

Evaluación de la opinión del equipo de salud y padres sobre la identificación de los pacientes pediátricos

Health care team and parents opinion about pediatric patients identification

Dra. Nora Dackiewicz^a, Dra. Laura Viteritti^a, Dra. Valeria Fedrizzi^a,
Dra. Inés Galvagno, Dr. Juan Carlos Ferrería, Dra. Nancy Boada^a, Far. Graciela Calle^a,
Far. Marcela Rousseau^a, Enf. Juan Díaz^b, Lic. Elizabeth Enriquez^b,
Enf. Nelly Villalonga^b, Lic. Ana Brulc^c, Silvia Pietanese^c,
Mónica Piano^c y Dra. Beatriz Marciano^a

RESUMEN

Introducción. La correcta identificación del paciente es esencial para la seguridad de la atención: la pulsera identificadora del paciente internado es una estrategia en la prevención del error médico. Sin embargo, en la realidad, la identificación de la totalidad de los pacientes es un tema pendiente.

Objetivo. Conocer la opinión del equipo de salud y los padres respecto al procedimiento de identificación de los pacientes en el Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" y medir la adhesión a esta práctica.

Método. Se realizó una encuesta al equipo de salud en una semana, autoadministrada y anónima, de tres preguntas sencillas con respuesta cerrada (4 ítems con escala de Likert), acerca de la opinión sobre la identificación de los pacientes, con un espacio abierto para observaciones. El mismo cuestionario, con excepción de la tercera pregunta, fue administrado a los padres de los pacientes. Se realizó un corte de un día evaluando porcentaje de pacientes correctamente identificados.

Resultados. Se realizaron 300 encuestas a médicos (100), enfermeros (100) y padres (100). El 82% contestó que los pacientes debían tener pulsera identificadora en todo momento durante la internación. Un 64-74% contestó que era útil para prevenir errores. No se encontraron diferencias significativas entre padres y médicos. Sin embargo, sólo el 34% de los pacientes se encontraban correctamente identificados.

Conclusiones. La discrepancia entre la opinión y la práctica indica que la identificación de los pacientes no representa aún un eslabón prioritario en la seguridad y la calidad de la atención. Por lo tanto, es necesario desarrollar estrategias para mejorar la cultura de la seguridad.

Palabras clave: pulsera identificadora; cultura de seguridad; error médico.

SUMMARY

Introduction. Patient misidentification continues to be a quality and safety significant issue. The Joint Commission International listed patient identification as the first of ten life-saving patient-safety solutions. Identification wrist bands are the goal in the identification strategy. At the Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr.

J.P. Garrahan" we inquired about perception and agreement of this practice within hospital staff and parents.

Method. A short questionnaire was used with; in the first part a four point Lickert scale, and in the second one an open unstructured response. The questionnaire was distributed among health care workers and parent's patients. For families, the third question was not administrated. The survey explored about purpose and opportunity regarding the use of wrist band identification. A one day cutoff was made to obtain baseline data for properly use of identification bands.

Results. A total of 300 questionnaires were analyzed, 100 for each cluster (physicians, nurses, and parents); 82% responded that the wrist band should stay along the whole hospitalizing period. A range of 64% to 74% within the groups responded that it is helpful to prevent errors. There was not statistical difference between parents and physicians. Overall, percentage of patient with correct identification band in the hospital was 34%.

Conclusions. We concluded that the wrist band identification is not a health care workers priority behavior yet. Initiatives on safety patient identifications, including families and healthcare workers, must be developed in the near future.

Key words: wrist band identification, patient safety culture, medical error.

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención médica implicar múltiples etapas en las cuales la posibilidad de error puede traducirse en un daño para el paciente.¹ La correcta identificación del paciente es un paso esencial para la seguridad de la atención. El fallo en la correcta identificación de un paciente se correlaciona, directamente, con la posibilidad de brindar una intervención clínica al paciente incorrecto, de equivocación en el sitio de un procedimiento, de erro-

- Comité de Seguridad en la atención. Área Calidad.
- Área de enfermería.
- Dirección asociada de atención al paciente.

Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

Correspondencia:
Dra. Beatriz Marciano
bettymarciano@
hotmail.com

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 26-8-10
Aceptado: 17-12-10

res de medicación, errores de transfusión y errores en los exámenes complementarios.²

La incorrecta identificación del paciente es un problema reconocido en todo el mundo como fuente de errores en la asistencia médica. Solucionarlo es considerado como una meta o programa por las agencias más prestigiosas que trabajan en el tema de la Seguridad del Paciente. La pulsera de identificación colocada durante toda la estadía del paciente en el hospital es una estrategia en la prevención de esta causa de error médico.^{3,4}

Según la Agencia Nacional para la Seguridad Británica,⁵ tres son los principales errores que pueden ocurrir durante la atención médica en el marco de una falla en esta práctica:

- a) Que un paciente reciba un tratamiento incorrecto en base a la incorrecta identificación de las muestras, radiografías y otros exámenes.
- b) Que un paciente reciba un tratamiento incorrecto como resultado de un fallo en la comunicación en el equipo tratante, o debido a que el equipo no realizó la adecuada verificación de la identidad.
- c) Que un paciente reciba el tratamiento de otro paciente, producto de no estar correctamente identificado.

La Comisión Internacional Conjunta (*Joint Commission International*) describe la mejora en la identificación de los pacientes como la primera de las metas para el año 2010,⁶ y especifica que deben realizarse dos identificaciones del paciente antes de brindarle cualquier tipo de cuidados, tratamientos y servicios. En Pediatría existe poca bibliografía al respecto, a pesar de que se sobreentiende como una prioridad.^{7,8}

Es un derecho de los pacientes que cada uno de los actores del equipo de salud conozca su identidad,⁹ tanto el enfermero, el médico y el técnico que tomará una muestra o administrará una transfusión, como el camillero encargado de trasladarlo para un procedimiento o un examen complementario.

Sin embargo, a pesar de ser una medida sencilla de implementar, de muy bajo costo, muy eficiente y con consenso bibliográfico sobre su utilización, la identificación de todos los pacientes hospitalizados es aún un logro parcialmente alcanzado.¹⁰

El hospital cuenta con aproximadamente 290 camas de Cuidados Intermedios Moderados (CIM), alrededor de 40 camas en sus dos Hospitales de Día, y 20 camas en Emergencias por día. La identificación de los pacientes figura actualmente pre-impresa como una de las acciones a

realizar en las planillas de indicaciones de los niños internados. La identificación consiste en que el enfermero a cargo coloque, en la muñeca del paciente al ingreso, una pulsera de material impermeable en la cual consta nombre y apellido, número de historia clínica y legajo correspondiente a la internación.

Supusimos, en base a datos estadísticos del hospital no publicados, que no existe un claro consenso sobre la importancia de su utilización entre el equipo de salud, por lo cual decidimos realizar en el Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan" S.A.M.I.C, una evaluación cualitativa de la opinión y grado de acuerdo con el procedimiento de identificación.

OBJETIVOS

1. Conocer la opinión de los profesionales de la salud (médicos y enfermeros) y de los padres de los pacientes en relación a la necesidad y beneficios de la identificación.
2. Medir la adherencia al procedimiento de identificación.

MÉTODO

En febrero de 2010 se realizó en el Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan" –nosocomio público de atención pediátrica de alta complejidad–, una encuesta en la que se indagó acerca del uso de la pulsera de identificación.

La encuesta fue elaborada por consenso del Comité de Seguridad y Riesgo, miembro del Área de Calidad del hospital. Las preguntas se formularon sobre la base de la experiencia con otros modelos de encuestas de seguridad de atención. (*Tabla 1*)

Se realizó en un período de una semana, en forma autoadministrada y anónima, pero con registro de la ocupación (médico o enfermero). En la primera parte se formularon tres preguntas sencillas con respuesta cerrada, en escala Likert de 4 ítems acerca de la opinión de la medida –donde la puntuación más alta expresaba la utilidad y posibilidad de realizarse correctamente– y, en la segunda parte, una repuesta abierta para observaciones.

El mismo cuestionario fue administrado a los padres de los pacientes internados, con excepción de la tercera pregunta. Esta última pregunta solo se administró a los profesionales, por posibles implicancias éticas y legales.

Todos los encuestados participaron en forma voluntaria dando el consentimiento luego de una breve explicación verbal.

La encuesta se distribuyó en forma aleatorizada en todas las salas de Cuidados Intermedios y Moderados (CIM) del hospital, los Hospitales de Día (polivalente y oncológico) y la sala de Observación del Área de Emergencia. Se excluyeron las salas de cuidados intensivos (UCI), por utilizar otro método de identificación, diferente de las pulseras.

Se calculó un tamaño muestral de 300, se estimó un nivel de confianza del 95% y un error sistemático del 5%, asumiendo que la posibilidad de elegir cada uno de los ítems era idéntica (25% para cada ítem en cada pregunta). La validación de contenido del constructo se llevó a cabo por el grupo investigador.

Para evaluar concordancia de los hallazgos con la práctica cotidiana se efectuó, en forma simultánea, una medición del porcentaje de pacientes correctamente identificados.

Se realizó un corte transversal de un día, que abarcó la totalidad de los pacientes internados en la institución, y se midió la cantidad de pacientes correctamente identificados, en las mismas áreas donde se realizó la encuesta.

Se registró como "correctamente identificado" a todo aquel paciente que tuviera colocada en alguno de sus miembros la pulsera identificadora con información correspondiente a su nombre, apellido y número de historia clínica, y que además, fuera legible. El corte se realizó una semana previa a comenzar con la encuesta para evitar sesgo de detección o de vigilancia.

Aspecto ético

No se ha diseñado esta investigación para medir calidad de la atención.

Este estudio solo pretende reflejar opinión; la encuesta es para mostrar grado de acuerdo o desacuerdo con la posibilidad de realizar la medida, y con su uso.

No se notificaron errores, tanto en la administración de medicamentos, cuanto en la aplicación de la terapéutica o en los procedimientos diagnósticos durante el período evaluado en el estudio.

Análisis estadístico

Determinamos la fiabilidad del cuestionario mediante el coeficiente alfa de Cronbach. La validez de la encuesta fue de contenido y basada en las premisas del Grupo sobre Seguridad del Paciente de la OMS (*WHO Patient Safety Group*) y de la Comisión Conjunta Internacional (*Joint Commission International*). Para el diseño de la encuesta se utilizó el programa informático Survey

System (edición para evaluación).¹¹ Se analizó en la totalidad de las encuestas por subgrupos: a) enfermeros, b) médicos y c) padres. Se calculó la distribución de frecuencia de cada respuesta. Se realizó un análisis comparando grupos independientes mediante las pruebas t y de Mann Whitney, y se utilizó ANOVA cuando eran más de dos grupos, se aplicó la posprueba Dunns. Se adoptó un nivel de significación de $p < 0,05$. Como programa estadístico se utilizó SPSS17.0, agosto 2008 y PRISM 5.0, 2009.

RESULTADOS

Se realizaron 300 encuestas: a médicos (100), enfermeros (100) y padres (100) en los lugares descriptos.

En el análisis de fiabilidad se obtuvo un valor de Cronbach adecuado para el cuestionario en general (0,71). El índice de respuesta fue 100% para las preguntas 1 y 2 y de 82% para la pregunta 3.

La pregunta 1 infiere la aplicación de la medida, la 2 indica el beneficio del uso y la pregunta 3 refleja, potencialmente, la causa de no cumplimiento de la medida (*Tabla 1*).

- En la pregunta 1, el promedio de respuesta (a) es del 82%, con un intervalo del 65-92%. El subgrupo enfermería divide su respuesta positiva entre, a todos los pacientes y solamente a los quirúrgicos.
 - La pregunta 2 tiene porcentajes de respuesta similares entre los subgrupos encuestados. En la pregunta 2, las respuestas (a) y (b) se toman como positivas y las respuestas (c) y (d) como factor negativo (suman 21% de factor negativo). Comparando las respuestas en cada grupo no se hallaron diferencias significativas entre padres y médicos ($p: 0,85$); pero sí entre los profesionales ($p: 0,001$ entre médicos y enfermeros).
 - En la pregunta 3, se encontraron diferencias entre los profesionales en cuanto a las causas de falla en su aplicación ($p: 0,01$ entre médicos y enfermeros).
 - En las observaciones, llamativamente, se registró una frase ("falta de conciencia") en 30% del total de las respuestas. El 70% no agregó nada en observaciones. Otras observaciones fueron: a) olvidos; b) dudas en relación a la calidad de las pulseras y c) de quién es la responsabilidad de su colocación.
- En el corte transversal se evaluaron 281 pacientes (100% del total de pacientes en condiciones de ser evaluados). Noventa y seis (34%) estaban correctamente identificados.

La sala de Emergencia mostró un 8% de identificación correcta y en los Hospitales de Día 25% de los pacientes tenía pulsera de identificación. Las salas de internación presentaron una media de 35,6%.

DISCUSIÓN

Los resultados de la encuesta demuestran que el equipo de salud tiene conocimiento de la utilización (65-92%) y de los beneficios de la identificación (64-78%), asumiendo como resultado positivo (a) y (b) de la pregunta 2 con pulsera en los pacientes. Pero, llamativamente, una medida que no debería tener inferencia negativa, tiene un 21% en general que contesta que su uso no es beneficioso para evitar errores en la seguridad. De acuerdo con las observaciones de la pregunta 2 se puede inferir que el equipo médico considera que existen otros motivos determinantes de error, además de la incorrecta identificación. Si bien esto es presumiblemente correcto, la identificación debería ser una medida a cumplir en la totalidad de los pacientes.

En relación a la pregunta 3 –que interroga la opinión de los profesionales sobre la causa de la no implementación de la medida en un 100% de los casos–, hay diferencias entre los enfermeros y los médicos, este dato se relaciona directamente con la opinión del grupo de enfermería en cuan-

to a la utilidad. Estos datos coinciden con alguna de las publicaciones¹² y justifican los trabajos que abarcan a todo el equipo de salud.¹³

Estas consideraciones permitirían inferir algunas de las posibles razones del bajo porcentaje de pacientes correctamente identificados. Está descrito que, en las salas de emergencias, las posibilidades de confusión son mayores debido al elevado giro de cama, a la urgencia en la toma de decisiones, etc.^{14,15} Es necesario diseñar estrategias a partir del aprendizaje de nuestros errores, porque fundamentalmente ese es uno de los principales paradigmas en la seguridad de la atención.¹⁶⁻¹⁸ Obviamente, no creemos que exista un solo factor determinante y un análisis sobre el modo de fallo podría ser un próximo paso a desarrollar.¹⁰

Una posible debilidad del instrumento utilizado en este estudio es que tiene pocas preguntas, pero esto posibilitó que fuese factible realizarlo en un corto tiempo. Además, el pequeño número de preguntas reduce la posibilidad de variabilidad en las conclusiones, dando por resultado que las inferencias de causalidad sean más acotadas desde el punto de vista interpretativo.

Con respecto a su fiabilidad, tiene un índice relativamente bajo, pero aceptable, porque si bien se realizaron pocas preguntas, de 4 opciones, el grupo en el que se llevó a cabo fue homogéneo.

TABLA 1: Encuesta. Porcentajes en las respuestas de acuerdo a los subgrupos

Preguntas	Respuestas*		
	Enfermeros	Médicos	Padres
1. Ud. considera que los pacientes deberían tener pulsera de identificación:			
a) Siempre	65	92	89
b) Solo cuando son quirúrgicos	31	7	9
c) En algunas ocasiones especiales	3		2
d) Nunca	1	1	0
2. Ud. considera que la pulsera de identificación en los pacientes es útil para prevenir errores en la atención:			
a) Siempre	40	51	57
b) La mayoría de las veces	24	27	19
c) Algunas veces	27	20	19
d) Nunca	9	2	5
3. Ud. considera que muchos pacientes no tienen la pulsera de identificación aunque figure en la indicación porque:	**	***	
a) No hay disponibilidad de pulseras	7	4	
b) Los pacientes se las sacan	63	40	
c) Falta de tiempo de enfermería	23	36	
d) No es necesario que las tengan	5	2	

* por ciento.

** 2% no contestaron; 5% agrega en observaciones "falta de conciencia".

*** 16% no contesta, 25% agrega en observaciones "falta de conciencia".

Por otra parte, para poder analizar con más exactitud las respuestas y tener una idea más acertada sobre la opinión de la población se realizó la medición de la cantidad de pacientes correctamente identificados. El agregado de esta medición aporta mayor fiabilidad al resultado del estudio, ya que refleja en forma gráfica la diferencia existente entre el concepto teórico sobre la importancia de la identificación en la seguridad de la atención y la implementación práctica de la medida.

Si relacionamos la opinión y el concepto, que son variables subjetivas, pertenecientes a la esfera de la investigación cualitativa, en contraste con el porcentaje de pacientes que tienen la pulsera –que podría ser interpretado como la medida de referencia o patrón de oro–, surge una tendencia que debe ser el marco para implementar nuevas estrategias en seguridad.

Según Peter Pronovost,¹⁹ especialista en terapia intensiva y experto en seguridad del paciente del Hospital Johns Hopkins, en “muchas ocasiones, para la adopción de nuevas medidas, no es la evidencia sobre su utilidad lo que pesa, sino cuestiones de poder, política y jerarquías”.

Otro aspecto interesante para analizar es el grado de conocimiento de los padres: *a priori*, podríamos suponer que ellos tienen conocimientos no muy exactos y probablemente escasos sobre seguridad en la atención como entidad en sí misma; y que el concepto de identificación y el uso de la pulsera podría no ser completamente comprendido o conocido.²⁰ Pero, llamativamente, el porcentaje de acuerdo con la medida no difiere estadísticamente de la opinión dada por los médicos.²¹ Esto podría deberse a que un gran porcentaje de los pacientes de nuestro hospital son crónicos, con múltiples internaciones en la institución. Este posible factor confusional (no medido) se basa en que muchos de los padres están familiarizados con determinadas medidas y rutinas. No fue posible evaluar en esta encuesta, si existen diferencias de opinión o de percepción según los estratos socioculturales.²²

Estos resultados muestran la opinión de esta población. Un estudio multicéntrico sería necesario para poder arribar a una conclusión extrapolable a la población pediátrica en general. Más aun, consideramos que las diferencias halladas entre opinión y conducta con respecto a la identificación de los pacientes, merecen ser evaluadas en el marco de la cultura organizacional y sus condicionantes.²³ El Grupo sobre Seguridad del Paciente de la OMS muestra, en sus campañas y trabajos de investigación,^{24,25} un ejemplo claro con

el lavado de manos, que no genera duda conceptual sobre su utilidad y, sin embargo, no tiene la adherencia deseable.

CONCLUSIONES

Globalmente, el personal de salud opina que el uso de la pulsera de identificación es útil y necesario. Llamativamente, esta opinión no se correlaciona con la conducta habitual.

Los padres también consideran beneficioso el uso y opinan que beneficia la seguridad de la atención. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Otero P, Leyton A, Mariani G, Ceriani Cernadas JM. Medication errors in pediatric inpatients: prevalence and results of a prevention program. *Pediatrics* 2008;122(3):e737-43.
- Schulmeister L. Patient misidentification in oncology care. *Clin J Oncol Nurs* 2008;12(3):495-8.
- Rooker N. Wrist band ID board: a simple training tool for assisting in dealing with “found-down” patients. *Emerg Med Serv* 2005;34(5):30.
- Greenly MA. Helping hippocrates: a cross-functional approach to patient identification. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006;32(8):463-9.
- National Patient Safety Agency. Right patient-right care. Londres: The national Patient Safety Agency, 2004 [Acceso: 10-4-2010]. Disponible en: www.npsa.nhs.uk/health/publications.
- The Joint Commission. National Patient Safety Goal. [Acceso: 10-4-2010]. Disponible en: http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx.
- Hain PD, Joers B, Rush M, Slaytor J, et al. An intervention to decrease patient identification band errors in a children's hospital. *Qual Saf Health Care* 2010;19(3):244-7.
- Agarwal S, Classen D, Larsen G, Tofil NM, et al. Prevalence of adverse events in pediatric intensive care units in the United States. *Pediatr Crit Care Med* 2010;11(5):568-78.
- Safer health care for kids. Preventing medical errors in pediatrics health care settings. [Acceso: 10-4-2010]. Disponible en: <http://www.aap.org/saferhealthcare/>.
- Wiegmann DA, Dunn WF. Changing culture: a new view of human error and patient safety. *Chest* 2010;137(2):250-2.
- Creative Research Systems. Survey software. The Survey System's Evaluation Edition. Update version 9.5.
- Lichtner V, Galliers JR and Wilson S. A pragmatics' view of patient identification. *Qual Saf Health Care* 2010;19 (Suppl 3):i 13-9.
- Carney BT, West P, Neily J, Mills PD, Bagian JP. Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: implications for use of a briefing checklist in the OR. *AORN J* 2010;91(6):722-9.
- Weinstock M. Team-based care. *Hosp Health Netw* 2010;84(3):6.
- van Noord I, de Bruijne MC, Twisk JW. The relationship between patient safety culture and the implementation of organizational patient safety defences at emergency departments. *Int J Qual Health Care* 2010;22(3):162-9.
- Tomas S, Gimena I. Patient safety in emergency care. *An Sist Sanit Navar* 2010;33(Suppl 1):131-48.
- Zikos D, Diomidous M, Mantas J. A framework for the development of patient safety education and training guidelines. *Stud Health Technol Inform* 2010;155:189-95.
- Smith A, Boulton M, Woods I, Johnson S. Promoting patient safety through prospective risk identification: example from

- peri-operative care. *Qual Saf Health Care* 2010;19(1):69-73.
19. Henneman EA, Roche JP, Fisher DL, Cunningham H, et al. Error identification and recovery by student nurses using human patient simulation: opportunity to improve patient safety. *Appl Nurs Res* 2010;23(1):11-21.
 20. Goldstein J. As Easy as 1-2-3? Checklists can reduce infections dramatically. The trick is getting doctors and nurses to use them. *Wall Street Journal*. 2009 [Acceso: 27-10-2009]. Disponible en: http://online.wsj.com/article/SB1000142405297020448830574429422345973600.html?mod=googlenews_wsj.
 21. Kagawa-Singer M, Padilla GV, Ashing-Giwa K. Health-related quality of life and culture. *Semin Oncol Nurs* 2010;26(1):59-67.
 22. Fleming-Carroll B, Matlow A, Dooley S, McDonald V, et al. Patient safety in a pediatric centre: partnering with families. *Healthc Q* 2006;9 Spec No:96-101.
 23. Ceriani Cernadas JM. Participación de los pacientes y los padres en la prevención de los errores en medicina. *Arch Argent Pediatr* 2009;107(2):97-8.
 24. Kerfoot KM. From blaming to proactively changing the future: the leader's safety challenge. *Medsurg Nurs* 2010;19(2):131-2.
 25. World Health Organization. Guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is safer care. Switzerland: WHO, 2009.
 26. World Health Organization. Global patient safety research priorities. [Acceso: 20-12-2010]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/priority_setting/en/index.html.