

Los contenidos de este boletín se han elaborado a partir de los incidentes comunicados por los profesionales sanitarios al Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación y al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), sistemas financiados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La difusión de estas recomendaciones tiene como objetivo evitar que vuelvan a producirse otros errores del mismo tipo.

ERRORES POR INCORRECTA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES

- ▶ Los errores de medicación en la identificación de los pacientes son un problema reiterado en los centros sanitarios.
- ▶ Son más frecuentes en la administración, pero ocurren en todas las etapas del circuito de utilización de los medicamentos.
- ▶ Para prevenir estos errores es necesario que:
 - los centros sanitarios establezcan dos identificadores únicos, que no sean el número de habitación o cama, y que los profesionales los utilicen para verificar la identidad del paciente antes de prescribir, preparar, dispensar o administrar un medicamento.
 - se utilicen pulseras identificativas y, si es posible, se implante un sistema automatizado de verificación mediante código de barras o similar.
 - se promueva la participación de los pacientes en su identificación.

Los errores de medicación por incorrecta identificación de los pacientes, llamados también de "paciente equivocado", constituyen un problema generalizado a nivel mundial con consecuencias potencialmente graves para los pacientes, que han sido y siguen siendo objetivo prioritario de las estrategias e iniciativas de seguridad del paciente. Así, la *Joint Commission*, cuando lanzó en el año 2003 los *National Patient Safety Goals*¹, incluyó como objetivo número 1 para los centros sanitarios la mejora de la identificación de los pacientes y continúa manteniendo este objetivo en la actualidad². La Organización Mundial de la Salud (OMS) también promovió prácticas seguras para evitar estos errores en las *Soluciones para la Seguridad del Paciente* que emitió en 2007³. Otros organismos han publicado recomendaciones para evitar errores relacionados con una incorrecta identificación de los pacientes⁴⁻⁶.

En nuestro país, el Ministerio de Sanidad ha fomentado desde el año 2005, a través de la *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud*, la implantación de prácticas para la identificación inequívoca de los pacientes y, en concreto, en la actualización de dicha estrategia para el quinquenio 2015-2020 estas prácticas integran el objetivo general 2.5⁷.

Sin embargo, a pesar de todas estas actuaciones, los errores de paciente equivocado continúan ocurriendo de forma reiterada en el curso de la asistencia sanitaria. En el SiNASP y en el Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores del ISMP-España se siguen recibiendo

numerosos errores asociados a una incorrecta identificación de los pacientes que ocurren en hospitales y en otros centros sanitarios. Por este motivo, aunque en un boletín anterior ya se trató este problema⁸, se ha considerado conveniente abordarlo de nuevo, exponiendo casos representativos de los errores de paciente equivocado comunicados más recientemente a estos sistemas y recordando las prácticas seguras que se deben implementar para evitar que vuelvan a ocurrir.

Cabe destacar que los errores por incorrecta identificación de los pacientes son más frecuentes en el proceso de administración y, de hecho, se suelen asociar con la administración de la medicación de un paciente a otro paciente diferente, habitualmente el paciente de la cama de al lado⁹. Sin embargo, estos errores pueden ocurrir por distintas causas en cualquiera de los procesos del sistema de utilización de los medicamentos, no sólo en la administración^{5,9}. En este boletín se recogen errores que han ocurrido en este y en otros procesos, para comprender las diferentes causas por las que ocurren. De cualquier forma, la causa fundamental de todos estos errores es no haber seguido un procedimiento seguro de identificación del paciente o haberlo realizado de forma incompleta o errónea.

▶ Errores en la prescripción

Los errores por confusión de pacientes en la prescripción suelen producirse porque se accede a un paciente equivocado en el programa informático y no se comprueban sus datos identificativos antes de prescribir la medicación. Cuando la prescripción es manual, los incidentes habitualmente ocurren por intercambiarse las etiquetas identificativas de los pacientes, de forma que se pega la etiqueta de un paciente en la prescripción correspondiente a otro. Finalmente, cuando la prescripción es verbal, la causa de los errores notificados reside en que no se confirma la identidad del paciente con el profesional que recibe la orden. Entre los factores que contribuyen a estos errores están las situaciones de estrés o sobrecarga de trabajo, y la similitud en los nombres de los pacientes.

#Caso 1. *Un paciente acude al centro de salud un día en que faltaban varios médicos. El médico que le atiende le indica que le va a prescribir un antibiótico y un analgésico, pero cuando va a la farmacia a recoger la medicación no aparece prescrito ningún medicamento. Vuelve al centro y se descubre que la medicación se había prescrito a otro paciente.*

#Caso 2. *Dos hermanas con cáncer de mama metastásico acuden el mismo día a recibir tratamiento a un hospital de día. Al prescribir, se pone la etiqueta identificativa de una de las pacientes (que recibía bevacizumab) en la orden de tratamiento de su hermana (en tratamiento con eribulina). La confusión se detecta al validar las prescripciones en farmacia.*



#Caso 3. El médico indicó verbalmente que se administraran salbutamol y bromuro de ipratropio nebulizados a un paciente que se encontraba en un box de dos camas en urgencias junto con otro paciente. El médico dijo paciente A pero la enfermera entendió paciente B y se administró la medicación al paciente B. No causó daños porque ambos pacientes estaban en urgencias por el mismo problema.

► **Errores en la preparación o dispensación en el servicio de farmacia**

Los errores más frecuentes que ocurren en farmacia en la preparación de los medicamentos se producen por etiquetar un medicamento preparado para un paciente específico, o la bolsa o envase que lo contiene, con una etiqueta correspondiente a otro paciente. Factores que propician estos errores son la preparación de medicamentos para más de un paciente al mismo tiempo y no seguir el procedimiento de verificación.

#Caso 4. Se prepararon en farmacia a la vez dos mezclas con oxaliplatino y nab-paclitaxel destinadas a dos pacientes diferentes, y la enfermera que las preparó cambió las etiquetas de las preparaciones. Afortunadamente una enfermera del hospital de día se dio cuenta del cambio en uno de los pacientes y se evitó que se administrara la medicación al otro paciente, que ya la tenía colgada para su infusión.

#Caso 5. Se prepararon dos tratamientos citostáticos (bortezomib y topotecán) de modo correcto y se etiquetaron correctamente las preparaciones. Sin embargo, al introducir cada preparado en la bolsa con la etiqueta identificativa del paciente específico al que iba destinado, se intercambiaron los tratamientos en las bolsas. El chequeo al recibir la medicación por la enfermera en el hospital de día evitó que el error llegara al paciente. El elevado número de tratamientos elaborados al día pudo propiciar el error.

En la dispensación hospitalaria son muy frecuentes los errores por colocar la medicación de un paciente en el cajetín o la bolsa correspondiente a otro paciente, particularmente en momentos con una elevada carga de trabajo. La implantación de lectores de código de barras en la dispensación permitiría subsanar estos errores.

#Caso 6. A un paciente se le administró un medicamento que no le correspondía. El error se originó en el servicio de farmacia al dispensar el medicamento para un número de habitación errónea. Después, a la hora de administrarlo no se realizó una correcta verificación.

► **Errores en la administración en centros sanitarios**

Los errores en la identificación de pacientes notificados al SINASP y al ISMP-España se originan en su mayoría en el proceso de administración, al igual que ocurre en los errores registrados en otros sistemas de notificación^{4,5,9}. Estos errores están causados principalmente por no haber verificado la identidad del paciente antes de la administración, debido habitualmente a un exceso de confianza en que se conoce su localización, o bien porque se ha omitido algún paso en el procedimiento de verificación del paciente y de la medicación. Algunos factores favorecen estos errores, especialmente un entorno de trabajo con interrupciones frecuentes y una carga de trabajo excesiva. Además, diversas situaciones, como los cambios de localización o altas de los pacientes aumentan el riesgo de que se produzcan estos errores.

#Caso 7. Se administraron 2 g de ceftriaxona a un paciente equivocado. El paciente que tenía prescrito el antibiótico había estado en la misma habitación y había sido dado de alta. La enfermera no comprobó la identidad y supuso que el antibiótico estaba destinado al único paciente que quedaba en la habitación.

#Caso 8. Durante el turno de tarde se administra a un paciente ingresado el tratamiento del paciente que había ocupado previamente esa cama. Se debió a que se había impreso la hoja de tratamiento del paciente anterior, al que se le había dado de alta en el turno previo, pero que no había sido eliminado del programa informático, y no se identificó al nuevo paciente antes de la administración.

#Caso 9. Después de la toma de la medicación de la mañana, una paciente que iba a ser dada de alta se encuentra cada vez peor. Se avisa al intensivista por coma y bradicardia extrema. Cuando este acude, se descubre que se le había administrado la medicación de la paciente de la cama de al lado, porque esta paciente refirió que no le habían dado su dosis de metadona. Se administró naloxona y se trasladó a UCI para observación.

#Caso 10. A última hora de la jornada de la mañana, en el hospital de día se reciben dos mezclas (eribulina y topotecán) para dos pacientes. Se administra el topotecán a la paciente equivocada y se detecta el error cuando se iba a administrar la eribulina a la otra paciente, al comprobar que no le correspondía.

#Caso 11. Al administrar insulina al paciente de la cama número 2, que estaba al fondo de la habitación, el paciente de la cama número 1 detiene al enfermero y le hace varias preguntas. Durante la conversación con este paciente, le administra por error la insulina que iba destinada al otro. El paciente pregunta qué era lo que le había administrado y se detecta el error. No tuvo consecuencias.

Otro factor que parece concurrir en algunos de los errores comunicados es el hecho de que varios pacientes vayan a recibir la misma medicación o un tratamiento análogo, y se intercambien los medicamentos destinados a los distintos pacientes, circunstancia descrita también en otros casos publicados⁵.

#Caso 12. En la UVI neonatal había dos pacientes en tratamiento con linezolid IV a diferentes dosis (7 mg y 16 mg) que se preparaban en farmacia. La enfermera intercambió las jeringas correspondientes a dichos pacientes, porque no comprobó los datos identificativos de los pacientes en las etiquetas de la jeringas, antes de conectarlas a las bombas de infusión.

#Caso 13. Las bombas de analgesia se cargan en quirófano y es donde se inicia el tratamiento. Al proceder en la unidad de hospitalización a rellenar de nuevo una bomba de analgesia para una paciente, se detectó que pertenecía a otro paciente ingresado en otra unidad que fue intervenido el mismo día.

#Caso 14. La administración de las inyecciones intravítreas de bevacizumab, ranibizumab y aflibercept se efectúa en sala estéril. Se agrupan los pacientes por medicación y se verifica paciente, ojo y medicamento. Entró un paciente que tenía que recibir aflibercept en el grupo de bevacizumab y recibió este medicamento. El flujo rápido de pacientes y el hecho de que entrara cuando se estaba administrando otra inyección, ocasionaron que no se siguiera el procedimiento de verificación y que ocurriera el incidente.

Mención especial merecen los errores que suceden en intercambiarse la medicación oral de los pacientes, porque se deja en la mesilla para que la tome el paciente o se la administre un familiar o cuidador, y no se verifica la administración.

#Caso 15. Al repartir los desayunos y la medicación oral en vasitos identificados con pegatinas, se deja la bandeja de la paciente de la cama A en la mesita de la paciente de la cama B. Una cuidadora de la paciente B le da la medicación de la cama A confundida con el desayuno. Después, la paciente de la cama A se da cuenta de que no es su medicación y avisa del error.



#Caso 16. En el turno de tarde la enfermera reparte la medicación de la cena y por error intercambia la medicación entre los dos pacientes de una habitación. Uno de los pacientes recibe amlodipino, metformina, repaglinida y 6 mg de risperidona que no tenía prescrito. La acompañante del otro paciente se da cuenta del error antes de administrar la medicación y lo comunica. Se avisa al médico de guardia. El paciente presentó un cuadro de coma e hipotensión.

Otros errores ocurren por no haber seguido correctamente el procedimiento de identificación de los pacientes. Entre estos, cabe destacar los errores que ocurren por confusión de pacientes con nombres similares, por verificar la identidad del paciente diciéndole directamente su nombre y apellidos (en lugar de preguntarlos), ya que el paciente puede asentir pasivamente, o por no comprobar el segundo identificador del paciente.

#Caso 17. La enfermera del hospital de día llamó por megafonía a un paciente para que entrara a recibir la quimioterapia. Un paciente con el mismo nombre y distintos apellidos creyó que le habían llamado a él, por lo que entró y se sentó en el sillón. La enfermera antes de comenzar la administración le preguntó el nombre completo y se dio cuenta del error, aunque hubo que preparar de nuevo la medicación porque estaba ya conectada al árbol.

#Caso 18. En la consulta de Oftalmología llamaron a un paciente por su nombre y primer apellido. Acudió un paciente y se le administró aflibercept intravítreo. Más tarde se dieron cuenta de que tenían dos pacientes citados con el mismo nombre y apellido, uno para administrar aflibercept y otro para consulta, y se había administrado el medicamento al paciente erróneo por no comprobar el número de historia.

► Errores en el seguimiento

Los errores en el seguimiento se producen al acceder a resultados analíticos u otro tipo de datos clínicos de un paciente diferente, o bien al transmitirlos a un paciente incorrecto.

#Caso 19. Al ingreso hospitalario de un paciente anticoagulado con Sintrom®, se decide continuar con su pauta domiciliaria, pero por error se mira la pauta de otro paciente. Se administran durante 4 días 1/2 comprimido de 4 mg (2 mg) en lugar de 1/2 comprimido de 1 mg (0,5 mg) hasta que se determina el INR y se descubre el error.

#Caso 20. Tras el alta de su hospital de referencia, una paciente llega al centro de salud con la hoja de tratamiento de Sintrom® correspondiente a otro paciente, que tiene una dosis que no se corresponde con la suya. La enfermera del centro contacta con el hospital para solucionar el error.

Recomendaciones

Como ya se ha mencionado anteriormente, diversos organismos dedicados a la seguridad del paciente han publicado recomendaciones para evitar los errores en la identificación de los pacientes^{1-6,9}. En España, el Ministerio de Sanidad también considera fundamental la correcta identificación de los pacientes y lo incluye dentro de sus prioridades en la *Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente*⁷.

En todas estas iniciativas se destaca el papel de los líderes de los centros sanitarios para establecer unas

prácticas seguras de identificación de pacientes y para conseguir que los profesionales sanitarios las apliquen cuando proporcionan asistencia. En la siguiente tabla se recogen las principales prácticas seguras para centros y profesionales sanitarios.

Las recomendaciones propuestas se centran principalmente en fomentar que los profesionales sanitarios utilicen al menos dos identificadores para verificar la identidad del paciente y garantizar la adecuada correspondencia entre el tratamiento y el paciente al que está destinado, antes de proporcionar asistencia, esto es, cuando prescriben, preparan, dispensan o administran la medicación. La utilización de al menos dos identificadores aumenta la fiabilidad del proceso de identificación del paciente. Nunca deben utilizarse como identificadores el número de habitación ni la localización del paciente, porque no son identificadores específicos de una persona, ya que los pacientes pueden ser trasladados a otra habitación.

Las recomendaciones también inciden en la necesidad de educar a los pacientes sobre la importancia de que participen en su identificación y de informarles de cómo los profesionales deben verificar su identidad en el curso de su asistencia. De hecho, en varios de los casos expuestos el error se detectó por el paciente o un familiar al observar los medicamentos que iba a recibir y preguntar sus dudas, o porque se dieron cuenta de que la etiqueta de un medicamento IV que se le estaba administrando tenía el nombre de otro paciente

Por último, se destaca la importancia de incorporar nuevas tecnologías que reducen este tipo de errores, siempre que se configuren y utilicen adecuadamente. En particular, los sistemas de prescripción electrónica, que evitan la transcripción, y la tecnología de códigos de barra o de radiofrecuencia, que tienen el potencial de reducir significativamente los errores de identificación de pacientes, particularmente cuando se dispensan y administran medicamentos.

Referencias

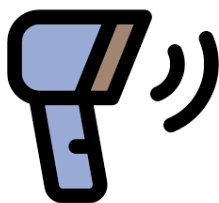
- 1) Joint Commission. JCAHO approves National Patient Safety Goals for 2003. *Jt Comm Perspect.* 2002 Sep;22(9):1-3.
- 2) Joint Commission. 2019 National Patient Safety Goals. Disponible en: https://www.jointcommission.org/standards_information/npqs.aspx
- 3) World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Patient identification. Patient Safety Solutions. Solution 2. May 2007. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/topics/solutions/en/>
- 4) National Patient Safety Agency. Right patient-right care. London: NPSA, 2004. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?aiId=3234>
- 5) Pennsylvania Patient Safety Authority. Wrong-patient medication errors: An analysis of event reports in Pennsylvania and strategies for prevention. *Pa Patient Saf Advis.* 2013; 10 (2): 41-49.
- 6) ECRI Institute. Patient identification. August 2016. Disponible en: <https://www.ecri.org/Resources/HIT/Patient%20ID/Patient%20Identification%20Evidence%20Based%20Literature%20Final.pdf>
- 7) Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
- 8) ISMP-España. Errores por confusión en la identificación de pacientes. *Boletín 30*; Agosto 2009.
- 9) Institute for Safe Medication Practices. Oops, sorry, wrong patient! A patient verification process is needed everywhere, not just at the bedside. *ISMP Medication Safety Alert!* 2011 March 10; 16 (5): 1-5

Los profesionales sanitarios que deseen notificar incidentes por medicamentos al Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) pueden hacerlo a través de la página web: <http://www.ismp-espana.org>. También se puede contactar con el ISMP-España a través de correo electrónico (ismp@ismp-espana.org).

© 2018 Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España)

ISMP





Recomendaciones para prevenir los errores de medicación de paciente equivocado

Prácticas seguras para los centros sanitarios

- ▶ Establecer dos identificadores únicos del paciente, que no sean el número de habitación ni la cama (p. ej. nombre completo y fecha de nacimiento, nombre completo y número de historia clínica), que se deben utilizar para verificar la identidad del paciente antes de que se prescriba, prepare, dispense o administre un medicamento y para asegurar que el paciente recibe el medicamento correcto.
- ▶ Adoptar medidas para identificar correctamente a los pacientes con nombres similares o idénticos, especialmente en áreas de riesgo como neonatología y urgencias, donde es frecuente que se preste atención a varios miembros de la misma familia. En las unidades asistenciales, se debe evitar que pacientes con nombres similares estén ingresados en la misma habitación.
- ▶ Implantar el uso de pulseras identificativas y, si es posible, implantar un sistema automatizado de verificación (p.ej. mediante código de barras o radiofrecuencia) que permita garantizar una identificación correcta del paciente, así como del medicamento, dosis y vía, antes de la dispensación y de la administración.
- ▶ Formar a los profesionales en el procedimiento establecido para identificar a los pacientes y en la necesidad de seguirlo adecuadamente.
- ▶ Realizar periódicamente una evaluación y seguimiento del procedimiento de identificación inequívoca de los pacientes en el centro.
- ▶ Revisar el diseño y configuración de los sistemas informatizados (prescripción electrónica, sistema de gestión de farmacia, sistemas automatizados de dispensación) para facilitar la verificación de los elementos identificativos del paciente (p. ej. aumentar el tamaño de letra para resaltar nombre y apellidos del paciente).
- ▶ Evitar las interrupciones durante la prescripción, la preparación y administración de los medicamentos en las unidades asistenciales.
- ▶ Educar a los pacientes sobre la importancia de que sean identificados apropiadamente antes de la administración de los medicamentos. Fomentar su participación activa en el proceso.
- ▶ Establecer algún indicador dentro del sistema de notificación local de incidentes, para controlar los errores relacionados con la identificación de pacientes.

Prácticas seguras para los profesionales sanitarios

- ▶ Antes de prescribir, se debe verificar la identidad del paciente comprobando los identificadores del paciente establecidos por el centro (p. ej. nombre completo y fecha de nacimiento o número de historia clínica). En caso de prescripción manual se debe comprobar que los identificadores del paciente están completos en el orden de tratamiento. No se deben manejar a la vez las prescripciones de más de un paciente.
- ▶ Si no se dispone de un sistema de prescripción electrónica y es necesario transcribir los tratamientos prescritos al sistema informático de farmacia o a la hoja de administración de enfermería, los farmacéuticos o las enfermeras, respectivamente, deben comprobar los identificadores específicos del paciente establecidos en el centro y verificar que coinciden con los datos del paciente que constan en el orden de tratamiento.
- ▶ En el servicio de farmacia, al preparar la medicación:
 - Se deben etiquetar las preparaciones para pacientes específicos con los dos identificadores establecidos en el centro, para que la enfermera antes de administrarlos pueda comprobar dichos datos.
 - No se deben elaborar estas preparaciones para más de un paciente a la vez.
 - Se debe efectuar un doble chequeo de la preparación terminada, comparando los datos de la etiqueta con la prescripción original.
- ▶ En las unidades asistenciales, las enfermeras no deben preparar de forma simultánea la medicación correspondiente a varios pacientes. Deben etiquetar todas las preparaciones que realicen.
- ▶ En el momento de administrar un medicamento, la enfermera debe verificar la identidad del paciente:
 - comprobando los identificadores establecidos en la pulsera identificativa y/o preguntando directamente al paciente, y cotejando que estos datos se corresponden con los indicados en la hoja de registro de administración de enfermería (electrónica o en papel). Para ello, esta hoja de registro debe llevarse hasta la cama del paciente junto a la medicación. Además se debe verificar que el medicamento, la dosis, la vía y el tiempo de administración son los correctos, y comprobar la etiqueta de cada medicamento que vaya a administrar.
 - pasando un lector de códigos (p.ej. de código de barras) por la pulsera identificativa del paciente y por cada dosis de medicamento que se va a administrar, y comprobando su concordancia con la información contenida en el registro electrónico de administración.