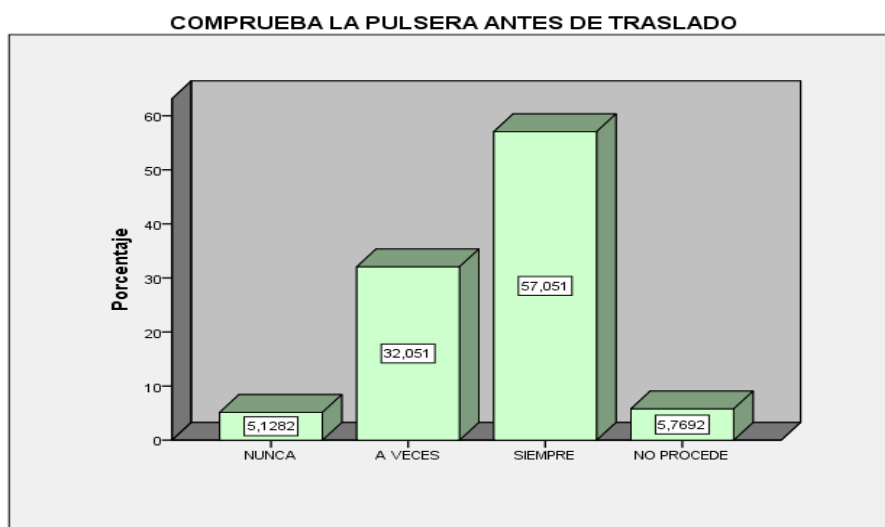


Grafico 19. Comprobación portabilidad de pulsera pre traslado.

Antes de la realización de algún procedimiento invasivo, el 66,7% (104 profesionales) afirma comprobar que el paciente esta identificado con pulsera identificativa, el 21,2% (33 profesionales) a veces y el 11,5% (18 profesionales) nunca. (Grafico 20).

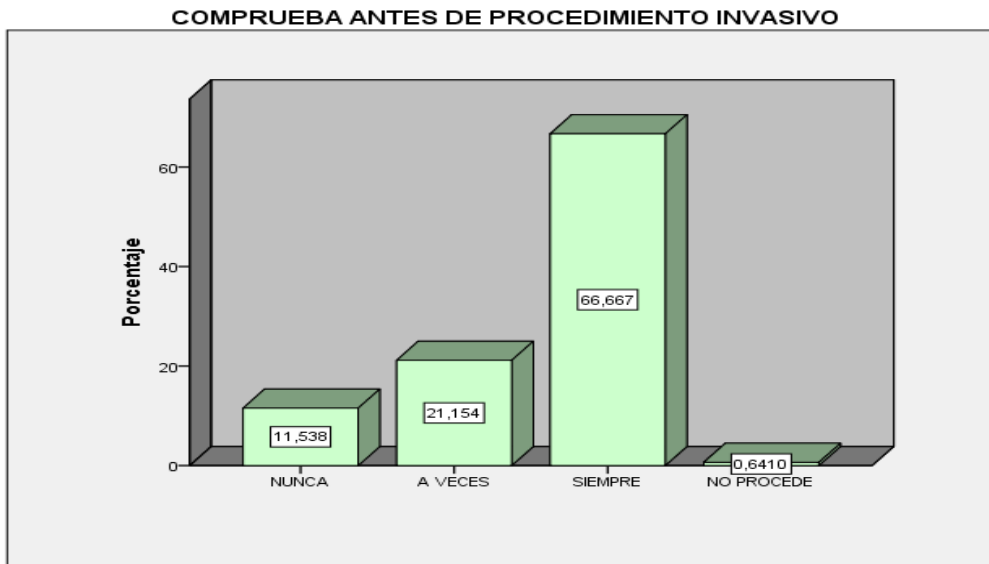


Grafico 20. Comprobación antes de realizar un procedimiento invasivo.

Previo a la administración de medicación el 42,9% (67 profesionales) indican que si comprueban la titularidad de la pulsera, frente a un 14,7% (23 profesionales) que reconocen no hacerlo nunca, el 39,1% (61 profesionales) indica que no en todas las ocasiones realizan el procedimiento. (Grafico 21).

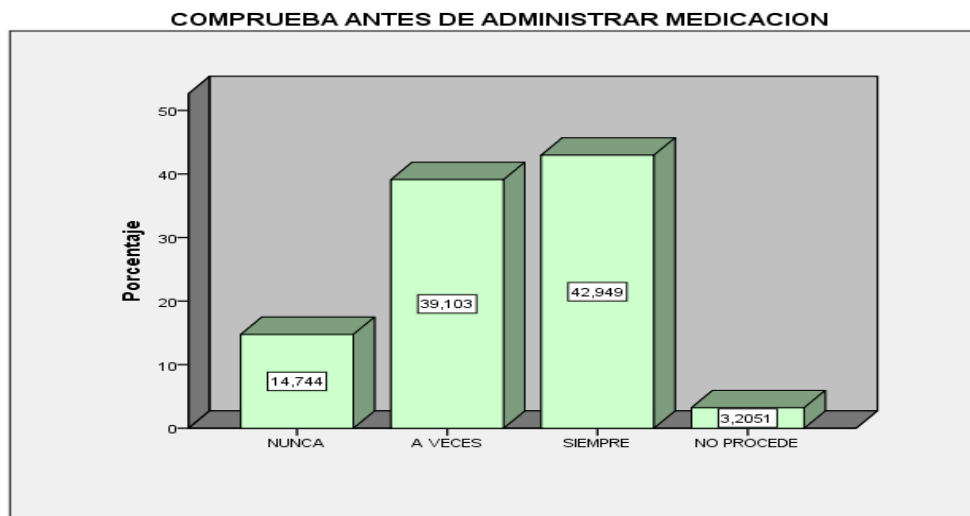


Grafico 21. Comprobación pre administrar medicación

El 57,7% (90 profesionales) retira la pulsera al alta del paciente, a veces un 30,8% (48 profesionales) e indican que nunca lo realizan un 5,1% (8 profesionales). (Grafico 22).

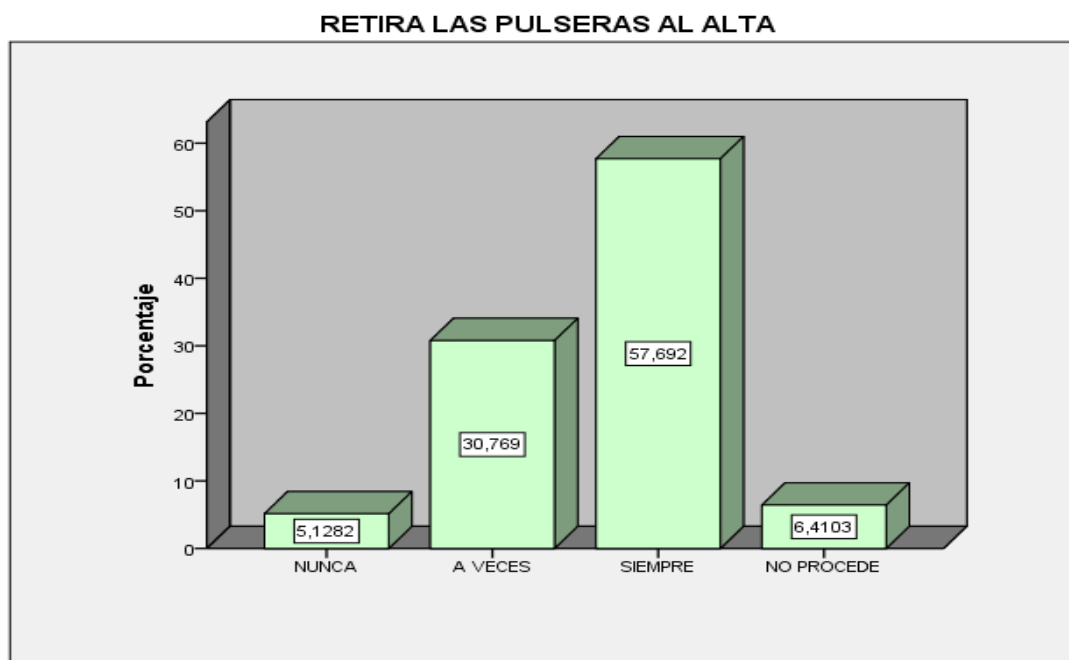


Grafico 22. Distribucion de la muestra por retirada al alta de las pulseras.

Se les pregunto a los profesionales que indicasen el valor añadido que aportaba el uso de las pulseras identificativas, hubo diferentes respuestas pero que se podian englobar en 2 grandes motivos, identificación 50% y evitar errores 50%. (Tablas 11 y 12).

Tabla 11. Distribución de la muestra por ventajas detectadas.

VENTAJAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	IDENTIFICACION	68	43,6	50,0	50,0
	EVITA ERRORES	68	43,6	50,0	100,0
	Total	136	87,2	100,0	
Perdidos	Sistema	20	12,8		
Total		156	100,0		

Tabla 12. Ventajas del uso de pulseras identificativas en los pacientes.

	Porcentaje
Aporta seguridad en niños y pacientes desorientados.	27,0
Aporta seguridad al paciente y a los profesionales.	13,6
Evita realizar pruebas a pacientes desorientados.	9,4
Evita errores de pruebas a pacientes incorrectos	7,1
Evita errores de medicación.	33,7
Evita errores en extranjeros.	6,5
Evita errores en pruebas, medicación y transfusiones	2,7
Total	100.0

Un 28,8% (45 profesionales) no aprecian ningún inconveniente a la colocación de la pulsera identificativa, en la Tabla 13. se pueden observar los porcentajes de las diferentes respuestas dadas por los profesionales.

Tabla 13. Inconvenientes del uso de pulseras identificativas en los pacientes.

INCONVENIENTES				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaj e válido	Porcentaje acumulado
	19	12,2	15,0	15,0
	16	10,3	12,6	27,6
	25	16,0	19,7	47,2
Válidos	45	28,8	35,4	82,7
	17	10,9	13,4	96,1
	5	3,2	3,9	100,0
Total	127	81,4	100,0	
Perdidos	29	18,6		
Total	156	100,0		

En otros comentarios, respecto a la identificación de pacientes, se ha recogido la información facilitada por los profesionales respecto a la dificultad y el coste del uso de las pulseras en el servicio de Hemodialis, el hecho de que los usuarios se quiten las pulseras identificativas o las frecuentes averías que sufren las impresoras de pulseras, (Tabla 14).

Tabla 14. Otros comentarios de los profesionales.

	Porcentaje
Mejorar el funcionamiento de las impresoras.	25,0
Los pacientes se retiran las pulseras y dificultan la comprobación.	62,5
Dificultad y coste de las pulseras en Hemodialis.	12,5
Total	100,0

4.2 ANALISIS DE FIABILIDAD.

Se realizó el test de chi-cuadrado, manteniendo como hipótesis nula que no existe relación entre las diferentes variables estudiadas, mientras que la hipótesis alternativa es que si existe relación significativa para valores de $p \leq 0,05$.

Veremos el grado de significación entre las diferentes variables que nos encontramos en **el subestudio 1 (encuesta verbal realizada a pacientes y familiares)**.

Tras la realización del análisis mediante el test de chi-cuadrado, se observa que existe relación significativa ($p \leq 0,05$) entre la unidad en la cual se encuentra el paciente ingresado y el hecho de que porte la pulsera identificativa ($p=0,00$)

También se observa relación significativa entre el hecho de que la pulsera que porta el paciente sea homologada y el lugar de colocación, lugar de ubicación y que sea la persona cuidadora quien responda ($p=0,00$)

El lugar de ubicación del paciente guarda también relación significativa con el hecho de que se le pidiese algún documento identificativo con foto en la admisión al Hospital. ($p=0,00$)

La identificación verbal del paciente guarda relación significativa con la unidad de ubicación y la unidad de colocación de la pulsera identificativa ($p=0,00$)

El hecho de leer la pulsera identificativa antes de la realización de las diferentes pruebas y técnicas guarda también relación significativa con la unidad de ubicación o de colocación de la pulsera ($p=0,00$) y también con que responda el paciente o la persona cuidadora ($p\leq 0,01$)

La explicación al paciente de por qué se le coloca la pulsera identificativa guarda también fuerte relación con la unidad de ubicación del paciente y con que nos responda el paciente o la persona cuidadora ($p=0,00$)

Hay relación significativa ($p=0,00$) entre las variables de la unidad de ubicación del paciente y si la pulsera le resulta cómoda.

Todos estos datos quedan recogidos en la Tabla 15.

Tabla 15. Grado de significación entre las variables del subestudio 1 para valores de $p\leq 0,05$

Usuarios	Test de chi-cuadrado		sig. Asintótica bilateral	
	Paciente o cuidador/a	Unidad de Ubicación	Unidad de Colocación	
Porta la pulsera	0,795	0,000	0,144	
Pulsera Homologada	0,000	0,000	0,000	
Documento oficial	0,285	0,000	0,111	
Identificación verbal	0,115	0,000	0,000	
Lectura de la pulsera pre pruebas	0,010	0,000	0,000	
Le explican la pulsera	0,000	0,000	0,386	
Resulta cómoda	0,445	0,000	0,927	

Grado de significación entre las diferentes variables del subestudio 2 (encuesta escrita dirigida a profesionales).

Se observa que el sexo del trabajador que contesta la encuesta guarda relación significativa con el hecho de conocer la existencia de un protocolo a nivel hospitalario ($p \leq 0,011$), existencia de impresoras de pulseras en la unidad ($p \leq 0,001$), con la identificación verbal del paciente ($p \leq 0,020$) y con la retirada de la pulsera identificativa al alta ($p \leq 0,037$).

La variable edad del profesional también guarda significación con el hecho de desechar la pulsera identificativa en los contenedores habilitados a tal efecto ($p = 0,00$), y la comprobación de que el paciente porte la pulsera ($p \leq 0,033$) además de tener relación significativa con el hecho de identificar ventajas ($p \leq 0,01$).

La unidad en la cual trabaja el profesional también presenta un alto grado de significación con el conocimiento del protocolo hospitalario, el de la unidad, la existencia de impresoras de pulseras, el quitar y desechar la pulsera al alta en los contenedores habilitados, comprobar que el paciente porta la pulsera y comprobación antes de realizar los distintos procedimientos y pruebas ($p = 0,00$) y con respecto a la identificación verbal del paciente e indicar inconvenientes por el uso de la pulsera ($p \leq 0,001$).

La experiencia del profesional está relacionada de forma significativa con el hecho de desechar la pulsera al alta del paciente ($p \leq 0,007$) y con la comprobación antes de realizar un traslado ($p \leq 0,005$).

El tipo de contrato presenta relación de significación con la comprobación de la pulsera previa al traslado del paciente ($p \leq 0,00$) y con la indicación de inconvenientes que presenta el que los pacientes porten la pulsera ($p \leq 0,022$).

Por último la categoría laboral presenta significación con la comprobación antes de administrar medicación ($p = 0,00$) y con indicar ventajas sobre el uso de la pulsera ($p \leq 0,001$). (Tabla 16.)

Tabla 16. Grado de significación entre las variables del subestudio 2 para valores de $p \leq 0,05$

Test de chi-cuadrado		sig. Asintótica bilateral				
Profesionales	Sexo	Edad	Unidad	Experiencia	Tipo de Contrato	Categoría Laboral
Protocolo en Hospital	0,011	0,040	0,000	0,770	0,695	0,421
Protocolo en Unidad	0,516	0,384	0,000	0,596	0,567	0,914
Impresoras en Unidad	0,001	0,786	0,000	0,910	0,219	0,915
Desecha la Pulsera al alta	0,864	0,000	0,000	0,007	0,222	0,818
Identificación Verbal	0,020	0,751	0,001	0,952	0,176	0,102
Portan pulsera Identificativa	0,220	0,033	0,000	0,198	0,074	0,459
Comprobación pre traslado	0,706	0,061	0,000	0,005	0,000	0,852
Comprobación procedimiento invasivo	0,597	0,892	0,000	0,401	0,498	0,644
Comprobación pre medicación	0,299	0,421	0,000	0,342	0,104	0,000
Retirada pulsera al alta	0,037	0,530	0,000	0,718	0,087	0,429
Ventajas	0,613	0,010	0,425	0,561	0,895	0,001
Inconvenientes	0,538	0,685	0,001	0,618	0,022	0,090

5. DISCUSION

El Hospital de Poniente cuenta con un protocolo general de identificación de pacientes actualizado hasta 2013, basado en el procedimiento General de Identificación de Pacientes del SSPA, E incluso hay dos unidades que lo han adaptado de forma específica a su realidad y tipo de pacientes (Urgencias y Tocoginecología/Puerperas)

Después de analizar los resultados descriptivos de la muestra, se observa que los pacientes portan pulseras identificativas en mayor grado en aquellas áreas en las que hay neonatos como la unidad de Tocoginecología y Peditaria y en la unidad de H. de día quirúrgico cuya cobertura es del 100%, en unidades como Hemodialisis, UCI y Unidad de Agudos de Salud Mental, no se encuentra ningún paciente identificado mediante pulsera, estas unidades presentan peculiaridades que pueden explicar el resultado, como son la personalización de cuidados y el limitado número de pacientes atendidos de forma simultánea, también se une a esto que quizás la pulsera identificativa no sea la mejor opción en unidades como UCI o Hemodialisis, ya que son pacientes que deben de tener los MMSS libres para las diferentes técnicas que implican la venopunción.

En datos generales del Hospital el 65,4% de los pacientes portan pulsera identificativa frente a un 34,6% que no la portan, de estas pulseras el 59% son homologadas, es decir cumplen con las características de Homologación técnica ya descritas en el apartado de **Variables del subestudio 1**, el 6,4% restante corresponde a pulseras no homologadas, que son las que se colocan a los neonatos, si bien recogen información imprescindible como nombre y apellidos de la madre, fecha del parto y número de historia clínica de la madre, pero no son impresas sino que esta información se cumplimenta a mano y se coloca en el interior de la pulsera transparente que portan estos pacientes, esta práctica puede generar errores y confusiones, pero el uso de estas pulseras transparentes no homologadas se ha justificado en pacientes pediátricos aludiendo que esta pulsera resulta más flexible y produce menos lesiones cutáneas.

Estos resultados están bastante alejados de las coberturas de identificación con pulseras publicadas en otros estudios, en torno al 80-90%. 79,4% en el estudio de Martínez Ochoa³⁸, 86,7% estudio de Leal Llopis³⁹, o el 87% del estudio de Cánovas Serrano.⁴⁰ No conocemos el tiempo que ha pasado desde la implantación del sistema de identificación hasta la evaluación en estos estudios, aspecto que influye en este indicador como señala Martínez Ochoa.³⁸ En el caso del Hospital de Poniente ha sido de un año, puesto que en

2011 se actualizó el protocolo de identificación del hospital y posteriormente se difundió por las diferentes unidades.

Según Davis⁴¹, implicar de forma activa a los pacientes para que informen a los profesionales sanitarios cuando no se les ha colocado la pulsera identificativa es una medida efectiva. Y desde la Estrategia de Seguridad del Paciente en Andalucía, fomentar la implicación del paciente y la persona cuidadora ha sido y es uno de sus objetivos específicos. Impulsando la participación de los pacientes en su propia seguridad a través del proyecto de “Red andaluza de ciudadanos formadores en seguridad del paciente”^a que se desarrollara con la nueva estrategia.

La identificación verbal al paciente es del 100% en unidades como Pediatría, H de día y Hemodialisis, en unidades como UCI nunca se identifica de forma verbal al paciente, estando la media hospitalaria en algo más de la mitad 53,7%, siendo estrictos, sin embargo al 88,5% de los pacientes se les identifica de forma verbal pero no ante todos los procedimientos y pruebas.

Respecto a la comprobación del paciente mediante lectura de pulsera identificativa antes de realizar pruebas y procedimientos encontramos que en el servicio de Pediatría esta comprobación es al 100% de los pacientes y en los servicios en los cuales no se han colocado pulseras identificativas como Hemodialisis, UCI y U. de Agudos de Salud Mental, es evidente que la tasa de lectura antes de procedimientos es del 0%.

La media de lectura de pulseras identificativas del Hospital está en un 30,4% sobre el total de pacientes ingresados de forma rigurosa pero el 55,8 de los pacientes indican que ante algunas pruebas si son identificados mediante la lectura de la pulsera.

La explicación al paciente o cuidador de porque se le coloca la pulsera identificativa ocurre en un 34,9% del total de pacientes ingresados en el Hospital, unidades como H. de día quirúrgico le explican a sus pacientes el porque le colocan una pulsera identificativa en una tasa del 63,6% , seguida de Pediatría en un 56,25%, que en este caso se le explica a la persona cuidadora, teniendo en cuenta que el lugar donde se deben de colocar la pulseras identificativas es en el servicio de urgencias del Hospital, es lógico pensar que aquellos pacientes que su vía de ingreso es diferente a la de urgencias generales será en el destino de ingreso en donde se coloca la pulsera y en ese

^a Se trata de hacer explícita/tangible la incorporación del paciente y la ciudadanía en las políticas de Seguridad del Paciente en la Comunidad Autónoma Andaluza en sinergia con otras actuaciones que se vienen desarrollando, y en estrecha colaboración con los/las profesionales, buscando la mejora de la atención sanitaria, y promoviendo la formación continuada en cascada para la incorporación de prácticas seguras en su vida diaria.

acto se les explica la utilidad de la misma a la vez que se le hace la valoración inicial al ingreso.

La pulsera le resulta cómoda a un 83,2% de los pacientes que la portan, destacan que aquellos pacientes que presentaban múltiples vías canalizadas o bien edemas en los MMSS eran los que estaban más en desacuerdo con el portar la pulsera identificativa.

Respecto a los profesionales casi la totalidad de ellos conocía que en el hospital había un protocolo de identificación inequívoca de pacientes, lo cual es un primer paso importante para seguir profundizando en la identificación inequívoca, también conocían si había o no un protocolo específico de identificación para su unidad así como si existía o no impresora de pulseras identificativas.

Los datos sobre la identificación verbal del paciente y la comprobación de la pulsera identificativa antes de realizar procedimientos o pruebas según respondieron los profesionales 2/3 siempre lo realizaban contrastando la percepción de los usuarios/cuidadores, que era de la mitad.

Algo más de la mitad de los profesionales admitía que desechaba las pulseras identificativas al alta de los pacientes en los contenedores habilitados para este fin, el incorrecto tratamiento de este tipo de documento con información del paciente hace que sea más vulnerable la confidencialidad de los datos del paciente.

Estos resultados nos hacen plantearnos la relativa utilidad e importancia que se le da a la pulsera identificativa en la práctica diaria.

Hay que tener en cuenta que nos encontramos ante respuestas de los propios profesionales respecto al uso que hacen de las pulseras identificativas, y no ante un estudio de observación directa durante sus actividades diarias con los pacientes y en el que los resultados obtenidos reflejarían la práctica habitual de forma más fiable. Es razonable pensar que si con este estudio los resultados han sido inferiores a los deseados, con un estudio de observación los resultados habrían sido más escasos aunque más reales.

6. CONCLUSIONES.

- El Hospital de Poniente facilita 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.

Solo algo mas de la mitad de los pacientes porta pulsera identificativa, es razonable suponer que la cobertura habria sido mayor de haber realizado el estudio en los meses siguientes a la difusión del protocolo. Pero tras estos resultados solo un año despues, que muestran una implantación deficiente del protocolo general de Identificación de Pacientes, resulta mas que pertinente retomar su seguimiento estrechamente y ampliar las medidas de difusión entre los profesionales.

La identificación verbal de los pacientes asi como la lectura de la pulsera identificativa antes de realizar pruebas o procedimientos no es una practica extendida a todos los profesionales, (53,7% identifica verbalmente a los pacientes y el 30,4% comprueban siempre los datos de la pulsera), evidenciando asi la posibilidad de cometer errores, los profesionales siguen identificando a los pacientes por el numero de habitación y la cama que ocupan en ella, esta actividad se realiza de forma rutinaria lo que dificulta el modificar la cultura de la identificación, es evidente que hay un bajo nivel en el cumplimiento de protocolo de identificación inequívoca del paciente.

La necesidad de un cambio en la cultura de los profesionales, en la que las actividades que disminuyan el riesgo de cometer errores en los pacientes esten integradas en la practica asistencial, es patente que día a día, y aunque las iniciativas son múltiples, resultados como los observados en este estudio demuestran que todavia queda mucho camino por andar.

- De los pacientes que portan la pulsera identificativa, solo la mitad de ellos indica que el personal sanitario le ha explicado porque le colocan la pulsera identificativa y para que sirve. (34,9% del total de pacientes ingresados), con esta baja información al paciente y familiares excluimos al usuario de la identificación activa y por lo tanto no los hacemos partícipes de la estrategia, lo que sugiere que el personal sanitario coloca la pulsera como un requisito más dentro de la admisión del paciente y no con plena conciencia de la medida de seguridad que realmente supone.

- No a todos los pacientes que ingresaron en el hospital se les identificó con documentación oficial (DNI/Pasaporte), según responden los propios usuarios y cuidadores solo al 55%, una documentación con fotografía ayuda a identificar desde el primer momento al usuario. La práctica habitual es solicitar la tarjeta sanitaria, pero este documento puede transferirse de un paciente a otro y producir desde el inicio errores de identificación.
- Hay una estrecha relación entre la unidad en la cual se encuentra ubicado el paciente con el hecho de portar la pulsera identificativa y con la identificación verbal por parte de los profesionales.

En unidades como UCI, Unidad de Agudos de Salud Mental y Hemodialisis los pacientes no portan la pulsera identificativa, la peculiaridad de estos pacientes y la personalización de los cuidados hace necesario que se tomen medidas alternativas, en unidades como Hemodialisis y Salud Mental siempre se identifican a los pacientes de forma verbal, y en la UCI la gran parte de los pacientes tenía la pulsera identificativa entre los registros de enfermería a pie de cama.

En unidades como Pediatría y Tocoginecología/Puerperas casi el 100% de los pacientes porta la pulsera y se comprueba antes de realizar alguna prueba o procedimiento.

Se observa que hay una gran variabilidad entre las unidades en lo que respecta a la identificación de los pacientes.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Aranaz JM, Kelley E. Safety Data for Safer Care: The importance of International Consensus and Action. *Calidad Asistencial*. 2007;22(6): 317-326.
2. Kohn LT, Corrigan J, Donalson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press; 2000.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo, 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/planCalidad2007.pdf>
Consultado el 21 de Noviembre de 2012.
4. Chassin MR, Becher EC. The Wrong patient. *Ann Intern Med* 2002 jun 4; 36(11): 826-33.
5. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Sentinel Event Alert. 2013. Disponible en: www.jcaho.org Consultado el 17 de Marzo de 2013.
6. American Hospital Association. Quality management. Management Advisory Catalog N° 049735, Chicago: AHA; 1992. Disponible en <http://jcaho.org> Consultado el 24 de Febrero 2013.
7. Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria. Alerta n° 1: Inadecuada identificación de pacientes. Barcelona; CISP. 2009 Disponible en: www.fadq.org Consultado el 24 de Febrero de 2013.
8. Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria. Alerta n° 7: Administración segura de medicamentos. Barcelona; CISP. 2009. Disponible en: www.fadq.org Consultado el 24 de Febrero de 2013.
9. Renner S, Howanitz P, Bachner P. Wristband identification error reporting in 712 hospitals. *Arch Pathol Lab Med*. 1993; 117: 573-7

10. Mannos D. NCPS patients misidentification study: a summary of root cause analyses. VA NCPS Topics in Patients Safety: Washington, DC, United States Department of Veterans Affairs, June-July 2003. Disponible en: http://www.health.qld.gov.au/psq/documents/psqm_mar_11.pdf Consultado el 4 de Abril de 2013.
11. The institute for safe Medication Practices. The five right. Medication Safety Alert. ISMP Acute Care Edition April 7, 1999. Disponible en: <http://www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/19990407.asp>
12. Joint Commision, 2011 National Patient Safety Goals. Disponible en: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/2011-2012_npsg_presentation_final_8-4-11.pdf Consultado el 20 de Febrero de 2013.
13. Wristbands for hospital impatiens improvers safety. National Patients Safety Agency, Safer practice notice 11,22 November 2005. Disponible en: http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1440Safer_Patient_Identification_SNP.pdf Consultado el 18 de Enero de 2013.
14. U.S Pharmacopeia (USP). MEDMARX 5th anniversary data report: a chartbook of 2003 findings and trends. Rockville (MD): USP; 2004
15. Weingart SN, Ship AN, Aronson MD: Confidential clinician-reported surveillance of advise events among medical impatiens, J Gen Intern Med 2000 Jul; 15(7): 470-7
16. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaria General Tecnica; 2006. Disponible en http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43_estudio_ENEAS.pdf Consultado el 19 de Febrero 2013.
17. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio APEAS. Estudio sobre la

Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf Consultado el 19 de Febrero de 2013.

18. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Estudio EARCAS: Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2010. Disponible en:

<http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/master/estudioearcas.pdf>

Consultado el 19 de Febrero de 2013.

19. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009. Disponible en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf

Consultado el 22 de Febrero de 2013.

20. World Alliance for Safer Health Care. World Health Organization. Forward Programme. Ginebra: World Health Organization; 2004. Disponible en:

<http://www.who.int/patientsafety/es/> Consultado el 22 de Febrero de 2013.

21. Organización Mundial de la Salud. Joint Comisión Internacional. Preamble a las Soluciones para la Seguridad del paciente (Internet). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. Disponible en:

<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>

Consultado el 22 de Febrero de 2013.

22. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm> Consultado el 24 de

Febrero de 2013.

23. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (Internet). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Diciembre 2011. Disponible en:

<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/presentacion.html> Consultado el 22 de Febrero de 2013.

24. Consejería de Salud. Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2006-2010. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2006. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Anxllisis_implementaci xn_ESP_2006-2010.pdf Consultado el 24 de Febrero de 2013.

25. Consejería de Salud. Procedimiento general de Identificación de Pacientes del SSPA. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía 2009. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practic as_seguras/procedimiento_ide ntificacion_pacientes.pdf Consultado el 24 de Febrero de 2013.

26. Observatorio para la Seguridad del Paciente. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Consejería de Salud. Presentación del Observatorio. 2011. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsnitaria/observatorioseguridadpaciente/> Consultado el 22 de Febrero de 2013.

27. Consejería de Salud. Análisis de la implementación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente 2006-2010. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2011

28. Consejería de Salud. Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2011-2014. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2011. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/estrategia_seguridad_paciente/estrategiaSegurida dPaciente11_14?perfil=org&desplegar=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PL

[ANES Y ESTRATEGIAS/&idioma=es&tema=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/estrategia_seguridad_paciente/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/estrategia_seguridad_paciente/estrategiaSeguridadPaciente11_14](#) Consultado el 26 de Febrero de 2013.

29. Manual de estándares de centros del Sistema Sanitario de Andalucía. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. ME 21_04 Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, mayo 2012. Disponible en:

http://www2.acsa.junta-andalucia.es/programas_de_acreditacion/centros/programas_de_acreditacion/Programas_Acreditacion_Centros/programas_de_acreditacion_centros_sis_sanitario.html

Consultado el 2 de Marzo de 2013.

30. J Loeb, A Chang. World Health Organization, Patient Safety: Reduction of Adverse Events through a Common Understanding and Common Reporting tools. Towards an International Patients Safety Taxonomy: A review of the Literature Existing classification Schemes for Adverse Events and Near Misses, A Draft Framework to Analyze Patients Safety Classifications and a Draft comparative Glossary of Patient Safety Terms. Geneva, Switzerland. 2003 june. Disponible en:

<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/JCAHOREport12-30June03.pdf> Consultado el 2 de Marzo de 2013.

31. Peltomaa K, James Reason: Patient Safety, Human Error, and Swiss Cheese. Quality Management in Health Care 21(1): 59-63, 2012 Jan-Mar

32. Henderson V. La naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. McGraw-Hill. Madrid:1994.

33. Marriner-Tomey A. Modelos y teorías de enfermería. 6 ed. Elsevier. 2007.

34. McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5 ed. Elsevier España. 2009.

35. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3 ed. Elsevier España. 2005
36. Martínez Ochoa EM, Cestafe Martínez A, Martínez Saenz MS, Belio Blasco C, Caro Berguilla Y, Rivera Sanz F. Evaluación de la implantación de un sistema de identificación inequívoca de pacientes en un hospital de agudos. *Med Clin* 2010; 135 (1): 61-66
37. Martín Arrivas MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* 2004, 5(17): 23-9. Disponible en:
http://www.enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarios.pdf Consultado el 26 de Enero de 2013.
38. Martínez Ochoa EM, Cestafe Martínez a, Martínez Sáenz MS, Belio Blasco C, Caro Berguillad Y, Rivera Sanz F. Evaluación de la implantación de un sistema de identificación inequívoca de pacientes en un hospital de agudos. *Med Clin* 2010; 135(1): 61-66
39. Leal Llopis J, Alcaraz Martínez J, Pérez García MC, Alonso Frias MA, Calvo Bohajar M, Paredes Sidrach de Cardona A. Evaluación del uso de pulseras identificativas en patients hospitalizados. En: XXVII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Sevilla SECA; 2009
40. Cánovas Serrano A, López García JA, Pérez Soler C, García Arzac I. Identificación inequívoca del paciente hospitalario. En: XXVII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Sevilla: SECA; 2009
41. Davis R, Sevdalis N, Jacklin R, Vincent CA. An Examination of Opportunities for the Active Patient in Improving Patien Safety. *J Patinet Saf* 2012; 8(1): 36-43

8. ANEXOS.

ANEXO 1 PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES (HOSPITAL DE PONIENTE).



Agencia Pública Empresarial Sanitaria
Hospital de Poniente
CONSEJERÍA DE SALUD

Protocolos, Normas y Procedimientos

7. CONTROL DE RIESGOS

ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DE PACIENTES: IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES

Autor/es: Dirección de Cuidados de Enfermería.
Fecha Realización: 05/2011
Próxima Revisión: 05/2013
Revisado: PENDIENTE APROBACIÓN COMISIÓN DE SEGURIDAD

Introducción

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

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. La necesidad de identificación unívoca de las personas ha sido reconocida en varios sistemas sanitarios.

Los sistemas de identificación de nuestro país, como el Registro Civil, DNI o Seguridad Social, no garantizan la identificación unívoca. Por ello los servicios de salud asignan un código de identificación con motivo de la emisión de la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS). La identificación a partir de la emisión de la TIS no ha garantizado hasta ahora la identificación unívoca de todos los ciudadanos ni de todos los usuarios del sistema sanitario. Además, los diferentes servicios de salud no utilizan los mismos códigos de identificación ni se han acordado los estándares de intercambio de información.

Por esa razón cada centro sanitario utiliza los Números de Historia Clínica (NHC) para identificar a los pacientes. Desde La Unidad de Admisión, a cada paciente que ingresa en el centro hospitalario se le asigna un número único que en el caso de la asistencia exclusiva del paciente en Urgencias es provisional, y pasa a ser definitivo cuando vuelve al centro por segunda vez. Cada documento de que conste la historia clínica debe incluir el NHC correcto, y cada petición (de laboratorio, de radiodiagnóstico, pruebas especiales, interconsultas, etc.) que se genere de dicho paciente debe incluir, de forma inequívoca, el NHC identificativo, junto con sus datos básicos, como son nombre y apellidos, fecha de nacimiento, edad, número de la Seguridad Social, así como origen y destino de la petición.

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.



Objetivos

IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA Y UNIVERSAL DE PACIENTES INGRESADOS.

Generales:

- Mejorar la seguridad y calidad de los servicios de salud.
- Mejorar acciones que puedan reducir el riesgo de accidentes.

Específicos:

- 1.- Identificar todo paciente que acude a servicios de urgencias.
- 2.- Identificar pacientes INGRESADOS Y EN REGIMEN DE CMA:
 - Pacientes que requieren intervención quirúrgica (Programada, CMA y cma)
 - Pacientes que requieren transfusiones sanguíneas.
 - Pacientes críticos o bajo nivel de conciencia.
 - Pacientes inmigrantes.
 - Pacientes de observación.
 - Pacientes frágiles.
- 3.- Conocer en todo momento datos de filiación del usuario.
- 4.- Verificar la identidad del paciente antes de realizar pruebas diagnósticas (glucemias, analíticas) o administrar medicamentos o componentes sanguíneos
- 5.- Evitar errores y agilizar la gestión de las Historias Clínicas de los pacientes desde Archivo.

5. Responsables de la identificación.

El profesional que tiene el primer contacto con el paciente será el responsable de identificarlo físicamente. Todos los demás profesionales que tengan contacto con el paciente son responsables de realizar las comprobaciones establecidas previas a la realización de los procedimientos de riesgo ya descritos.

6. 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.
- ❖ Los pacientes de hemodiálisis están sujetos a tratamiento en nuestro centro durante largos períodos de tiempo de manera ambulatoria, por lo que su identificación se realizará a través de un adhesivo identificativo, en el que se incluirá la información habitual de las pulseras identificativas, además de la presencia de alergias o no
- ❖ Situación de catástrofes: se identificará al paciente según lo establecido en el Plan de catástrofes de cada centro.
- ❖ Pacientes en los que la pulsera identificativa dificulta o afecta a la accesibilidad para la realización de alguna técnica, o que existan elementos que imposibiliten la colocación, como puede suceder en los pacientes de la Unidad de cuidados intensivos, se buscará otra posible zona accesible a colocar o se prescindirá de su utilización hasta el momento que permita su correcta implantación o el alta a otra unidad. Para facilitar esta rotación de pulseras, se dispondrá de una impresora de pulseras en la unidad.
- ❖ Pacientes de Quirófano que van a ser intervenidos: En los casos en los que la pulsera identificativa dificulte o afecte a la accesibilidad para la realización de la intervención, o que existan elementos que imposibiliten la colocación, se prescindirá de su utilización hasta el momento que permita su correcta implantación.
Todo paciente a la salida de Reanimación con destino a otra unidad de hospitalización debe de ser correctamente identificado con la Pulsera identificativa. En caso de no disponer de Pulsera, se solicitará una nueva en Admisión para su colocación.
- ❖ Pacientes que no desean permanecer identificados: La identificación correcta de pacientes es una obligación de los profesionales sanitarios: la pulsera identificativa es sólo uno de los múltiples métodos y procedimientos para facilitar dicha identificación. Ante la negativa de identificación de un paciente, deberemos explicarles a él y a sus familiares las ventajas que suponen estar correctamente identificado en todo momento en el medio hospitalario. Una vez realizada la intervención informativa, en caso de persistir el paciente en su empeño de no ponerse la pulsera identificativa no se colocará.

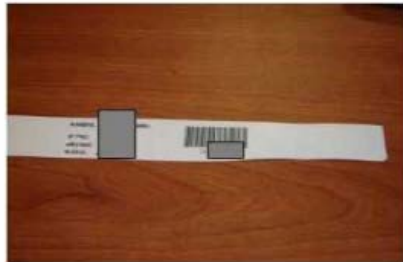
7. Destrucción de las pulseras identificativas.

El profesional sanitario momentos previos al alta le solicitará o requerirá la pulsera para proceder a su destrucción, así mismo se habilitará un contenedor para que los usuarios puedan depositar sus pulseras. Este contenedor tendrá un sistema que impide el acceso a

las pulseras que se depositen para su destrucción posterior.

ANEXO III Colocación de Pulsera Identificativa

Los datos que se detallan a continuación pueden parecer obvios, pero importan más de lo que en cualquier una vez probadas las pulseras



LOS DATOS QUE CONTIENE LA PULSERA IDENTIFICATIVA SON:
Nombre, n.º de paciente, año de nacimiento, NUSA, código de barra y con n.º de historia clínica y el n.º de historia clínica debajo.

El estándar solicita que al menos existan 2 elementos identificativos del paciente, en este caso contamos con el doble de elementos identificativos.

Además, el n.º de Historia Clínica en código de barras podrá facilitar la identificación a la hora de determinaciones de analíticas a pie de cama, dietas, y demás elementos de control informatizados que se puedan ir introduciendo.



EL EXTREMO ADHESIVO DE LA PULSERA CUENTA CON UNA FRANJA DE COLOR NEGRO IDENTIFICATIVO, QUE DISTINGUE LA ZONA ADHESIVA (REVES) CON LA ZONA DE IMPRESIÓN DE DATOS (DERECHO).



ANTES DE COLOCAR LA PULSERA, ES CONVENIENTE MEDIR LA MUNECA DEL PACIENTE CON AL MENOS UN DEDO DE HOLGURA. Esto permitirá cierta movilidad a la pulsera, dando mayor comodidad al paciente y facilitando la transpiración de la piel. Dejar mayor holgura de lo deseable, puede mermar la movilidad del paciente y acelerar el deterioro de la pulsera.



VOLVER A COMPROBAR LA MOVILIDAD DE LA PULSERA IDENTIFICATIVA Y DEJAR EN UNA POSICION CONFORTABLE PARA EL PACIENTE.



ANEXO II CUESTIONARIO PARA USUARIOS

1	Paciente o persona cuidadora			
2	El paciente tiene colocada la pulsera identificativa	SI	NO	
3	Homologación de la pulsera	SI	NO	
4	Recoge nombre y apellidos del paciente	SI	NO	
5	Recoge la fecha de nacimiento del paciente	SI	NO	
6	Recoge el número de historia clínica del paciente	SI	NO	
7	Unidad donde se encuentra el paciente			
8	Identificación con documento oficial: DNI o Pasaporte	SI	NO	
9	Se explica el porqué de la colocación de la pulsera	SI	NO	
10	Identificación verbal: se le pregunta el nombre antes de realizar pruebas o procedimientos	Siempre	Nunca	A veces
11	Comprobación y lectura de la pulsera antes de realizar pruebas o procedimientos	Siempre	Nunca	A veces
12	Unidad en la que se coloca la pulsera identificativa			
13	Le resulta cómoda la pulsera identificativa	SI	NO	

ANEXO III CUESTIONARIO PARA PROFESIONALES

El siguiente cuestionario anónimo tiene como objetivo analizar la identificación de los usuarios del Hospital de Poniente desde la perspectiva de los profesionales. Gracias por su colaboración.

Marque con una X sus respuestas

Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Categoría profesional <input type="checkbox"/> Enfermero/a
Edad _____	<input type="checkbox"/> TCAE
Unidad _____	<input type="checkbox"/> Matron/a
Años de experiencia profesional _____	
Tipo de contrato <input type="checkbox"/> Indefinido	<input type="checkbox"/> Celador/a
<input type="checkbox"/> Interino	<input type="checkbox"/> Médico/a
<input type="checkbox"/> Eventual	<input type="checkbox"/> Otro

	Si	No	No sabe
¿Existe protocolo general de identificación de pacientes en el Hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existe protocolo específico de identificación de pacientes en su Unidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existe impresoras de pulseras identificativas en tu Unidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Desecha las pulseras identificativas en los contenedores indicados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	A veces	Siempre	No procede
¿Identifica al paciente de forma verbal antes de realizar alguna actividad o procedimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Revisa que todos sus pacientes tengan colocada la pulsera identificativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Comprueba la pulsera identificativa del paciente antes de realizar algún traslado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Comprueba la pulsera identificativa del paciente antes de realizar algún procedimiento invasivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Comprueba la pulsera identificativa del paciente antes de administrar medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Retira la pulsera identificativa al alta de los pacientes a su cargo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Señale las ventajas que en su opinión aporta el uso de pulseras identificativas en los pacientes del Hospital:

Señale los inconvenientes que en su opinión presenta el uso de pulseras identificativas en los pacientes del Hospital:

Otros comentarios

ANEXO IV

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza:

Se trata de un estudio transversal realizado entre profesionales de enfermería (DUE y TCAE) de la Agencia Pública Empresarial H. de Poniente de el Ejido para valorar el grado de implicación de los profesionales en la identificación inequívoca del paciente.

Importancia:

Es muy importante que responda a las preguntas efectuadas en el cuestionario de forma real y no “lo deseable”

Es un cuestionario totalmente anónimo.

Implicaciones para el profesional:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El Profesional puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en la relación laboral con la empresa .
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Riesgos de la investigación:

No existen riesgos de ningún tipo.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con el investigador. Francisco Reche González Gestor de cuidados de HMQ I del Hospital. de Poniente en el teléfono: 950 022 552 o en el correo electrónico: franciscojose.reche@ephp.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA
IDENTIFICACION INEQUIVOCA DE USUARIOS

Yo:.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Profesional)

He podido hacer preguntas sobre el estudio SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA IDENTIFICACION INEQUIVOCA DE USUARIOS

- He recibido suficiente información sobre el estudio en cuestión. He hablado con el profesional sanitario informador: Francisco Reche González
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la donación/información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mi relación con la empresa en la que trabajo.

Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado*
SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA
IDENTIFICACION INEQUIVOCA DE USUARIOS

Firma del Trabajador

Firma del profesional
Sanitario informador

Nombre y apellidos:.....

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha: