



**TecnoCampus**  
Escola Superior  
de Ciències de la Salut

Centre adscrit a:



Universitat  
Pompeu Fabra  
Barcelona

## **SEGURETAT DEL PACIENT: LA IDENTIFICACIÓ INEQUÍVOCA DEL PACIENT**

---

*Treball Final de Grau II – Memòria Final*

Mireia Vergés Bellido

Directora: Eva Diago Balart

2017/2018

## ÍNDEX

RESUM.....	2
INTRODUCCIÓ .....	5
Revisió bibliogràfica i rellevància científica del tema .....	5
Justificació .....	7
OBJECTIUS .....	7
METODOLOGIA.....	8
Disseny d'estudi .....	8
Població i mostra.....	8
Criteris d'inclusió.....	8
Criteris d'exclusió.....	8
Variables d'estudi.....	8
Estratègia de cerca .....	9
Instruments de recollida de dades.....	10
Mètode d'anàlisi de dades.....	10
Aspectes ètics.....	11
Limitacions .....	11
RESULTATS I DISCUSSIÓ .....	11
CONCLUSIÓ.....	22
IMPLICACIÓ A LA PRÀCTICA PROFESSIONAL.....	23
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....	24
ANNEXOS.....	29
Annex 1. Taula de recollida de dades.....	29

## RESUM

**Introducció.** La identificació inadequada del pacient és una causa important de complicacions associades a l'assistència sanitària, representant un risc per la seguretat del pacient. Actualment, és una prioritat en les diferents estratègies sanitàries lligades a la qualitat assistencial on els professionals d'infermeria estan directament relacionats amb la prevenció o l'ocurrència d'errors. Tanmateix, recomanen la instauració de mètodes que garanteixin la identificació inequívoca.

**Objectiu.** Conèixer que hi ha publicat a la literatura científica sobre la identificació inequívoca del pacient durant el procés assistencial.

**Metodologia.** Revisió bibliogràfica. Període de gener-maig del 2018. La mida de la mostra es va determinar considerant els descriptors seleccionats per l'estratègia de cerca (*Patient Safety, Nursing, Patient Identification Systems*) a les bases de dades: Medline, Cochrane Library, Scielo, Cuiden i Lilacs.

**Resultats.** Es van incloure 33 articles amb caràcter majoritàriament quantitatiu i tots relacionats amb la identificació del pacient. L'error d'identificació no es troba tipificat. Els sistemes més utilitzats són la polsera identificativa (85% $n=28$ ) i la identificació verbal (48% $n=16$ ) sense haver una evidència de la efectivitat en la disminució d'errors d'identificació del pacient. Les àrees més vulnerables són urgències (39% $n=13$ ) i l'hospital de dia (36% $n=12$ ); l'administració d'hemoderivats (39% $n=11$ ) i fàrmacs (33% $n=11$ ) són els processos assistencials on hi ha més risc d'error d'identificació. El (81% $n=27$ ) dels articles associa directament la identificació del pacient amb la intervenció infermera. El (43% $n=14$ ) considera la formació en cultura de seguretat una estratègia de millora per augmentar la correcta identificació del pacient.

**Conclusions.** La correcta identificació és una responsabilitat d'infermeria i és una cura més dirigida al pacient. És necessària una verificació de la identitat i això a vegades no és possible per diferents raons lligades a l'àrea assistencial i al tipus de pacient.

**Paraules clau:** Seguretat del pacient, identificació inequívoca, sistemes d'identificació de pacients, infermeria, intervenció infermera, estratègia de millora.

## RESUMEN

**Introducción.** La identificación inadecuada del paciente es una causa importante de complicaciones asociadas a la asistencia sanitaria, representando un riesgo para la seguridad del paciente. Actualmente, es una prioridad en las diferentes estrategias sanitarias ligadas a la calidad asistencial donde los profesionales de enfermería están directamente relacionados con la prevención o la ocurrencia de errores. Además, recomiendan la instauración de métodos que garanticen la identificación inequívoca.

**Objetivo.** Conocer que hay en la literatura científica sobre la identificación inequívoca del paciente durante el proceso asistencial.

**Metodología.** Revisión bibliográfica. Periodo de enero-mayo de 2018. EL tamaño de la muestra se determinó considerando los descriptores seleccionados (*Patient Safety, Nursing, Patient Identification Systems*) y las bases de datos: Medline, Cochrane Library, Scielo, Cuiden y Lilacs.

**Resultados.** Se incluyeron 33 artículos con carácter mayoritariamente cuantitativo y todos relacionados con la identificación del paciente. No se encuentra tipificado el error de identificación en la muestra. Los sistemas más utilizados son la pulsera identificativa (85%*n*=28) y la identificación verbal (48%*n*=16) sin tener una evidencia de la efectividad en la disminución de errores. Las áreas más vulnerables son urgencias (39%*n*=13) y el hospital de día (36%*n*=12); administración de hemoderivados (39%*n*=11) y de fármacos (33%*n*=11) son los procesos asistenciales donde hay más riesgo de error. El (81%*n*=27) de los artículos asocia directamente la identificación del paciente con la intervención enfermera. El (43%*n*=14) considera la formación en cultura de seguridad una estrategia de mejora para aumentar la correcta identificación del paciente.

**Conclusiones.** La correcta identificación es una responsabilidad de enfermería y es un cuidado más dirigido al paciente. Es necesaria una verificación de la identidad y esto a veces no es posible por diferentes razones ligadas al área asistencial y al tipo de paciente.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente, identificación inequívoca, sistemas de identificación de pacientes, enfermería, intervención enfermera, estrategia de mejora.

## ABSTRACT

**Introduction.** Inadequate identification of the patient is an important cause of complications associated with healthcare, representing a risk to the patient's safety. Nowadays, this is a priority in the different health strategies that are related to the quality of care where nursing professionals are directly linked to prevention or the occurrence of identification mistakes. Although this, it is recommend to establish methods that ensure unambiguous patient identification.

**Objective.** To find out which information can be found is in the scientific literature about the unequivocal identification of the patient during the care process.

**Method.** Bibliographic review. Period of January-May 2018. The sample size was determined considering the selected *Medical Subject Headings* (Patient safety, nursing, patient identification Systems) and the databases: Medline, Cochrane Library, Scielo, Cuiden and Lilacs.

**Results.** Thirty-three articles with a mainly quantitative nature related to the identification of the patient were included. The identification mistake in the sample is not typified. The most commonly used systems are the identification bracelet (85% $n=28$ ) and the verbal identification (48% $n=16$ ) without having evidence of the effectiveness in reducing patient identification mistakes. The most vulnerable departments are emergencies (39% $n=13$ ) and the day hospital (36% $n=12$ ); administration of blood products (39% $n=11$ ) and drug administration (33% $n=11$ ) are the care processes where there is a greater risk of identification mistake. (81% $n=27$ ) of the articles directly associated the identification of the patient with the nursing intervention. (43% $n=14$ ) considers training in safety culture as a key strategy to improve the correct identification of the patient.

**Conclusions.** The correct identification is a nursing responsibility and is an additional care directed to the patient. Identity verification is necessary and sometimes it is not possible due to different reasons linked to the healthcare area and the type of patient.

**Keywords:** patient safety, unambiguous identification, patient identification systems, nursing, nursing intervention, improvement strategy.

## INTRODUCCIÓ

### Revisió bibliogràfica i rellevància científica del tema

Florence Nightingale (1820-1910) considerada la mare de la infermeria moderna i creadora d'una filosofia per a la infermeria<sup>[1]</sup>, temps enrere, ja va reconèixer el risc en l'atenció sanitària i va expressar: *“Pot semblar un principi estrany l'enunciar com la primera i fonamental condició d'un hospital i de les persones que en ell treballen, “No danyar”, podent ser aquesta la primera norma deontològica de la infermeria”*<sup>[2]</sup>.

L'Organització Mundial per a la Salut (OMS) defineix la seguretat del pacient (SP) com *“la reducció del risc de danys innecessaris relacionats amb l'atenció sanitària fins a un mínim acceptable”*<sup>[3]</sup> també, defineix l'esdeveniment advers (EA) com *“incident imprevist i no desitjat relacionat directament amb l'atenció o els serveis prestats al pacient”*<sup>[3]</sup>.

La SP és un component fonamental en la qualitat assistencial<sup>[4,5]</sup> que ha adquirit gran rellevància en els últims anys, principalment des que és publicada l'informe *“To Err is Human: Building a safer health system”* l'any 1999<sup>[6]</sup>. Aquest informe va suposar un punt d'inflexió en la importància sobre la SP; va evidenciar que es produïen entre 44.000 i 98.000 morts anuals als hospitals dels Estats Units degut als EA, causant un gran impacte social i econòmic<sup>[6,7]</sup>. Tanmateix, especifica que molts dels EA que succeeixen durant l'atenció sanitària estan relacionats amb l'equivocació en la identificació del pacient, entre altres.<sup>(7)</sup>

La identificació inadequada del pacient és una causa important de problemes i complicacions associats a l'assistència sanitària que representa un risc per la SP<sup>[8]</sup>. Aquests, s'associen a complicacions produïdes per errors en l'administració de medicaments, intervencions quirúrgiques, proves diagnòstiques, transfusions de sang i hemoderivats<sup>[9]</sup>, procediments en la persona incorrecta i alta a nadons que s'entreguen a les famílies equivocades<sup>[10]</sup>. Per tant, la correcta identificació del pacient és un aspecte clau de la SP perquè hi deriven molts EA evitables.

En aquests EA, els professionals d'infermeria estan directament relacionats amb la prevenció o l'ocurrència d'aquests<sup>[11,12]</sup>, són els que mantenen una relació més constant i directa amb els pacients, als quals, intenten oferir-los una atenció en cures segures i de qualitat que, de no ser així, es poden generar errors i posar en perill la SP<sup>[13]</sup>.

L'OMS conjuntament amb l'Aliança Mundial per la Seguretat del Pacient i la Joint Commission International (JCI) van publicar les metes internacionals per a la seguretat del pacient (MISP)

l'any 2007. Van determinar la correcta identificació del pacient com un component de qualitat<sup>[14]</sup> i una solució als EA causats per l'atenció sanitària de rellevant importància, tant és així, que ho van considerar com el primer objectiu per la SP, ja que la correcta identificació pot ser la pedra angular pel compliment d'altres objectius<sup>[10]</sup>.

La JCI va informar que la inadequada identificació del pacient produïa un 13% dels errors notificats a l'àrea quirúrgica i un 67% dels relacionats amb la transfusió de components sanguinis tenen a veure amb la identificació de pacients<sup>[15]</sup>. L'Institut nord-americà ECRI ha publicat un informe que analitza 7.613 errors d'identificació de pacients durant el 2013 i 2015, estima que la correcta identificació del pacient és una pràctica prioritària per evitar els EA<sup>[16]</sup>.

A Espanya, l'any 2005 es va realitzar l'estudi ENEAS<sup>[17]</sup>, va determinar que en els hospitals del país el 8,4% dels ingressats pateixen algun EA i que el 4,4% dels casos van suposar la mort<sup>[17]</sup>. Com indica l'estudi de *Pablo-Comeche et al.*<sup>[18]</sup>, "*els EA són un problema de qualsevol sistema sanitari i cap institució és aliena a ells*" i "*afecta socialment a cada centre i al conjunt del sistema sanitari*". Els incidents relacionats amb la identificació del pacient van ser els que presentaven més percentatge, seguit dels incidents relacionats amb la medicació<sup>[19]</sup>. Segons l'informe SiNASP 2014-2015, es van notificar 5.004 incidents, dels quals, 675 estan relacionats amb la identificació del pacient en diferents àrees dels hospitals de les diferents comunitats autònomes del país<sup>[20]</sup> però, no indica el dany produït.

Els diferents organismes que s'encarreguen de la SP<sup>[18]</sup> han seguit una mateixa línia d'acció amb estratègies de millora, encaminada a promoure canvis en el sistema sanitari i dirigides a reduir la probabilitat de patir EA<sup>[19]</sup>. De la mateixa manera, recomanen la instauració de mètodes que garanteixin la identificació inequívoca i ho identifiquen com a una pràctica segura recomanada<sup>[4,15]</sup>.

Actualment, el sistema d'identificació més utilitzat és el braçalet identificatiu amb almenys dues dades identificatives, sent responsable de la seva col·locació el personal d'infermeria que, de la mateixa manera, ha de verificar i ratificar de forma activa la identitat del pacient amb l'atenció correcta<sup>[4,21]</sup>. L'ús d'aquesta mesura redueix un 50% els errors vinculats amb la identificació dels pacients, convertint-se amb una mesura proactiva per la millora de la SP<sup>[4,22]</sup>.

Altrament, l'*American Hospital Association* indica que la identificació verbal no s'hauria de fer perquè els pacients es poden trobar sedats, amb pèrdua d'atenció, indiferents, confusos o incapacitats per respondre<sup>[22,23]</sup>. Tanmateix, els pacients podent presentar barreres idiomàtiques, de llenguatge, d'audició o ser molt joves<sup>[22,23]</sup>.

A dia d'avui, existeix una àmplia oferta de sistemes d'identificació de pacients com la radiofreqüència, el codi de barres, el codi QR o sistemes biomètrics, però, romanen subtilitzats pels professionals sanitaris<sup>[8,9,18,20,24]</sup>.

És difícil trobar a la literatura una estimació real relacionada amb les conseqüències derivades per errors en la identificació del pacient<sup>[8]</sup>, com així, estudis que avaluïn aquesta pràctica i l'efectivitat dels diferents sistemes d'identificació actualitzada.

### **Justificació**

La SP s'ha convertit amb una prioritat en les diferents estratègies de salut de les polítiques sanitàries, com també, en una responsabilitat professional lligada a la qualitat assistencial i que infermeria té un paper important.

Diferents institucions sanitàries com l'OMS i la JCI han declarat la identificació inequívoca de pacients com a primer objectiu per la SP, és a dir, com a mesura prioritària per evitar EA que puguin generar dany, incrementar la morbiditat i l'estança a l'hospital, com també, generar incapacitat o inclús la mort.

Si el procés d'atenció no es realitza amb certa garantia, pot generar errors i posar en perill la SP, per tant, s'ha de poder proporcionar unes cures oportunes, de qualitat i lliures de risc i aquesta tasca és una funció essencial d'infermeria.

Identificar a la persona de manera fiable durant el procés d'atenció, utilitzar sistemes d'identificació efectius i saber quines característiques pròpies té cada àrea d'atenció, fa que es pugui proporcionar una atenció adequada amb intervencions segures i de qualitat tant pels pacients com pels professionals.

## **OBJECTIUS**

### **Objectiu general**

- Conèixer que hi ha publicat a la literatura científica sobre la identificació inequívoca del pacient durant el procés assistencial des del 2008 fins l'actualitat.

### **Objectius específics**

- Conèixer els diferents sistemes d'identificació disponibles i l'efectivitat d'aquests.



- Identificar quines àrees són més vulnerables què ocorrin errors relacionats amb la identificació inequívoca del pacient.
- Reconèixer estratègies de millora per disminuir els errors d'identificació del pacient que estiguin directament relacionats amb la intervenció infermera.

## **METODOLOGIA**

### **Disseny d'estudi**

S'ha portat a terme una revisió bibliogràfica descriptiva a través de diferents bases de dades on s'han obtingut els articles científics relacionats amb el tema en qüestió. Aquest estudi ha tingut lloc a l'Escola Superior de Ciències de la Salut Tecnocampus, durant el període comprès entre gener i maig del 2018.

### **Població i mostra**

La població d'estudi han sigut tots aquells articles existents a les bases de dades científiques consultades que han donat resposta als objectius de l'estudi.

La mostra han sigut tots aquells articles de la població d'estudi obtinguts aplicant els criteris d'inclusió i exclusió establerts i als quals s'ha pogut accedir a través de la cerca.

### **Criteris d'inclusió**

- La temporalitat de publicació dels articles ha de ser <10 anys.
- Estudis que tractin la identificació inequívoca de pacients durant el procés assistencial.

### **Criteris d'exclusió**

- Articles no publicats en castellà, català o anglès.
- Articles que no disposin del text complet.
- Cartes al director, casos i articles d'opinió.
- Estudis que no vinculin la identificació inequívoca del pacient amb la identitat pròpia del pacient.

### **Variables d'estudi**

Les variables analitzades en aquest estudi han sigut:

- **Error d'identificació de pacients:** confusió, equivocació o omissió en la identitat del pacient en el procediment assistencial<sup>[3]</sup>.

- **Sistemes d'identificació del pacient:** mètodes i tècniques utilitzats amb la finalitat d'identificar a un pacient.
- **Àrea assistencial:** àrea que ofereix una atenció i assistència al pacient amb l'objectiu de cobrir les seves necessitats de salut i que infermeria desenvolupa el seu rol<sup>[25]</sup>.
- **Procés assistencial:** seqüència d'activitats i actuacions orientades a oferir una atenció i assistència al pacient que serveixen d'ajuda en el desenvolupament del procediment diagnòstic i terapèutic<sup>[26]</sup>.
- **Intervenció infermera:** tractament de cures que realitza un professional d'infermeria en benefici del pacient que requereix de l'execució d'unes accions i activitats concretes d'infermeria<sup>[27]</sup>.
- **Estratègia de millora:** procés estructurat i sistemàtic en el que, observant el servei que ofereixen i els recursos que ja tenen, tracten de millorar la qualitat assistencial fent ús de diferents eines i tècniques per assolir un objectiu establert<sup>[28]</sup>.
- **Tipologia de l'estudi:** estudis amb tipus d'investigació, estratègies i propòsits diferents<sup>[29]</sup>.
- **Any de publicació:** període de dotze mesos comprès entre gener i desembre en el qual s'ha publicat l'estudi<sup>[30]</sup>.
- **Primer autor:** autor principal de l'article i assumeix la responsabilitat intel·lectual del treball<sup>[31]</sup>.
- **País de l'estudi:** territori geogràfic on es realitza l'estudi<sup>[32]</sup>.
- **Impact Factor (IF):** instrument per comparar i avaluar la importància relativa d'una revista dins d'un mateix camp científic<sup>[33]</sup>.

### Estratègia de cerca

La revisió bibliogràfica s'ha realitzat a través de les bases de dades científiques: Medline, Cochrane Library, Scielo, Dialnet, Cuiden i Lilacs, utilitzant llenguatge natural "identificació inequívoca de pacientes" i els següents descriptors en ciències de la salut prèviament consultats a la Biblioteca Virtual en Salut:

- **Mesh terms:** *Patient Safety, Nursing, Patient Identification Systems.*
- **Termes DeCS:** *Seguridad del Paciente, Enfermería, Sistemas de Identificación de Pacientes.*

Aquests descriptors, han sigut utilitzats per determinar l'estratègia de cerca realitzant diferents combinacions fent ús de l'operador booleano AND de manera avançada en resum,

títol i paraules clau. Tanmateix, es va completar la cerca utilitzant filtres com l'any de publicació (>2008), text complet, humans i idioma (català, castellà i anglès), en aquelles bases de dades que tenien l'opció (vegeu taula 1):

BASE DE DADES	ESTRATÈGIA DE CERCA
<b>Medline</b>	((patient identification systems) AND patient safety) AND nursing AND full text[sb] AND ( "2008/01/01"[PDat] : "2018/12/31"[PDat] ) AND Humans[Mesh] AND ( Catalan[lang] OR English[lang] OR Spanish[lang]
<b>Cochrane Library</b>	'PATIENT IDENTIFICATION SYSTEMS in Title, Abstract, Keywords , Publication Year from 2008 to 2018 in Cochrane Reviews'
<b>Scielo</b>	sistemas AND de AND identificación AND de AND pacientes
<b>Dialnet</b>	IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES SISTEMAS DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES AND SEGURIDAD DEL PACIENTE
<b>Cuiden</b>	("identificación")AND(("inequivoca")AND(("de")AND("pacientes"))) (((("SISTEMAS")AND(("DE")AND(("IDENTIFICACIÓN")AND(("DE")AND("PACIENTES")))))AND(((("SEGURIDAD")AND(("DEL")AND("PACIENTE"))))AND("ENFERMERIA"))
<b>Lilacs</b>	tw:(sistemas de identificación de pacientes)) AND (tw:(seguridad del paciente)) AND (tw:(enfermeria)) AND (instance:"regional") AND ( fulltext:"1") AND limit:"humans") AND la:(("en" OR "es") AND year_cluster:(("2010" OR "2012" OR "2008" OR "2015" OR "2014" OR "2016" OR "2009" OR "2013" OR "2017"))

Taula 1. Estratègia de cerca

### Instruments de recollida de dades

Per a poder recollir la informació obtinguda de tota la cerca bibliogràfica s'ha utilitzat una taula on s'ha tingut en compte les variables d'estudi. (Annex 1)

### Mètode d'anàlisi de dades

Un cop realitzada la cerca i recollida tota la informació de la mostra, es va realitzar una anàlisi estadística descriptiva per analitzar les dades de les variables a través del programa Microsoft Office Excel, del qual, s'han generat els gràfics que es mostren a l'apartat de resultats. Alhora, s'ha realitzat una anàlisi qualitativa mitjançant la lectura exhaustiva i un reconeixement en profunditat d'aquesta.

## Aspectes ètics

La realització d'aquest estudi no ha vulnerat cap aspecte ètic. La informació dels articles emprats per aquest estudi s'ha utilitzat de la forma més objectiva possible per assegurar la veracitat de les dades i no s'ha fet mal ús d'aquests.

## Limitacions

Les limitacions que ha presentat aquest estudi han sigut que: han quedat exclosos aquells articles relacionats amb la identificació inequívoca de pacients de bases de dades no consultades, articles que no disposaven de text complet, articles científics de pagament als quals no s'han pogut accedir i aquells estudis publicats en un idioma diferent del català, castellà o anglès.

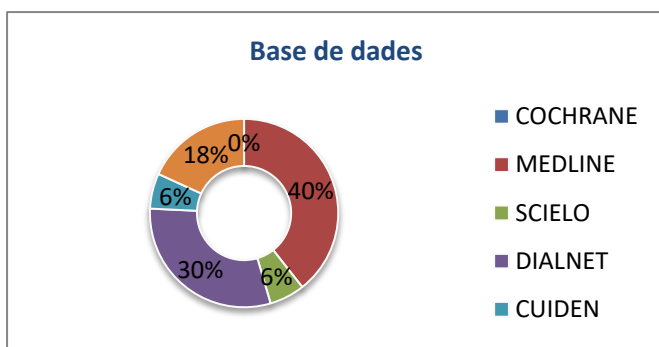
## RESULTATS I DISCUSSIÓ

Com a resultat de la cerca s'obté un total de 320 articles, aplicant els criteris d'inclusió i exclusió com també eliminant els articles repetits, es va obtenir una mostra de 33 articles (vegeu taula 2).

Base de dades	Articles identificats	Articles seleccionats	Articles eliminats aplicant criteris d'inclusió i exclusió i repetits
MEDLINE	151	13	138
COCHRANE LIBRARY	12	0	12
SCIELO	8	2	6
DIALNET	117	10	107
CUIDEN	8	2	6
LILACS	24	6	18
<b>TOTAL</b>	<b>320</b>	<b>33</b>	<b>287</b>

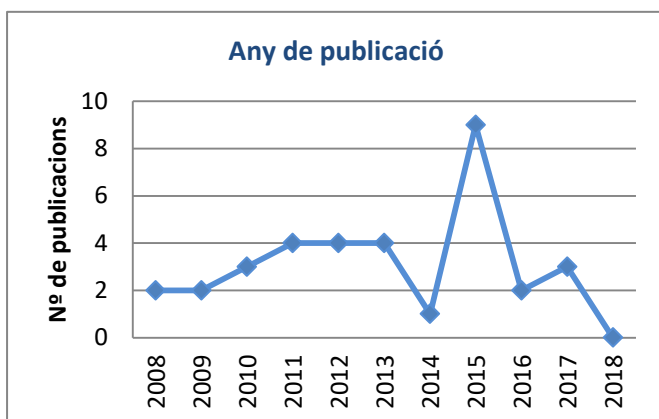
**MOSTRA : 33 articles**

Taula 2. Articles adquirits de les bases de dades



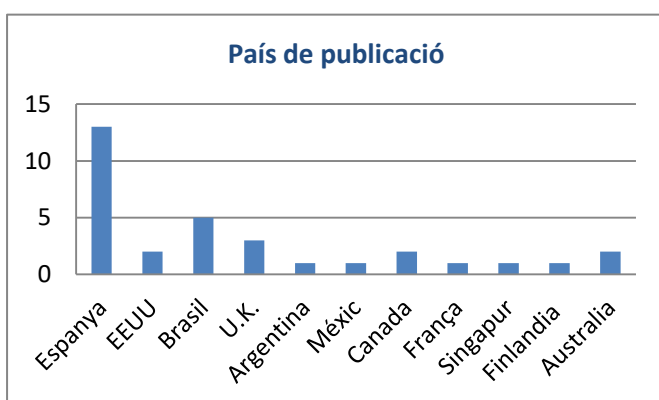
Gràfic 1. Base de dades consultades a l'estudi

Del total de la mostra, Medline ha sigut la base de dades consultada de la qual s'ha obtingut més articles amb un 40% seguit de Dialnet amb un 30%. De Cochrane Library no s'ha obtingut cap article (vegeu gràfic 1).



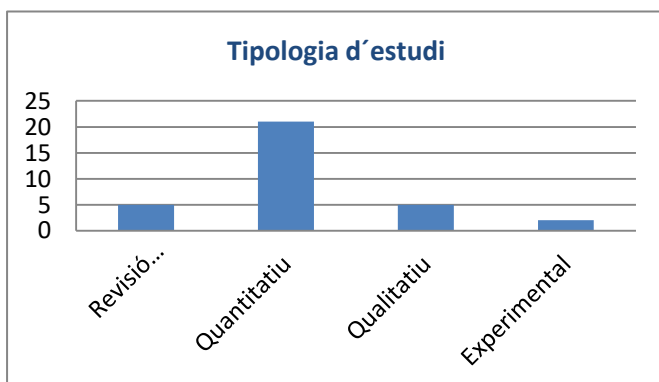
Gràfic 2. Any de publicació dels articles

En el gràfic 2 es pot observar que el període amb més publicacions va ser l'any 2015 (26%, n=9). L'any 2018 no hi ha cap publicació, però és possible pel fet que només havien passat tres mesos de l'any en el moment de la cerca.



Gràfic 3. País d'estudi dels articles

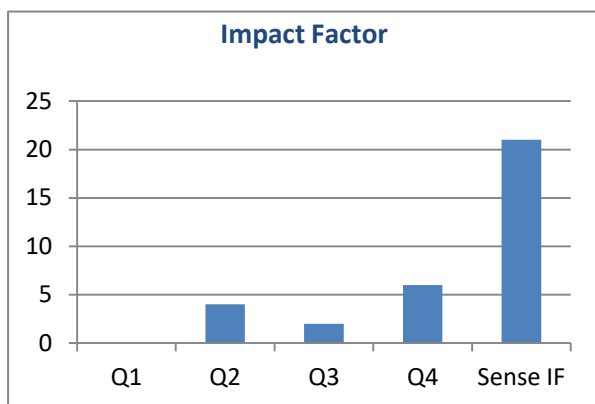
Espanya és el principal país on s'han realitzat més estudis dels articles analitzats (41% n=13), seguit de Brasil (vegeu gràfic 3).



Gràfic 4. Tipologia d'estudi

Respecte al disseny d'estudi dels articles analitzats és el caràcter quantitatiu el més representatiu de la mostra amb un 64% (n=21) (vegeu gràfic 4).

Si analitzem el primer autor dels articles de la mostra, són tots diferents excepte Meijome Sánchez XM. i Hideco Tase T. que escriuen dos articles diferents cadascun.



Gràfic 5. Impact Factor dels articles

L'IF de les revistes on han sigut publicats els articles de la mostra va ser consultat al *JCR - Journal Citation Reports*. El 64% (n=21) dels articles no consta l'IF a la web consultada i el 36% (n=12) constava l'IF trobant-se en diferents quartils amb una mitja d'IF d'un 1,483 (vegeu gràfic 5).

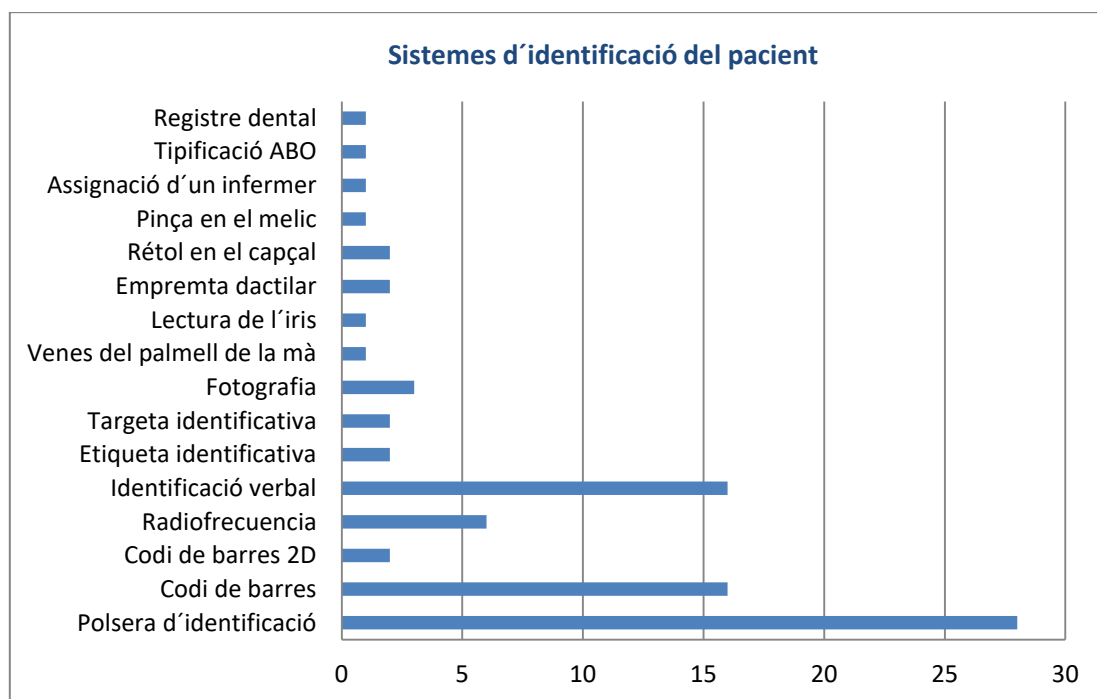
Després d'analitzar detingudament els articles de la mostra, els errors d'identificació del pacient no es troben tipificats en cap d'ells (n=0) com a tal, en canvi, sí que parlen de deficiències en la identificació inequívoca del pacient que provoquen una identificació incompleta o errònia; això pot comportar un increment important d'errors com indica Álvarez López C et al.<sup>[34]</sup>.

Meijome Sánchez XM et al.<sup>[35]</sup>, a l'article publicat l'any 2017, refereix que la quantificació i la classificació dels errors d'identificació resulta complicada, ja que moltes vegades les dades disponibles depenen de sistemes de notificació voluntaris o de queixes i reclamacions, sistemes no exhaustius que tendeixen a disminuir la importància d'aquest tipus d'error. Paparella SF et al.<sup>[36]</sup> menciona que no s'han estudiat específicament en la població i solen ser errors difícils de detectar, sobretot si no causen EA detectables.

Segons el resultat obtingut en aquesta revisió sobre els errors d'identificació, s'està d'acord amb Martínez L et al.<sup>[8]</sup> quan relata la falta de dades i de bibliografia relacionada amb les possibles conseqüències dels errors en la identificació del pacient. Cotanda Sanchis MJ et al.<sup>[37]</sup> i Meijome Sánchez XM<sup>[12]</sup> refereixen que la comunicació sobre errors és deficient i la freqüència dels errors d'identificació és desconeguda. Tanmateix, Cuadrado-Cenzual MA et al.<sup>[38]</sup> recalca la importància de la detecció i notificació dels errors d'identificació del pacient.

Es van identificar 16 sistemes d'identificació del pacient diferents, el 100% (n=33) dels articles mencionava almenys algun sistema. D'aquests, la polsera d'identificació és el sistema més

detectat en el 85% (n=28) com el codi de barres i la identificació verbal en el 48% (n=16) tal com es veu al gràfic 6.



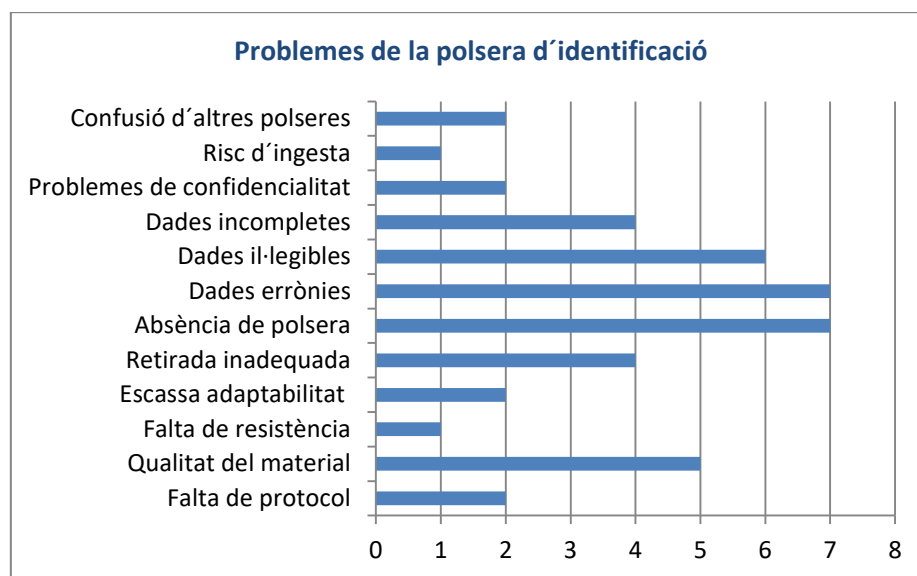
Gràfic 6. Sistemes d'identificació

El 85% (n=28) dels articles anomenen la polsera d'identificació com a principal sistema d'identificació de pacients i el 48% (n=16) ho complementen amb el sistema d'identificació verbal per realitzar una verificació positiva de la identitat del pacient. Les principals dades identificatives utilitzades ambdós sistemes són el nom, cognoms i data de naixement, en el cas de la polsera s'afegeix en tots els casos el número d'història.

El 48% (n=16) de la mostra es refereix el sistema de codi de barres adherit a la polsera d'identificació, el 27% (n=9) no l'utilitzen perquè no disposen de lector òptic de codi de barres i el 18% (n=6) l'utilitzen activament, el 3% (n=1) restant l'utilitza com a sistema únic d'identificació.

Els resultats obtinguts després de l'anàlisi de la mostra són semblants amb altres articles; Sevdalis N et al.<sup>[39]</sup> afirma que la polsera és el sistema més utilitzat per identificar pacients però, a banda d'això, el 45% (n=15) dels articles que parlen de la polsera d'identificació refereixen algun problema amb aquest sistema i ho denominen com un error del sistema d'identificació inequívoca del pacient sent els més freqüents: l'absència de polsera (21% n=7), dades errònies (21% n=7), il·legibles (18% n=6), incompletes (12% n=4) i la retirada inadequada

de la mateixa tant per part dels pacients, familiars o professionals sense la seva deguda recol·locació (12% n=4) (vegeu gràfic 7).



Gràfic 7. Problemes del sistema de polsera d'identificació

Sevilla Quadrado et al.<sup>[40]</sup> refereix que la falta de polsera identificativa va ser causa d'oblits, dubtes en la relació a la qualitat de la polsera, falta de temps i no saber de qui és responsabilitat la seva col·locació. En els articles d'Hideco Tase T et al.<sup>[41]</sup> i Smith AF et al.<sup>[42]</sup>, reflecteixen que la presència de diverses polseres per caracteritzar perills potencials com caigudes o al·lèrgies poden causar errors en la identificació del pacient. En canvi, Pablo-Comeche D et al.<sup>[18]</sup>, Viecili Hoffmeister L et al.<sup>[43]</sup> i Smith AF et al.<sup>[42]</sup> indiquen la identificació d'al·lèrgies com una dada necessària del pacient per la correcta identificació. Meijome Sánchez XM et al.<sup>[35]</sup> diu que els errors poden provenir tant per la falta com per un fallo en el sistema d'identificació i no és possible quantificar amb certesa l'efectivitat d'aquests sistemes. De fet, en la revisió, cap article de la mostra recull l'efectivitat dels sistemes d'identificació a l'hora de reduir els errors però si indiquen que millora la SP<sup>[8]</sup>.

Error en la similitud dels noms diferenciats per la data de naixement, verdader homònim (mateix nom i cognom, data de naixement i sexe) i suplantació d'identitat són les causes d'errors que porten a manifestar a Ferrera-Tourenc V et al.<sup>[44]</sup> que la identificació amb aquest sistema és deficient i, per això, recomana fer-la mitjançant ABO; tot i que la investigació no va poder demostrar la suplantació, es creu que el 90% dels errors d'identificació descrits a l'estudi són deguts a la suplantació d'identitat<sup>[44]</sup>. D'altra banda, Prade Hemesatha M et al.<sup>[45]</sup> detecta errors d'identificació quan en el moment de la validació dels resultats analítics



presenten una discrepància rellevant amb l'històric del pacient. Aquest resultat podria fer pensar amb el de Ferrera-Tourenc V et al.<sup>[44]</sup> respecte a la suplantació o errors de pacients que no van ser detectats en el seu moment.

En canvi, referent a l'ús del sistema de polsera amb codi de barres diferents estudis diuen que la correcta identificació incrementaria si es vinculés a lectors òptics<sup>[9,18]</sup>, Pablo-Comeche D et al.<sup>[18]</sup> indica que el codi de barres serveix per accedir a un registre d'alguna base de dades on realment està la informació i que proporciona una protecció de seguretat addicional contra els errors d'identitat, igual que la radiofreqüència.

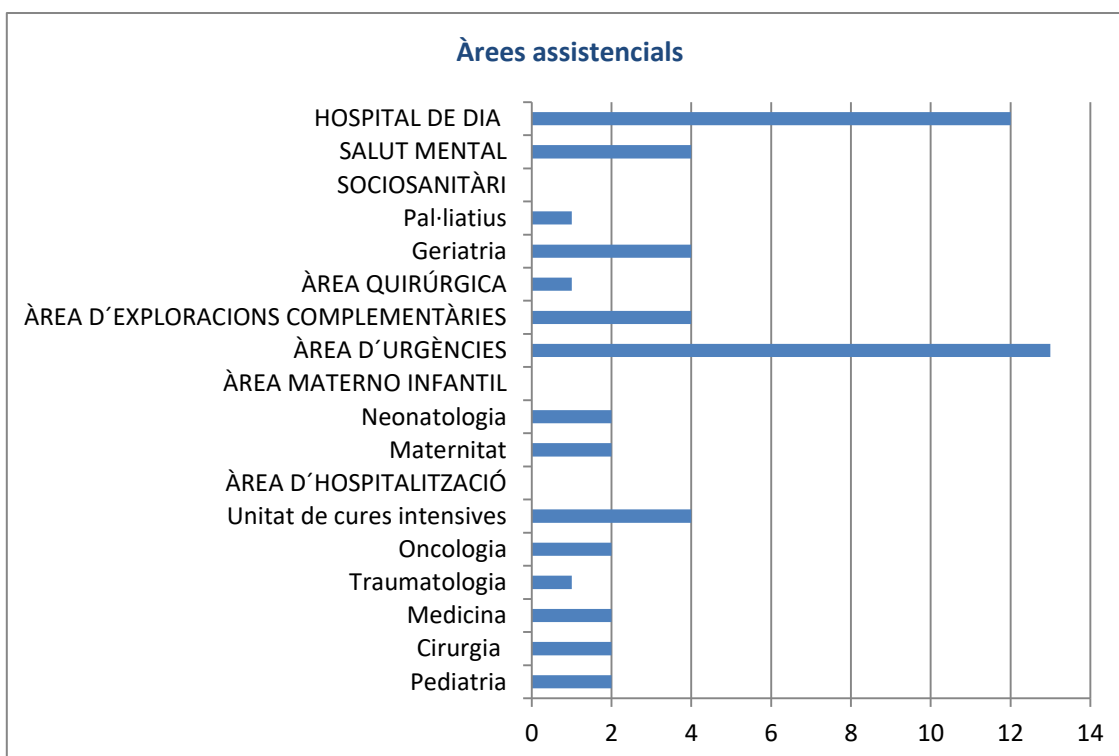
Martínez Ochoa EM et al.<sup>[22]</sup> refereix que el sistema amb codi de barres permetria realitzar una avaluació real de si s'estan cometent errors o no. Aquesta qüestió, quedaria resolta amb l'estudi de Paparella SF et al.<sup>[36]</sup> on afirma que la tecnologia de codi de barres demostra el gran nombre d'intents en donar la medicació a un pacient equivocat que està sent capturat amb l'ús del codi de barres, contràriament, amb els sistemes d'identificació verbal i de polsera que si hi hagués l'error, ocorreria i no ens adonaríem.

Miller K et al.<sup>[46]</sup> utilitza el codi de barres 2D i manifesta que el seu ús augmenta la identificació positiva i verbal com també la verificació mitjançant la polsera. Malgrat això, Srudwick G et al.<sup>[47]</sup> diu que hi ha molt poc treball empíric sobre la verificació de la identitat.

A l'estudi de Sevilla Quadrado ER et al.<sup>[40]</sup>, utilitzen una eina d'estimació de risc (Failure Model and Effect Analysis FMEA) per identificar i documentar de manera sistemàtica els errors potencials o possibles problemes per eliminar o reduir la seva ocurrencia mitjançant la identificació i prevenció dels possibles errors d'identificació, un sistema proactiu que es diferencia de la resta.

La utilització d'un sistema o un altre pot variar en funció de l'àrea assistencial pel tipus de pacient, com ara la radiofreqüència, reservada a pacients amb més risc i limitada a certes àrees assistencials<sup>[9]</sup>.

A l'analitzar les àrees assistencials, el 58% (n=19) de la mostra fa alguna referència de la vulnerabilitat que ocorrin errors relacionats amb la identificació inequívoca del pacient a diferents àrees (vegeu gràfic 8).



Gràfic 8. Àrees assistencials

L'àrea més vulnerable detectada a la mostra és urgències (39% n=13), Tomás S et al.<sup>[48]</sup> refereix que el 49% no utilitzava cap sistema d'identificació perquè la seva implantació és deficitària en aquest servei. Martínez L et al.<sup>[8]</sup> ratifica el mateix, tanmateix, també especifica que àrees d'exploracions complementàries i d'hemodiàlisi també ho són. Morís de la Tassa J et al.<sup>[9]</sup> diu que en els serveis d'urgències està implantat un sistema d'identificació però no és universal, tanmateix, refereix la dificultat en la incorporació de la polsera dintre l'àrea assistencial i Paparella SF et al.<sup>[36]</sup> diu que és vulnerable a errors per una varietat de raons, sense especificar quines. Per contra, Carrillo Garcia et al.<sup>[4]</sup> indica que urgències hi ha més pacients identificats que a la unitat de cures intensives.

L'hospital de dia és la segona àrea més vulnerable (36% n=12), de fet, Morís de la Tassa J et al.<sup>[9]</sup> recomana la identificació amb radiofreqüència pel risc que comporta els procediments que es realitzen en aquesta àrea. També, exposa que alguns centres tenen unes polseres pròpies o varien el seu ús<sup>[9]</sup>. Altres estudis indiquen un sistema d'identificació mitjançant targetes complementades amb fotografia perquè la duguin durant l'estança, igual que a salut mental<sup>[8,22,49]</sup>. Pablo Comeche D et al.<sup>[18]</sup> refereix que l'hospital de dia i salut mental han suposat excepcions dins el protocol establert perquè alguns pacients no volen portar-la. Segons Viecili Hoffmeister L et al.<sup>[43]</sup>, la falta d'identificació es justifica pel petit nombre de llits que afavoreixen que l'equip conegui als pacients interns, no obstant això, recorda que són

atesos per diversos equips de professionals i això suposa un risc. Lerma Ortega E et al.<sup>[49]</sup> diu que a l'àrea de salut mental utilitzen el sistema d'identificació mitjançant fotografia i, en el cas que no vulguin fer-se-la, la identificació es fa mitjançant l'assignació d'un infermer.

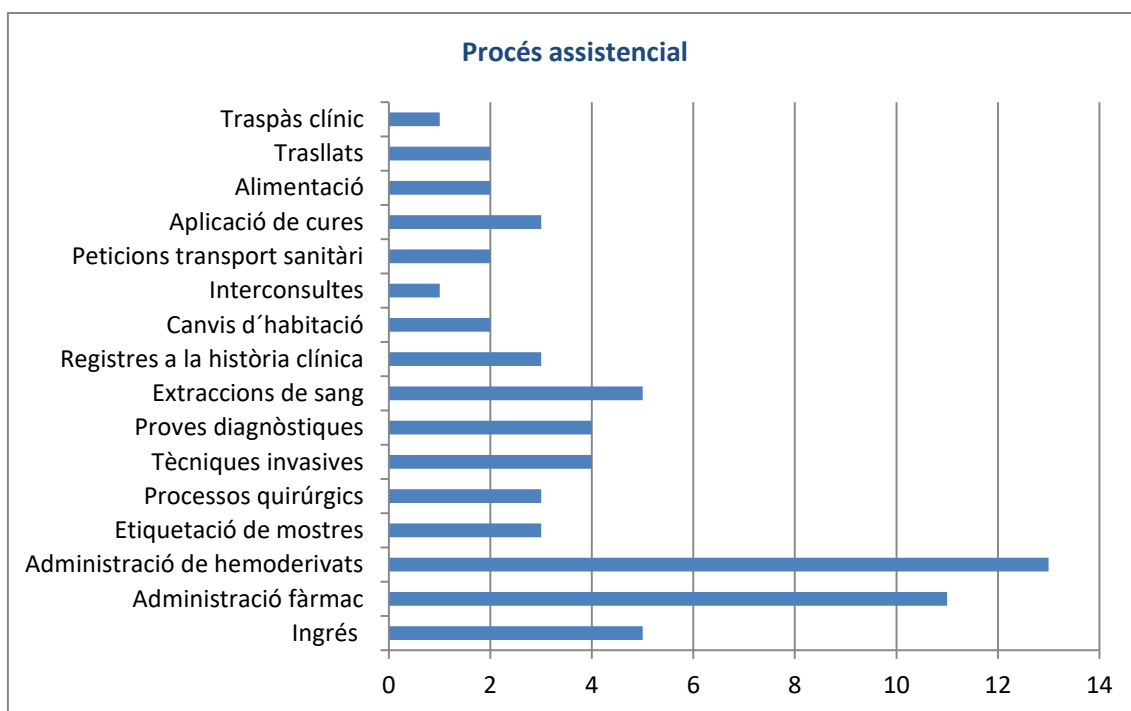
Meijome Sánchez XM<sup>[35]</sup> defineix una vulnerabilitat no per l'àrea sinó pel tipus de pacient, refereix una vinculació d'errors d'identificació a l'estat cognitiu amb la seva capacitat de resposta conscient, així com, amb el tipus de pregunta que es realitza pel procés d'identificació verbal. Tanmateix, el deteriorament cognitiu és un factor de risc de fallar la resposta a l'hora de verificar la identitat del pacient<sup>[35]</sup>. Paparella SF et al.<sup>[36]</sup> explica que els pacients pediàtrics, ancians i inconscients, són més vulnerables aquest tipus d'errors si la seva edat o malaltia els hi prohibeix participar activament en la seva cura i tots els procediments on es requereix d'identificació del pacient. Així mateix, Viecili Hoffmeister L et al.<sup>[43]</sup> recorda que s'ha de tenir en compte les barres de comunicació verbal.

El 100% (n=33) de la mostra considera la verificació d'identificació del pacient un procediment més del procés assistencial. Prade Hemesatha M et al.<sup>[45]</sup> i Moreno Monsiváis MG et al.<sup>[50]</sup> indiquen que la identificació correcta del pacient és el principal mecanisme de seguretat en els processos assistencials, igual que Viecili Hoffmeister L et al.<sup>[43]</sup> considera la identificació del pacient una cura més dirigida al pacient.

En aquesta revisió, el 79% (n=26) de la mostra identifica almenys algun procés assistencial amb risc d'error d'identificació (veugeu gràfic 9) i, recomanen verificar la identificació en qualsevol procés en el 100% (n=33) dels articles analitzats.

L'administració d'hemoderivats és el procés més anomenat (39% n=13) conjuntament amb l'administració de fàrmacs (33% n=11) tot i que segons Morís de la Tassa J et al.<sup>[9]</sup>, la comprovació de la identitat no s'efectua de forma sistemàtica abans de realitzar-los i conclou que és necessari verificar de manera sistemàtica la identitat del pacient abans de cada procediment comporti un risc o no.

Westbrook JI et al.<sup>[51]</sup> en el seu article afirma que, tot i la baixa verificació de la identitat que es va detectar en el procés de l'administració intravenosa de fàrmacs, verificar la identitat s'associava a una reducció del 56% de l'error d'administracions intravenoses. Smith AF et al.<sup>[42]</sup> refereix que és comú verificar la identitat del pacient abans de realitzar alguns procediments, en canvi, Paparella SF et al.<sup>[36]</sup> diu que la identificació ha de realitzar-se sempre abans de qualsevol cura o tractament.



Gràfic 9. Procés assistencial

Segons Álvarez López C et al.<sup>[34]</sup> i Cuadrado-Cenzual MA et al.<sup>[38]</sup> els errors en l'obtenció de mostra en pacient equivocat, registres erronis i mostres sense identificar comporten un increment d'errors en la identificació del pacient obligant a realitzar una nova extracció, provocant malestar al pacient i retard del temps de resposta.

En els processos assistencials sovint hi participen diferents professionals, el 81% (n=27) dels articles analitzats associen directament la identificació del pacient amb la intervenció infermeria i el 9% (n=3) ho relacionen amb el personal sanitari (n=3), per tant, es poden referir a infermeria. Tanmateix, el 9% (n=3) no vincula a infermeria amb aquest procés.

La correcta identificació és una responsabilitat d'infermeria, tant la col·locació de la polsera identificativa com la verificació de les dades en el 60% (n=20) dels articles analitzats. També ho és informar el pacient i/o familiars de la importància de la identificació, realitzar una revisió sistemàtica del sistema, sol·licitar noves polseres i la seva retirada un cop deixen el centre. Ferrera-Tourenc V et al.<sup>[44]</sup> indica la rellevància d'explicar al pacient la importància de dur la polsera d'identificació durant l'estança per més seguretat en situacions de risc.

Per altra banda, Pablo Comeche D et al.<sup>[18]</sup> manifesta que la polsera d'identificació requereix d'una atenció específica de cures d'infermeria per tractar-se d'un element estrany en contacte continu amb la pell, sobretot en pacients nounats i pacients immobilitzats.

Tal com s'ha dit, Sevilla Quadrado ER et al.<sup>[40]</sup> recalca que ha de ser una cura més del pacient, encara que refereix que els infermers deixaven la polsera a una mida ampla ocasionant la seva pèrdua o que la retiraven sense substituir-la per realitzar diferents procediments referint que és degut a la càrrega de treball.

A l'article de Martínez Ochoa EM et al.<sup>[22]</sup> els professionals d'infermeria consideren que les polseres no produeixen una disminució dels errors d'identificació de pacients i alguns no saben per què s'utilitzen. A l'estudi de simulació realitzat per Meijome Sánchez XM<sup>[12]</sup>, el 61% de les infermeres es van adonar de l'error d'identificació que existia i la resta va continuar amb el procediment en el pacient erroni, el 84% no va comprovar la identitat del pacient amb la polsera.

Aquesta conclusió la reforça Hideco Tase T et al.<sup>[41]</sup>, anomena que la falta de polsera va ser causat per obllits, falta de temps, dubtes en relació a la qualitat de la polsera i de qui és responsable la seva col·locació. Pablo Comeche D et al.<sup>[18]</sup> fa referència que resulta més difícil la incorporació de la col·locació de la polsera per diferents factors com la pressió assistencial i Sevdalis N et al.<sup>[39]</sup> recrimina que les distraccions a la feina, el ritme ràpid i el cansament per sobrecàrrega de treball del professional contribueixen als errors en la pràctica de la correcta identificació.

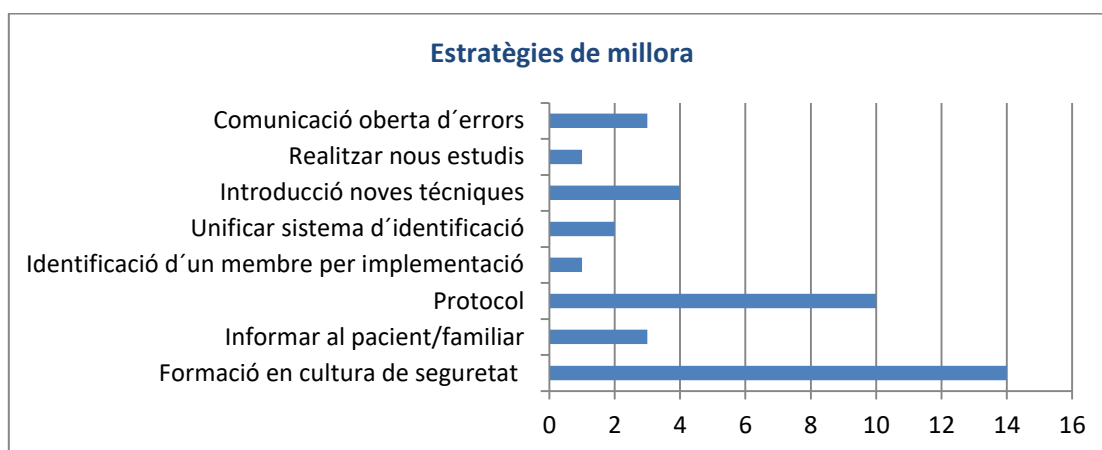
El 12% (n=4) de la mostra reconeix la identificació de forma despersonalitzada en realitzar la identificació mitjançant el reconeixement per número d'habitació, ubicació del llit, patologia descrita o per característiques físiques. Aquesta pràctica, segons Cotanda Sanchis MJ et al.<sup>[37]</sup> suposa riscos d'atenció i de reconeixement inequívoc i recalca que el professional no és conscient de la importància d'una identificació inequívoca del pacient.

Strudwick G et al.<sup>[47]</sup> refereix que com que les infermeres coneixen als seus pacients, és possible que no es porti a terme una verificació de la identificació. Recalca que les infermeres confien en el coneixement personal però confonen la identitat i conèixer al pacient és una defensa útil contra la identificació errònia<sup>[47]</sup>. L'article de Miller K et al.<sup>[46]</sup> assenyala que les verificacions d'identitat es van realitzar amb més freqüència per infermeres amb menor experiència laboral o si existien interrupcions i distraccions.

Tanmateix, Sevdalis N et al.<sup>[39]</sup> en el seu article, les infermeres enquestades refereixen que demanar repetidament al pacient el seu nom es pot veure com un trastorn de la relació de la infermera amb el pacient o la professionalitat de la infermera com a poc professional o impersonal, com témer als pacients molestos per una excessiva verificació de la identificació.

Härkänen M et al.<sup>[52]</sup> indica un compliment del 0% en la identificació del pacient durant el traspàs clínic, cap de les infermeres va identificar amb les dades identificatives del pacient al començament de cada informe. Malgrat això, Stout L et al.<sup>[35]</sup> destaca que la participació dels professionals d'infermeria és essencial per reduir els errors d'identificació i consolidar serveis de qualitat amb seguretat.

Més del 60% (n=20) dels articles mencionen algun tipus d'estratègia de millora dirigida a augmentar la correcta identificació del pacient per reduir el risc d'error (vegeu gràfic 10).



Gràfic 10. Estratègies de millora

Concretament, el 43% (n=14) dels articles consideren la formació en cultura de seguretat dirigida als professionals d'infermeria com una estratègia de millora per augmentar la correcta identificació del pacient, com també, estratègies relacionades amb estandarditzar l'ús mitjançant protocols, revisar-lo, avaluar-lo i realitzar un seguiment (33% n=10).

La formació és considerada com una estratègia de millora per diferents autors, Cotanda Sanchis MJ et al.<sup>[37]</sup> refereix tractar la SP de forma adequada durant la formació acadèmica, ja que hi ha pocs continguts curriculars sobre aquest tema i, els professionals no són conscients de la importància d'una identificació inequívoca del pacient.

Altres articles consideren la necessitat de canvi de cultura dels professionals una manera per disminuir el risc de cometre errors en la pràctica assistencial i siguin capaços de veure la seva utilitat per augmentar la SP<sup>[4,22,34]</sup>. Per aconseguir-ho, recomanen campanyes de sensibilització, activitats per disminuir els errors, sessions informatives en SP<sup>[22]</sup>, introducció de noves tècniques com el codi de barres<sup>[4]</sup> o redissenyar sistemes que obliguin a la verificació de la identitat<sup>[34]</sup>.

D'altra banda, Lien Poh C et al.<sup>[54]</sup> manifesta la dificultat relacionada amb la identificació d'una persona líder per incidir sobre el personal, pacients i alguns aspectes del sistema com: limitacions de temps, diferents sistemes utilitzats o clarificar quina informació ha de tenir la polsera. Meijome Sánchez XM<sup>[12]</sup>, recomana estudiar nous mètodes però sense oblidar-se de les bones pràctiques, sense substituir la comunicació entre el professional i el pacient.

Segons Stout L et al.<sup>[53]</sup>, l'estratègia d'ensenyament basada en la consciència del personal milloren l'adherència dels professionals per la verificació de la identificació del pacient. Altres autors, consideren la col·laboració d'aprenentatge sobre la millora de seguretat entre institucions (*benchmarking*) una estratègia positiva per reduir els errors d'identificació<sup>[52,55]</sup>.

L'article de Westbrook JI et al.<sup>[52]</sup>, indica una millora en els sistemes d'identificació durant la col·laboració i demostra que les millores de seguretat provades en una sola institució poden disseminar-se per millorar la qualitat de l'atenció. Salazar de la Guerra et al.<sup>[55]</sup>, refereix que el *benchmarking* ha de ser un procés continu i habitual, ja que les activitats puntuals i superficials sense continuïtat no aporten res al procés de millora de la qualitat dels processos assistencials.

Hideco Tase T et al.<sup>[56]</sup> conclou que hi ha una necessitat de considerar la participació i la responsabilitat dels professionals i usuaris com una eina perquè el procés d'identificació sigui efectiu.

## CONCLUSIÓ

Com s'ha vist en aquesta revisió, els errors d'identificació no es troben tipificats ni quantificats, tanmateix, les deficiències en la identificació sí que causen un augment d'errors que són difícils de detectar però que es podrien evitar. Hi ha una mancança d'estudis específics sobre els errors d'identificació, en la freqüència i les conseqüències d'aquests i, podria ser degut a la deficient detecció i notificació d'errors d'identificació.

Es disposa de diferents sistemes d'identificació però el més utilitzat és la polsera identificativa conjuntament amb la identificació verbal sense haver-hi una evidència de l'efectivitat d'aquests en la disminució d'errors. Després de realitzar l'anàlisi, podem dir que els pacients van més identificats però no vol dir que siguin identificats correctament, perquè duguin un dispositiu com és la polsera no vol dir que ho estiguin. Perquè sigui efectiu, és necessària una verificació de la identitat i això a vegades no és possible per diferents raons lligades a l'àrea assistencial i al tipus de pacient.

Per altra banda, el codi de barres està adherit a la polsera però està subutilitzat pel sistema, tot i que només són avantatges cap aquest sistema, serien necessaris més estudis per afirmar això.

L'àrea més vulnerable a què ocorrin errors relacionats amb la identificació inequívoca del pacient és urgències, en gran part, per falta d'utilització d'algun sistema d'identificació. L'hospital de dia també ho és, degut al risc que comporta els procediments que es realitzen en aquesta àrea com l'administració de fàrmacs i d'hemoderivats, que alhora, són els processos assistencials on hi ha més risc d'error d'identificació. Es vincula el risc d'errors d'identificació amb l'estat cognitiu del pacient, i això, influeix que una àrea sigui més vulnerable que un altre. La vulnerabilitat de l'àrea està determinada tant pel tipus de pacient com pels procediments que es porten a terme i comporten un risc d'errors d'identificació si no s'utilitza algun sistema.

La correcta identificació és una responsabilitat d'infermeria, considerada una cura més dirigida al pacient, encara que els professionals no són conscients de la importància d'una correcta identificació. La formació en cultura de seguretat dirigida tant a professionals com a pacients és una estratègia de millora per augmentar la correcta identificació del pacient amb l'objectiu de reduir els errors d'identificació. La seva participació i responsabilitat són una eina perquè el procés d'identificació sigui efectiu.

Realitzar protocols adequats a les àrees assistencials i al tipus de pacient, revisar-los, avaluar-los i realitzar-ne un seguiment, també és una estratègia de millora que realitza infermeria. No podem parlar d'adaptar un sistema a totes les àrees assistencials, ja que això depèn dels recursos de cada institució, tot i que, la detecció, notificació i comunicació d'errors ajudaria a constatar la freqüència i la gravetat dels errors per valorar noves estratègies dirigides al sistema utilitzat.

## **IMPLICACIÓ A LA PRÀCTICA PROFESSIONAL**

Actualment, la seguretat del pacient s'ha convertit en una prioritat dels sistemes sanitaris i els errors d'identificació del pacient mereixen una especial atenció, ja que poden ocórrer de múltiples formes i originar-se en qualsevol moment del procés assistencial.

És necessari identificar al pacient abans de qualsevol procediment i, partint de la idea que cap sistema d'identificació mai reduirà a zero els errors d'identificació, ja que sempre existirà l'error humà, estaria bé poder quantificar, controlar i avaluar aquests errors d'alguna manera.

Per aquest motiu, proposaria la creació d'una "app" vinculada a una plataforma de treball que contingui tota la informació clínica del pacient perquè serveixi per implantar la identificació



unívoca en un sistema universal, format per un sistema d'identificació amb codi de barres, complementat amb fotografia per poder realitzar una identificació segura, reduint la possibilitat d'error o suplantació d'identitat.

El dispositiu que s'utilitzaria seria una *Tablet* amb lector òptic, que permetria identificar, verificar i registrar informació d'una manera més àgil i a temps real, reforçant així la seguretat del pacient i sense provocar una feina extra als professionals.

Es podria incorporar diferents alertes, permetria consultar, com també, registrar, identificar i quantificar els errors produïts i, així, quedaria constància real dels errors que succeeixen per ajustar les solucions i estratègies d'una manera objectiva.

Aquest sistema també oferiria la possibilitat d'utilitzar la tecnologia com eina d'investigació i proporcionar una atenció segura i de qualitat, sense caure en la deshumanització i seguint oferint una atenció a peu de llit, sense deixar de costat la comunicació amb el pacient, res tant propi d'infermeria.

#### **REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES**

1. Young P, Hortis De Smith V, Chambi MC, Finn BC. Florence Nightingale (1820-1910), 101 years after her death. *Rev Med Chil.* 2011;139(6):807–13.
2. Lescaille MT et al. Eticidad del pensamiento de Florence Nightingale. *Rev Habanera Ciencias Médicas.* 2013;12(4):696-688.
3. WHO. Más que palabras . Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. Oms. 2009;1–160.
4. Carrillo García C, Martínez Roche ME, Castaño Molina MA, Moreno Abellán CM. Evaluación de la identificación de pacientes en un hospital universitario. *Rev ICUE.* 2017;2(1).
5. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Consejería de Salud. Informe de resultados. Evaluación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente a nivel de unidades de gestión clínica. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2016 Feb. Report No.: IR 2016/1.
6. Kohn LT, Corrigan JM, Molla S. To Err Is Human. *Medicine (Baltimore).* 1999;126(November):312.
7. Ministerio de Sanidad. Revisión Bibliográfica sobre Trabajos de Costes de la “No Seguridad del Paciente.” 2008;138.
8. Martínez L, Gimeno V, Anglès R, Bañeres J, Torralba LI, Manzanera R. Sistemas de

- identificación de pacientes en hospitales de Cataluña. Rev Calid Assitencial. 2008;23(4):158–63.
9. Morís de la Tassa J, Fernández de la Mota E, Aibar-Remón C, Castan Cameo S, Ferrer Tarrés J. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud. Med Clin Monogr. 2008;131(3):72–8.
  10. OMS. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Cent Colab la OMS sobre Soluciones para la Segur del Paciente. 2007;36.
  11. Lima F da SS, Souza NPG, Vasconcelos PF, Freitas CHA, Jorge MSB, Oliveira AC de S. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. Enferm Glob. 2014;35(Trimestral):17.
  12. Meijome Sánchez X. Errores de identificación de pacientes. Enferm clínica. 2011;21(35):309-293.
  13. Figuero Hernández DR. Profesionales y Seguridad de los pacientes. Rev enferm Cyl. 2015; 7(2):2–1.
  14. Rivas-Espinosa JG, De Jesús Verde-Flota EE, Ramírez-Villegas RM, Guerra-Escamilla LM, Ramírez-Espinosa L, Rivas JG, et al. Compliance with international patient safety goals Cumplimiento de las metas internacionales para la seguridad del paciente. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015;23(3):135–42.
  15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. 2015;128.
  16. ECRI Institute PSO Deep Dive. Patient Identification: Executive Summary. 2016;16-1.
  17. Aranz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Ruiz López P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización . ENEAS 2005. 2006;170.
  18. Pablo Comeche D, Buitrago-Vera C, Meneu R. Identificación inequívoca de pacientes. Evaluación del lanzamiento y su implantación en los hospitales de la Agencia Valenciana de Salud. Med Clin (Barc). 2010;135(Supl 1):54–60.
  19. Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. 2006;153.
  20. Fernández-Maíllo M, Bañeres J. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Informe de incidentes de seguridad notificados en 2014-2015. 2016;64.
  21. Laza Urbina O. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. Rev Cubana Enferm. 2011;27(3):239–47.
  22. Martínez-Ochoa EM, Cestafe-Martínez A, Martínez-Sáenz MS, Belío-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 (Barc)*. 2010;135(Supl 1):61–66.
23. Alerta de seguridad en atención sanitaria. Otras noticias de interés. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;18(2):136-7.
  24. Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Aliança per a la Seguretat dels Pacients a Catalunya. Sistemes d'identificació de pacients: Avantatges i desavantatges. 2006;2-1.
  25. Ayuso Murillo D. La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial. Madrid: Ediciones Díaz de Santos,S.A.; 2012.
  26. José Afonso J, Balcells Díaz M, Bonafont Pujol X, Colom Masfret D, Ibáñez Romaguera JM, Uris Sellés J, Yetano Laguna J. Gestión de los procesos de soporte asistencial. José Afonso J dir. UOC Universitat Oberta de Catalunya. 1ª ed. Barcelona: FUOC ;2009.p.5-61.
  27. Observatorio Metodología de Enfermera. Preguntas más frecuentes [seu web]. Madrid: FUDEN Fundación para el desarrollo de la infermeria; [accés el 5 de febrer del 2018]. Disponible a: [http://www.ome.es/02\\_02\\_01\\_desa.cfm?id=118](http://www.ome.es/02_02_01_desa.cfm?id=118)
  28. Marquet Palomer R. Innovación y mejora continua. Barcelona: CAMFIC;p.1-27.
  29. Tamez Pérez HE. El ABC de la Medicina Científica. 1ª ed. México: McGraw-Hill International Editores, S.A.; 2012.
  30. WordReference.com. Año [seu web]. WordReference.com; 2005 [accés el 5 de febrer del 2018]. Disponible a: <http://www.wordreference.com/definicion/a%C3%B1o>
  31. Ferriols Lisart R, Ferriols Lisart F. Escribir y publicar un artículo científico original. Madrid: Ediciones Mayo,S.A.
  32. WordReference.com. País [seu web]. WordReference.com; 2005 [accés el 5 de febrer del 2018]. Disponible a: <http://www.wordreference.com/definicion/pais>
  33. Ascaso FJ. Factor de impacto, eigenfactor y article influence. *Arch Soc Esp Oftalmo*. 2011;86(1):2-1.
  34. Álvarez López C, Ortega Madueño I, Cuadraro Cenzual MA. La seguridad del paciente en el laboratorio clínico. Implantación de un protocolo de identificación inequívoca de paciente. *Rev Lab Clin*. 2012; 5(1):3-9.
  35. Meijome Sánchez XM, González Cea A. Error en la identificación del paciente según su estado cognitivo: comparación entre pregunta abierta y pregunta cerrada. *Tiempos de enfermería y salud*. 2017; 3(1): XX-XX.

36. Paparella SF. Accurate patient identification in the emergency department: Meeting the safety challenges. *Journal of emergency nursing*. 2012; 38(4): 367-364.
37. Cotanda Sanchis MJ, Martínez-Sabater A, Ballestar-Tarín ML, Casal Angulo MC. Análisis de la cultura de seguridad en el ámbito de la identificación del paciente por el alumnado de enfermería egresado de la Universidad. *Gerokomos*. 2015; 26(3):84-88.
38. Cuadrado-Cenzual MA, García Briñón M, de Gracia Hills Y, González Estechea M, Collado Yurrita L, de Pedro Moro JA et al. Errores en la identificación del paciente y en muestras biológicas en el proceso analítico: ¿es posible la mejora de la seguridad de los pacientes?. *Rev Calid Asist*. 2015; 30(6): 310-318.
39. Sevdalis N, Norris B, Ranger C, Bothwell S. Closing the safety loop: evaluation of the National Patient Safety Agency's guidance regarding wristband identification of hospital inpatients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2009; 15:311-315.
40. Sevilla Quadrado ER, Rizzato Tronchin DM. Evaluación del protocolo de identificación de los recién nacidos en un hospital privado. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(4):1-9.
41. Hideco Tase T, Maria Rizzato D. Patient identification systems in obstetric units, and wristband conformity. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(4):374-80.
42. Smith AF, Casey K, Wilson J, Fischbacher D. Wristbands as aids to reduce misidentification: an ethnographically guided task analysis. *International Journal for Quality in Health Care* 2011; 23(5): 590-599.
43. Viecili Hoffmeister L, Schebella Souto de Moura GM. Uso de pulseras de identificación en pacientes internados en un hospital universitario. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(1):36-43.
44. Ferrera-Tourenc V, Lassale B, Chiaroni J, Dettori I. Unreliable patient identification warrants ABO typing at admission to check existing records before transfusion. *Transfusion Clinique et Biologique*. 2015; 22: 66-70.
45. Prade Hemesath M, Barreto dos Santos H, Maris Schroder Torelly E, da Silveira Barbosa A, Müller de Magalhães AM. Educational strategies to improve adherence to patient identification. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(4):43-8.
46. Miller K, Akers C, Magrin G, Whitehead S, Davis AK. Piloting the use of 2D barcode and patient safety-software in an Australian tertiary hospital setting. *Vox Sanguinis*. 2013; 105:159-166.
47. Strudwicka G, Clark C, McBridea B, Sakala M, Kaliaa K. Thank you for asking: Exploring patient perceptions of barcode medication administration identification practices in

- inpatient mental health Settings. International Journal of Medical Informatics. 2017; 105: 31-3.
48. Tomás S, Gimena I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33(1): 131-147.
  49. Lerma Ortega E, Moreno Almagro I, Bayona Morales JD. Identificación inequívoca del paciente como medida de Seguridad en Salud Mental (Pulsera Identificativa). Intervención en contextos clínicos y de la salud. 2016;(24).
  50. Moreno Monsiváis MG, Interrial Guzmán MG, Cardona Palomo D, Cisneros González TJ, González Argüello NS. Identificación del paciente como medida de seguridad en atención hospitalària. Paraninfo Digital. 2013; VII(19).
  51. Westbrook JI, Rob MI, Woods A, Parry D. Errors in the administration of intravenous medications in hospital and the role of correct procedures and nurse experience. BMJ Qual Saf 2011;20:1027-1034.
  52. Härkänen M, Kervinen M, Ahonen J, Turunen H, Katri Vehviläinen-Julkune K. An observational study of how patients are identified before medication administrations in medical and surgical ward. Nursing and Health Sciences. 2015; (17): 188–194.
  53. Stout L, Joseph S. Blood transfusion: patient identification and empowerment. British Journal of Nursing 2016; 25(3).
  54. Lien Poh C, Parasuram R, Kannusamy P. Nursing inter-shift handover process in mental health settings: a best practice implementation project. Int J Evid Based Healthc 2013; 11: 26-32.
  55. Salazar de la Guerra RM, Santotomás-Pajarrón A, González-Prieto V, Menéndez-Fraga MD, Rocha Hurtado C. Benchmarking en la identificación de pacientes: una oportunidad para aprender. Rev Calid Asist. 2017; 32(2):97-102.
  56. Hideco Tase T, Campos de Andrade Lourençao D, Suzana Maria BIANCHINic, Daisy Maria Rizatto Tronchind DM. Patient identification in healthcare organizations: an emergint debate. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(2):196-200.

## ANNEXOS

**Annex 1.** Taula de recollida de dades.

Article	Tipologia de l'estudi	Any de publicació	Primer autor	País de l'estudi	Impact Factor	Error d'identificació de pacients	Sistemes d'identificació de pacients	Àrea assistencial	Procés assistencial	Intervenció infermera	Estratègia de millora