



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Memoria del Trabajo de Fin de Grado

**Percepción de las/os enfermeras/os sobre la
identificación inequívoca del paciente, previa a
la administración de medicación.**

Carina Francisca Diana Duma

Grado de Enfermería

Año académico 2018-19

NIE de la alumna: X8509922Z

Trabajo tutelado por Sandra Pol Castañeda

Departamento de Enfermería y Fisioterapia

Se autoriza a la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación.

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo:

Identificación sistemática de pacientes, administración de medicación, seguridad del paciente y enfermeras/os

Índice

0. Resumen	Págs. 2-3
1. Introducción	Págs. 4-7
2. Pregunta de investigación	Pág. 8
3. Objetivos	Pág. 8
4. Metodología	Págs. 8-12
4.1. Diseño ...	Págs. 8-10
4.2. Estrategia de búsqueda bibliográfica ...	Págs. 10-12
5. Resultados	Pág. 13-14
- Consciencia o identificación del riesgo ...	Págs. 14-15
- Comportamientos, actitudes y conocimientos ...	Págs. 15-18
- Métodos y/o protocolos de identificación del paciente ...	Págs. 18-20
- Fortalezas y debilidades ...	Págs. 20-22
- Implicaciones y mejoras ...	Pág. 22
6. Discusión	Págs. 14-22
7. Conclusiones / Implicaciones	Págs. 23-24
8. Bibliografía	Págs. 25-30
9. Anexos	Págs. 31-43
- Anexo 1: Estrategia de búsqueda bibliográfica ...	Pág. 31
- Anexo 2: Publicaciones científicas incluidas en este TFG ...	Págs. 32-42
- Anexo 3: Catálogo de sistemas de identificación de pacientes ...	Pág. 43

Resumen [Español]

INTRODUCCIÓN: La identificación errónea del paciente sigue produciendo a nivel mundial errores en la atención clínica, algunos de los cuales son los errores de medicación. Por estos motivos, diferentes organizaciones sanitarias han puesto énfasis en la seguridad del paciente y la identificación sistemática y adecuada del mismo como prioridad. Sin embargo, a pesar de todos los intentos de mejora y concienciación de la necesidad de una cultura de seguridad, sigue habiendo errores de paciente equivocado.

OBJETIVO: Conocer las competencias, actitudes y conocimientos de los profesionales de enfermería sobre la identificación sistemática del paciente, antes de administrar medicación. **METODOLOGÍA:** Revisión de la literatura en las bases de datos y metabuscadores de Cuiden Plus, Dialnet, EBSCOhost, IBECS, PubMed, Scielo y SCOPUS. **RESULTADOS:** Tras la búsqueda bibliográfica, se seleccionan un total de 27 artículos.

CONCLUSIONES / IMPLICACIONES: La percepción de las/os enfermeras/os sobre la identificación del paciente antes de administrar medicación, es, en general, de importancia para la seguridad del paciente y de prevención de los errores de medicación. Sin embargo, hay contradicciones entre estas opiniones y las actitudes que se llevan a cabo. Existen diferentes métodos de identificación del paciente, destacando las pulseras de identificación. Estos no son útiles para garantizar la correcta identificación de los pacientes si la información de estas no se comprueba previamente. Es necesaria la formación continuada y la concienciación de la importancia de la CS para una adherencia completa.

PALABRAS CLAVE: Identificación sistemática de pacientes, administración de medicación, seguridad del paciente y enfermeras/os.

Abstract [English]

INTRODUCTION: Patient's misidentification continues producing errors in clinical care worldwide, some of which are medication errors. For these reasons, different health organizations have emphasized the patient safety and the systematic and adequate identification of it as a priority. However, despite all attempts to improve and raise awareness of the need for a safety culture, errors of the wrong patient remain.

OBJECTIVE: To know the skills, attitudes and knowledge of nursing professionals about the patient systematic identification before administering medication.

METHODOLOGY: Review of the literature in the following databases and metasearch engines: Cuiden Plus, Dialnet, EBSCOhost, IBECs, PubMed, Scielo and SCOPUS

RESULTS: After the bibliographic research, a total of 27 articles are selected.

CONCLUSIONS / IMPLICATIONS: Nurse's perception about patient identification before administering medication is, in general, of importance for patient safety and medication error prevention. However, there are contradictions between these opinions and the attitudes that are carried out. There are different methods of patient identification, highlighting the identification bracelets. These are not useful to guarantee patients' correct identification if the information of these is not checked previously. Continuous training and awareness of the importance of security culture for complete adherence is necessary.

KEY WORDS: Patients' systematic identification, medication administration, patient safety and nurses.

1. INTRODUCCIÓN

La **seguridad del paciente** (SP) se entiende como aquel “intento consciente de evitar daños al paciente derivados de la atención sanitaria” (1,2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se trata de un principio fundamental de la atención sanitaria (2) y, además, es un indicador de calidad asistencial, así como condición previa necesaria (1) antes de la realización de cualquier procedimiento en el que se involucre al paciente. En este sentido, se crea la llamada **cultura de seguridad** (CS). La CS hace referencia a una serie de “valores y normas comunes a los individuos de una misma organización” (1) para fomentar así el cumplimiento de una de las dimensiones transcendentales de la calidad asistencial (1,3), la SP. Los objetivos que se pretenden conseguir con esta visión son disminuir el error y el daño. Sin embargo, la condición y máxima de la atención sanitaria “lo primero es no hacer daño” (*primum non nocere*) se puede ver vulnerada de manera no intencionada (2) por los profesionales de la salud en su práctica diaria, ya que, según la premisa de que “errar es humano” (*to err is human*) “el error es una condición inherente a la condición humana” (1) y, si no se evita, la SP se puede ver alterada.

Antes de profundizar, es de suma importancia diferenciar una serie de términos relacionados con la SP: En primer lugar, distinguir **accidente** como un “suceso aleatorio imprevisto e inesperado que produce daño al paciente o pérdidas materiales o de cualquier tipo” (4) de **incidente**, que, a diferencia del anterior, no produce daño ni pérdida al paciente. Es decir, es un “suceso que en circunstancias distintas podría haber sido un accidente” (4). En segundo lugar, un **efecto adverso** (EA), también conocido como evento adverso, es aquel “accidente o incidente recogido en la Historia Clínica (H³C³) del paciente que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar” y está relacionado con la asistencia sanitaria. De esta manera tendríamos los **eventos adversos relacionados a medicamentos** (EAM), que abarca tanto la reacción adversa a medicamentos (RAM) como el error de medicación (EM) (5). Así, un **error de medicación** (EM) sería un tipo de EA evitable que se produce debido “a la utilización inadecuada de un medicamento produciendo lesión a un paciente” (4).

Los EAs se producen como resultado de diferentes acciones en el punto de intervención entre pacientes y profesionales, lo que ocasionaría el error humano. La identificación errónea del paciente sigue produciendo a nivel mundial errores en la atención clínica, algunos de los cuales son los EM y por eso forma parte de las soluciones

para la SP propuestas por la colaboración de la OMS y la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) (2).

Estos errores no son comunicados en su totalidad por los profesionales de la salud, pero aun así en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) se notificaron en 2016, 7000 incidentes con o sin daño relacionados con errores de identificación del paciente, el 15% de los cuales se debieron a “errores en la identificación de los pacientes, por ausencia de pulseras identificativas, falta de verificación de la identidad o pulseras identificativas incorrectas” (6).

Diferentes estudios han demostrado los EAs derivados de la actuación sanitaria: En primer lugar, el Estudio Nacional Sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS) (7), indica que el 37,4% de los EAs se relacionan con la medicación como causalidad inmediata más frecuente. Además, el 42,8% de todos los EAs se consideran evitables. Este dato se constata con los de la OMS, que identifica que los EAs relacionados con la medicación son prevenibles en el 28-56% de los casos (8). En cuanto a la incidencia, el 9,3% de los pacientes sufren algún EA relacionado con la asistencia sanitaria, que se traduce en un impacto en el paciente, ya sea provocando una prolongación de la estancia hospitalaria, reingreso, incapacidad e incluso la muerte. Existen dos clases de EAs: Por una parte, estarían aquellos relacionados con el diagnóstico o pruebas diagnósticas. Es en este tipo donde encontraríamos el error de identificación del paciente. Y, por otra parte, tendríamos los relacionados con los medicamentos. En este tipo se incluyen una serie de errores que a su vez se relacionarían con un error previo de identificación errónea del paciente: retraso en el tratamiento, no administración del fármaco pautado, administración de un fármaco contraindicado, reacción adversa medicamentosa o alérgica e intolerancia al fármaco (7).

Otros informes epidemiológicos, como el de Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico (SYREC) (9) y el Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud (APEAS) (10) destacan que la mayoría de los EAs fueron errores de medicación relacionados normalmente con la administración, aunque normalmente sean multifactoriales y evitables. Concretamente, este último indica que un 1,3% de los EAs eran debido a paciente equivocado. En cuanto a factores causales de gestión, el error de identificación de pacientes se da en un 0,3% y que, por categoría profesional, se da más en profesionales de enfermería. El más reciente es el de Eventos Adversos en Residencias

y Centros Sociosanitarios (EARCAS) (11) y es el que mayor prevalencia demuestra en los errores de identificación del paciente, representando 56,8% de los EAs más frecuentes entre los EM, y el que se percibe como menos prioritario.

Como hemos podido comprobar, el error de identificación del paciente forma parte de los errores existentes en las prácticas sanitarias de diferentes ámbitos sanitarios. Por estos motivos, diferentes organizaciones sanitarias han puesto énfasis en la SP y la identificación sistemática y adecuada del paciente como prioridad.

A nivel internacional, la OMS crea la Alianza Mundial para la SP, partiendo de la base de que la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública, y que es necesaria la implicación globalizada y fomentar la investigación para mejorar la SP (8). La JC crea las Metas Internacionales para la SP (MISP), la primera de las cuales es la identificación correcta del paciente (12).

A nivel nacional la Estrategia de SP del Sistema Nacional de Salud desarrollada desde el año 2005, tiene como objetivo promocionar la CS en las instituciones sanitarias (4). Además, el Plan de Seguridad del Paciente en Atención Primaria de 2019-2023 se marca como objetivo general “promover la identificación inequívoca de pacientes”(3). En este sentido, se propone la utilización de unos métodos de confirmación de la identidad del paciente previamente a una serie de procedimientos, entre ellos la administración de medicación (3). Además, el Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos (ISMP) en su Boletín sobre la correcta identificación de los pacientes recomienda una serie de prácticas seguras para prevenir aquellos errores de medicación relacionados con el paciente equivocado (6).

La percepción de los estudiantes de enfermería sobre la educación recibida en su etapa formativa en lo que a farmacología y administración de medicación respecta se analiza en un estudio y, como resultados, tienen respuestas positivas en cuanto a conocimientos teóricos y negativas en la aplicación de éstos a la práctica (13). En concordancia con esta suposición, según un estudio retrospectivo de simulación con pacientes humanos, todos los estudiantes de enfermería cometieron errores basados en reglas. Estos son “hábitos inadecuados” como no seguir un proceso de verificación sistemático al confirmar la identificación del paciente antes de administrar la medicación, a pesar de ser parte de los conocimientos impartidos en la formación teórica (14).

Como opinión personal, mi percepción es que en la formación de Grado de Enfermería de la Universitat de les Illes Balears se ha puesto énfasis, tanto a nivel teórico como práctico, en el cumplimiento de la regla de actuación o *check-list* previo a la administración de medicación llamada “los 5 correctos”, uno de los ítems de los cuales es el “paciente correcto” (15). Sin embargo, aunque parezca obvio o se dé por hecho, pueden darse errores en este último paso, ya sea por el exceso de carga de trabajo o el despiste derivado de interrupciones y distracciones y, en ocasiones, no se comprueba la identidad del paciente antes de administrar medicación.

Sin embargo, a pesar de todos los intentos de mejora y concienciación de la necesidad de una CS mencionados hasta ahora, sigue habiendo errores de paciente equivocado. En el SiNASP y en el Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores “se siguen recibiendo numerosos errores asociados a una incorrecta identificación de los pacientes” (6) .

Los campos donde se producen los errores de identificación de pacientes con más frecuencia son aquellos relacionados con la administración de medicación (2,6), que forma parte de una de las competencias o los roles de los profesionales de enfermería (16). Además, las/os enfermera/os son el último filtro humano por el cual pasa el medicamento hasta llegar al paciente, ya que, son quienes realizan el último paso del proceso de administración que es la administración en sí. Por este motivo, puede ser tanto una herramienta importante para evitar la iatrogenia, y también un riesgo si no se hace de manera adecuada.

Desde un enfoque de la SP y CS y desde la perspectiva de los profesionales de enfermería, y la repercusión que tiene la no identificación o identificación inadecuada del paciente, tanto para el paciente como primera víctima y como en el profesional como segunda víctima (3), sería interesante indagar en la percepción que tienen las/os enfermeras/os respecto a la identificación del paciente antes de administrar medicación.

Por estos motivos se decide llevar a cabo una revisión bibliográfica con la finalidad de conocer cuál es la percepción enfermera en relación a este tema, si se considera realmente importante y forma parte de su práctica clínica diaria, o no. Así, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de los/as enfermeros/as sobre la identificación sistemática del paciente, previa a la administración de medicación?

3. OBJETIVOS

Para responder a esta pregunta, se marcan los siguientes objetivos:

- Objetivo General (OG):

Conocer las competencias, actitudes y conocimientos de los profesionales de enfermería sobre la identificación sistemática del paciente, antes de administrar medicación.

- Objetivos Específicos (OE):

- OE1: Realizar un catálogo de métodos y/o protocolos de identificación del paciente y su relación con la prevención de errores de medicación.
- OE2: Identificar las fortalezas y debilidades del profesional de enfermería para llevar a cabo o no una correcta identificación del paciente.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Para responder a los objetivos planteados, se propone una revisión sistemática de la literatura científica. Después de describir la situación y definir la pregunta científica de investigación, se formuló y estructuró según el formato PICO (17):

- P - Patient or Problem (Paciente o población): Los/as enfermeros/a.
- I - Intervention (Intervención): La identificación sistemática del paciente, previa a la administración de medicación.
- C - Control or Comparison (Control o comparación): La no identificación sistemática del paciente, previa a la administración de medicación.
- O - Outcomes (Resultados): La percepción (Competencias, actitudes, y conocimientos).

A partir de la estrategia PICO y de los objetivos plantados, se extrajeron las palabras clave que conformaron la búsqueda, traducidas del lenguaje natural al lenguaje documental. Se obtuvieron los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) (18) que pertenecen a la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) o los *Medical Subject Headings* (términos MeSH) según la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, y que se encuentran definidos en la Tabla 1. Estos han sido los tesauros de la búsqueda.

Después se procedió a realizar la búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos y metabuscadores. Las bases de datos elegidas han sido **Cuiden Plus, Dialnet, PubMed/Medline, Scielo y SCOPUS**; y los metabuscadores **EBSCOhost e IBECS – Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (BVS)**. En cada una se han utilizado las herramientas de búsqueda avanzada y su funcionalidad para realizar la búsqueda mediante los DeCS. Se escogen debido a que son los principales en materia de las ciencias de la salud, específicas en el campo de la enfermería y algunas ciencias humanas a nivel internacional, literatura española y latinoamericana.

En **PubMed** se ha optado por no utilizar los términos *MeSH* ya que restringían demasiado la búsqueda, además de que los resultados obtenidos eran escasos y sin interés para esta investigación. En cambio, en **Cuiden Plus** se han utilizado las palabras claves de la Fundación Índex. Además, al no poder acceder a la búsqueda avanzada y filtrar según el idioma, también se han seleccionado artículos en portugués.

Esta búsqueda exhaustiva se ha efectuado entre los meses de febrero y abril del año 2019.

Criterios de inclusión y exclusión:

Al realizar la lectura crítica de los títulos y resúmenes de los estudios obtenidos como primer resultado, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión para descartarlos o seleccionarlos.

Criterios de inclusión:

- ✓ Artículos que pasen los filtros iniciales para restringir la búsqueda: fecha de publicación (publicados en los últimos 10 años, es decir, entre enero de 2009 y la actualidad.), idiomas (inglés y español) y límites humanos. En algunas bases de

datos se ha utilizado un filtro adicional, ya que los resultados obtenidos eran muy amplios.

- ✓ Artículos de acceso libre y texto completo.
- ✓ Artículos de investigación primaria y revisiones sistemáticas de la literatura.
- ✓ Artículos que hagan referencia explícitamente a la identificación de pacientes, la administración de medicación y los errores de medicación.
- ✓ Artículos pertenecientes al ámbito de enfermería y con la participación de los profesionales de enfermería.
- ✓ Como soporte a la hora de seleccionar los artículos, se ha utilizado el instrumento CASPe de lectura crítica, por lo que se han considerado válidos aquellos que han pasado las plantillas para cada tipo de artículos.

Criterios de exclusión:

- × Todos aquellos artículos que no cumplan con los criterios de inclusión.
- × Todos aquellos artículos duplicados o repetidos en diversas bases de datos y, por lo tanto, seleccionados previamente.

4.2. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica, este es el conjunto de combinaciones o cruces booleanas utilizadas en cada base de datos y metabuscadores elegidos, así como los resultados obtenidos en cada uno de los procesos de filtrado. Se pueden consultar en la Tabla 2.

Además, por el método en bola de nieve se añadieron los siguientes estudios:

1. Martínez L, Gimeno V, Anglès Coll R, Bañeres J, Torralba L, Manzanera R. Sistemas de identificación de pacientes en hospitales de Cataluña. Rev Calid Asist [Internet]. 2008;23(4):158-63.
2. Henneman PL, Campbell MM, Nathanson BH. Patient Identification Errors Are Common in a Simulated Setting. YMEM [Internet]. 2005;55(6):503-9.

Se ha elaborado un diagrama de flujo a modo de resumen de la estrategia de búsqueda bibliográfica que se puede consultar en el Anexo 1.

Tabla 1: DeCS y su correspondiente definición.

Palabra clave	Descriptor	DeCS en inglés	DeCS en español	Definición DeCS (18)
Identificación sistemática de pacientes	Raíz 1	<i>Patient Identification Systems</i>	Sistema de Identificación de Pacientes	“Procedimientos organizados para establecer la identidad del paciente. Incluye uso de pulseras, etc.”
Administración de medicación	Raíz 2	<i>Medication Therapy Management</i>	Administración del Tratamiento Farmacológico	“Ayuda en el manejo y supervisión de la terapia de droga; programas de prevención de enfermedades que conducen al bienestar para mejorar salud pública; supervisión del uso de la medicación.”
Enfermeras/os	Raíz 3	<i>Nurses</i>	Enfermeros	“Profesionales calificados graduados de una escuela acreditada de enfermería y por el paso de un examen nacional de concesión de licencias para la práctica de enfermería.”
Seguridad del paciente	Secundario 1	<i>Patient Safety</i>	Seguridad del Paciente	“Los esfuerzos para reducir el riesgo, para tratar y reducir los incidentes y accidentes que pueden afectar negativamente a los consumidores de salud.”
Percepciones	Secundario 2	<i>Health Knowledge, Attitudes, Practice</i>	Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud	“Conocimientos, actitudes y conductas asociadas concernientes a cuestiones relacionadas con la salud tales como enfermedades o procesos patológicos, su prevención y tratamiento.”
Errores de medicación	Secundario 3	<i>Medication Errors</i>	Errores de Medicación	“Errores en la prescripción, preparación o administración de medicamentos lo que hace que el paciente no reciba la droga correcta o la dosis apropiada indicada del medicamento.”

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2: Estrategia de búsqueda bibliográfica.

Base de datos o metabuscador	Combinación booleana	Estudios obtenidos tras aplicar los <u>filtros iniciales</u> (publicación < 10 años, inglés y español y límites humanos)	Estudios seleccionados tras la <u>lectura de título y resumen</u>	Estudios seleccionados tras la <u>lectura crítica</u>
Cuiden Plus	("Identificación del paciente" OR "Administración de medicamentos") AND "Enfermería" AND "Seguridad del paciente"	57	6	4
Dialnet	"Sistemas de identificación de pacientes" OR "Administración del tratamiento farmacológico"	17	3	2
EBSCOhost	((patient identification systems) OR (medication therapy management)) AND (Nurses) AND (Perceptions or attitudes or opinion or experience or view or reflection or beliefs) AND (Medication errors in nursing)	58 Filtro adicional: Texto completo	5	4
IBECS	(Patient Identification System OR Medication Therapy Management) AND Nurses	10	0	0
PubMed	("Patient Identification Systems" OR "Medication Therapy Management") AND "Nurses" AND ("Medication error" OR "patient safety")	44	9	9
Scielo	((Patient identification systems) OR (medication therapy management)) AND ((nurses) OR (medication errors) OR (patient safety))	27	4	4
SCOPUS	("Patient identification systems" OR "Medication therapy management") AND "Nurses" AND "Medication errors" AND "Patient Safety" AND ("Perceptions" OR "attitudes" OR "opinion" OR "experience" OR "view" OR "reflection" OR "beliefs")	43 Filtro adicional: Área temática: Enfermería	4	2
TOTAL		256	31	25

Fuente: Elaboración propia.

5. RESULTADOS

Como se ha podido observar en la Tabla 2, se han seleccionado un total de 25 artículos a través de la estrategia de búsqueda bibliográfica. Se incorporaron además dos artículos en bola de nieve, procedentes de las bases de datos **PubMed** y **Dialnet**, sumando finalmente un total de 27 artículos científicos.

Los artículos seleccionados siguen tanto metodologías cuantitativas como cualitativas. La mayoría de ellos, concretamente 20 (74,1%) artículos son de tipo cuantitativo, destacando estudios transversales y descriptivos, tipo encuesta. En cambio 6 (22,2%) artículos son de tipo cualitativo, predominando las entrevistas semiestructuradas y las etnografías. Además, 1 artículo (3,7%) es de metodología mixta.

En cuanto al idioma predominan sobre todo los artículos en inglés, con un resultado de 17 (62,9%). Del resto, 5 (18,5%) son en español, y otros 5 (18,5%) son en portugués.

La gran mayoría de artículos pertenecen al ámbito de la atención hospitalaria, destacando los que se desarrollan en pediatría, áreas diferentes de hospitalización en general, urgencias, cuidados intensivos y unidades quirúrgicas.

Haciendo referencia al grado de evidencia y recomendación, todos los estudios cualitativos se han considerado adecuados para responder a la pregunta de investigación tras haber superado el *check-list* recomendado por las plantillas CASPe. No todos los estudios cuantitativos seleccionados finalmente superan al cien por cien el cuestionario de dichas plantillas, ya que cuentan con una serie de limitaciones significativas. Sin embargo, por los resultados y conclusiones que estos aportan, se han considerado válidos y útiles para responder con un grado de confianza a esta pregunta de investigación.

Como limitaciones de esta revisión se destacan, a parte de las contradicciones en un mismo estudio, el hecho de no poder extrapolar los resultados de una unidad u hospital a otros. Además, la selección no siempre ha sido aleatoria y los participantes conocían el objetivo o hipótesis a demostrar en el estudio. También sería mejorable el tamaño muestral y la baja tasa de participación de algunas muestras. En esta temática de estudios, se ha recomendado utilizar la observación directa de la práctica clínica como método de tomas de datos, y no solo la opinión de los profesionales.

Por último, se recoge en una tabla el resumen que se realizó tras un proceso de lectura crítica y análisis, donde aparecen los siguientes datos de cada artículo: *autores, año de publicación, base de datos de procedencia, tipo de estudio, tamaño de muestra y ámbito*. Se ha prestado especial atención a la percepción de los profesionales de enfermería sobre la identificación del paciente (*objetivo general*), a los métodos que se utilizan para llevarla a cabo (*objetivo específico 1*) y cuáles son las debilidades o fortalezas con las que cuentan (*objetivo específico 2*). Los resultados y conclusiones más relevantes se encuentran expuestas en el Anexo 2.

6. DISCUSIÓN

Los resultados y conclusiones obtenidos de la lectura crítica de los artículos seleccionados se han dividido en diversas temáticas:

Consciencia o identificación del riesgo:

La percepción de riesgo (PR) que tienen las/os enfermeras/os sobre situaciones cotidianas de la práctica clínica enfermera y que afectan a la SP es la primera estrategia para el establecimiento de una CS en el ámbito sanitario (19). Estos riesgos son percibidos debido a las señales de riesgo adquiridas con la educación, conocimientos y la intuición de la experiencia previa (19–21). Las/os enfermeras/os identifican que los pacientes están expuestos a unos riesgos inherentes al proceso de cuidar, relacionados con la administración de medicación, por los cuales muestran preocupación ya que son los responsables (19,20,22): *Riesgo de error de administración de medicación (19,20), falta de seguridad, comunicación inadecuada en el proceso de administración de medicamentos e implementación de metas como la identificación de pacientes (20)*.

Pocas/os enfermeras/os son conscientes de que han cometido un error o no lo definen como tal (23) y solo una minoría detecta un potencial de riesgo en la identificación errónea del paciente o es el factor con menor riesgo en hospitalización, destacando la identificación inadecuada de pacientes con el mismo nombre y apellidos (24). Sin embargo, al cometer EM desarrollan respuestas emocionales de preocupación o violación de la confianza del paciente, incluso, culpabilidad, vergüenza y pérdida de

imagen profesional, además de sentimiento de fallo del sistema (25) y muestran preocupación por la falta de procesos formales de identificación del paciente (22), por lo que están implicados en la SP. Los protocolos de identificación de pacientes se utilizan cuando hay mayor PR para el paciente (19,26). La PR para el paciente se ve aumentada o disminuida según diferentes factores:

- Aumenta la PR: Cansancio, carga excesiva de trabajo y agobio por la *ratio* enfermera-paciente, falta de tiempo (19,27), situaciones relacionadas con la medicación (19,22), situaciones y procedimientos que no son familiares o rutinarios, que provocan incertidumbre, invasivos, difíciles de revertir, estado grave del paciente, experiencias o historias previas con daño al paciente (teniendo más impacto que la educación formal) (19) y el temor a cometer errores de medicación en entornos nuevos (22).
- Disminuye la PR: situaciones y procedimientos conocidos y rutinarios, aumentar la atención y la repetición de pasos antes del proceso para no equivocarse y uso de recursos disponibles antes de tomar una decisión (19).

Competencias, actitudes y conocimientos:

En el ámbito de pediatría, la identificación del paciente antes de administrar medicación es un método barrera, por tanto de prevención de errores que se basa en una adherencia de la CS del paciente, aunque sigue siendo un “talón de Aquiles relacionado con la medicación” (21). Las/os enfermeras/os conocen por qué se realiza y los beneficios de la identificación del paciente durante el proceso de administración de medicación. Opinan que utilizar la pulsera de identificación, es vital y esencial para la SP, ya que previene EM, que se producen por fallos en la identificación del paciente, al evitar la administración de medicación a un paciente incorrecto (21,28–30). Se destaca el compromiso de las/os enfermeras/os (30). Por lo tanto, consideran que se deberían tener en cuenta los 5 correctos de la administración de medicación, incluyendo la identificación correcta del paciente (21,31). Además, piensan que es una manera de respetar el derecho del paciente y evitar las consecuencias que también sufrirán las/os enfermeras/os (29). Sin embargo, hay discrepancia entre estas opiniones y las actitudes que llevan a cabo: unos estudios indican que un bajo porcentaje y menor que en otros ámbitos de pacientes pediátricos están bien identificados (28,32), y según otros, hay una alta prevalencia del uso de métodos de identificación de pacientes (26,30). A pesar de recibir formación sobre

la identificación de los pacientes y técnicas de SP, no se encontraron estrategias ni estándares para identificar los pacientes durante la administración de medicación (31). Además, destacan la falta de conocimientos y capacitaciones relacionadas con la SP (21).

En general en diferentes ámbitos las/os enfermeras/os también tienen una percepción de importancia de la identificación del paciente antes de administrar medicación para garantizar la SP (24,27,33). Manifiestan que la comprobación de la identidad del paciente con las pulseras de identificación es dominio de las/os enfermeras/os y la verifican de forma rutinaria al realizar la administración de medicación, ya que está bajo su control evitar EM y es su responsabilidad garantizar la SP (25,27). A pesar de conocer sus beneficios, también hay contradicciones ya que, el 82% conocían por qué se usaban los brazaletes identificativos y que evitaban EM, pero solo el 20% revisan los datos antes de administrar medicación, no se sienten implicados en el proceso o se utiliza de forma escasa, trivial y rutinaria (26,27). Reconocen que no tienen “suficiente información sobre estrategias organizativas para disminuir los errores de medicación” y necesitan mejorarlas (25,33).

Según los estudios desarrollados en unidades de cuidados intensivos y urgencias, las/os enfermeras/os opinan que la identificación del paciente es una medida proactiva que mejora la SP y evita EM. La identificación inadecuada del paciente admite riesgo de error de administración de medicación, por lo que se tiene que realizar antes de cualquier procedimiento (32,34). Hay estudios que destacan la existencia de un alto porcentaje de profesionales que no realizan una doble verificación de la identidad del paciente para procedimientos invasivos, a pesar de no manifestar muchas barreras, que da lugar a una identificación errónea del paciente (34,35).

En los ámbitos de quirófano y oncología igualmente se encuentran discrepancias entre los resultados teóricos y los prácticos. Las/os enfermeras/os manifiestan confianza e importancia de los protocolos y pautas sobre identificación pacientes ya que creen que su uso evita EM y errores de identificación del paciente, por lo que es efectivo para la SP (36,37). Además, el valor emocional añadido al verificar la identidad con otro compañero, la existir métodos como el doble *check-list* porque el riesgo que puede tener el paciente en estas unidades es mayor, implica una responsabilidad compartida y mayor implicación (36). Sin embargo, se ha demostrado que hay una falta de verificación de la identidad del paciente antes de la administración de medicación. Esto se debe a que no perciben

aumento de la SP con la doble verificación de la identificación, por lo que no hay un cumplimiento de las guías y políticas y se dan EM (23,36).

En el ámbito quirúrgico, el reconocimiento del paciente (visualmente, conociendo su régimen de medicación, y de manera holística debido a la relación enfermero-paciente) (27) no se considera un método ideal de identificación del paciente. Al igual que tampoco en otras áreas donde hay mucha rotación de pacientes, como emergencias, pues hay más margen de riesgo y no es seguro para el paciente (22,32). En cambio, en psiquiatría u otros ámbitos donde hay pocas camas o *ratio* enfermera-paciente baja, se considera un método seguro ya que “no es difícil recordar el nombre y la cara del paciente” (22).

Es en estos ámbitos específicos, donde el riesgo para el paciente es mayor, donde más estrategias de comprobación se desarrollan, como la doble verificación (*double check*) o los correctos de la medicación (37) o el protocolo “tiempo muerto” (*time out*), del cual el 93% piensa que aumenta y se correlaciona directamente con la SP. En este sentido, se consideró la confirmación de la identidad del paciente como “muy importante” (38).

El ámbito de psiquiatría es especial, ya que, según un estudio cuantitativo (22), en las unidades de hospitalización de salud mental existe la llamada “cultura de no uso de la pulsera”. Su uso supone una dificultad en pacientes agitados o angustiados, se cree que es un estigma para el paciente y no hace falta que se sientan institucionalizados. Sin embargo, manifiestan la importancia de su uso, y comentan su aceptabilidad en unas situaciones concretas:

- Familiaridad con la pulsera del paciente, porque ya lo llevaba en otra unidad.
- Por el hecho de estar ubicados en una unidad más del hospital.
- Es un útil en pacientes que no pueden confirmar su identidad verbalmente o eficazmente, como por ejemplo pacientes de avanzada edad.
- Para identificar la identidad del paciente de manera rutinaria cuando van a realizarle terapia electroconvulsiva, porque contribuye en la SP. El estudio destaca “la contradicción existente en no extender estas mismas preocupaciones a la verificación de la identidad del paciente durante la medicación administración” (22).

La opinión de las/os enfermeras/os aquí también es positiva hacia el uso de la pulsera, como un estándar de calidad, estrategia para asegurar la SP y evitar EM a través de la identificación del paciente (22).

Métodos y/o protocolos de identificación del paciente:

Como método de identificación de pacientes más utilizado, tanto en ámbitos pediátricos como en adultos, según 14 de los estudios (21-34), encontramos el uso de pulseras de identificación o brazaletes identificativos, como un método técnico (22). Entre los beneficios que se comentan de su uso, destacan la disminución entre un 50-56% o la prevención de los EM (23,26,28), el bajo coste que su uso supone (30), el poder asegurar unos cuidados seguros para el paciente y aumentar el éxito del tratamiento (29), poder identificar con precisión la identidad del paciente, independientemente de la capacidad del paciente para confirmarla con exactitud (34) y también, por ser una práctica rutinaria (22). Sin embargo, el hecho de que el paciente sea portador de una pulsera identificativa, no garantiza que se cumpla la identificación correcta del paciente antes de administrar medicación (40).

Los datos mínimos imprescindibles que deberían contener las pulseras de identificación según las últimas recomendaciones varían en el paciente adulto del pediátrico. En el adulto se requieren un mínimo de dos indicadores, siendo los más usados el nombre y apellidos del paciente y su número de H^aC^a (26,27,32-34,39). En cambio, en el paciente pediátrico se recomiendan al menos tres datos identificativos, en concreto el nombre completo y la fecha de nacimiento del paciente y el nombre completo de la madre (21,29).

Además de los datos mencionados, otra información utilizada en las pulseras de identificación incluye fecha de nacimiento del paciente (29,34,41), código de barras (28,32,35), siglas identificativas, nombre o logo del hospital (28,32), unidad hospitalaria en la que se encuentra ingresado el paciente (28), sexo, código de identificación personal (33), e integridad y visibilidad de ésta y de los datos que contiene (30).

Un estudio propone la identificación del paciente mediante el número de cama como un método válido (33). Sin embargo, en contraposición a este, otra serie de estudios clasifican esta manera como un método erróneo o mala práctica de identificación del

paciente (26,27,29,30,37,41). Otros datos que no son válidos o no suponen una identificación del paciente adecuada serían el número de habitación, el diagnóstico, las características físicas y psicológicas del paciente o el acuerdo pasivo (proponer el nombre del paciente) (26,41), ya que no son indicadores confiables (30), pues pueden variar a lo largo del ingreso hospitalario. Por ejemplo, en las unidades de emergencias pueden dar lugar a confusión, debido a la necesidad de urgencia en la toma de decisiones y el elevado número de camas (28).

Haciendo referencia al uso de código de barras en las pulseras identificativas, es un método que utiliza la tecnología mediante un escáner para verificar la identidad del paciente y que esta coincida, por ejemplo, con el código de barras de la medicación a administrar (34). Puede disminuir el error de identificación errónea del paciente en un 70% (30), razón por la que muchos estudios la consideran una de las técnicas más seguras. Sin embargo tiene un coste elevado y por eso no se utiliza tanto como la pulsera clásica (21,25,27,30,33,34,36,41). Otros métodos tecnológicos sugeridos son la identificación por radiofrecuencia o con sistemas biométricos, como la huella digital o el escáner de iris (33).

A parte del uso de la pulsera identificativa, se mencionan también otros métodos que se pueden dividir en dos tipos:

- Técnicos: uso de fotografías del paciente (22,24,38), etiquetas o documentos de identidad (24), listado de los pacientes (27), placas informativas en la cabecera del paciente y adhesivos en la ropa (30).
- Interpersonales: el más utilizado es la verificación de los datos de la pulsera (nombre y/o fecha de nacimiento) con los datos de la H^aC^a, los que la familia proporciona o preguntando al propio paciente para confirmar su identidad (22–24,30,32,34,35).

Otras estrategias propias (27) a destacar son la verificación consultando con otra/o enfermera/a, la “lista/doble verificación” (*double check/check-list*), iniciar una conversación con el paciente mediante introducciones verbales a través de las cuales se presenta al paciente y se pregunta por su nombre (22,27) y controles subrepticios de la pulsera de identificación mientras se examina al paciente o se prepara la medicación (27,42). La secuencia de fijación ocular o escáner visual de la información de la pulsera, de la H^aC^a del paciente o de los datos del medicamento, influye en la detección de errores.

En pediatría y psiquiatría, por ejemplo, donde los pacientes pueden tener una dificultad para la comunicación, se destaca el uso de la compañía de los padres o familiares como un método válido. En cambio, no es adecuado identificar al paciente pediátrico, psiquiátrico o persona mayor preguntando al propio paciente, pues la información puede no ser fiable (22,29,30).

El uso de protocolos específicos que impliquen identificar siempre al paciente antes de la administración de la medicación, o no hacerlo si los pacientes no son portadores de pulsera identificativa, serían unos métodos fiables para garantizar que se comprueba la correcta identidad del paciente previa a la administración del tratamiento farmacológico (24,26). Por último, otras estrategias como el “tiempo muerto” (*time out*) en unidades quirúrgicas, y el seguimiento de los 5 o 9 correctos, permitirían verificar la identidad correcta del paciente antes de administración de medicación (21,26,38). Las demás prácticas mencionadas hasta ahora no son útiles “a no ser que los identificadores de pacientes se comprueben antes de administrar medicamentos” (40).

En el Anexo 3 se puede ver el catálogo elaborado sobre métodos de identificación del paciente, ordenados de más a menos prevalentes, a partir de los datos obtenidos.

Fortalezas y debilidades:

Las fortalezas o facilitadores de las/os enfermeras/os para realizar la identificación del paciente son:

- Mayor formación/educación en SP y nivel formativo en enfermería (22,32,38,39,41).
- Existencia de protocolos de identificación de pacientes en la unidad o adherencia a la CS (27,39).
- Menor experiencia en la profesión o en el área (34) y menor edad (43); en contraposición con otros estudios que identifican la falta de conocimientos, entrenamiento e inexperiencia como un riesgo de cometer errores (25,37,44,45).
- Preocupación del profesional en realizar tareas prácticas en busca de mejores resultados (20).
- Presencia de supervisión (32,43).
- Sistemas de identificación de pacientes es mayor en centros grandes, utilizando normalmente pulseras, aunque está peor implantado; en cambio en centros

pequeños se da menos, no se utiliza a menudo pulseras con la creencia de conocer al paciente, pero los protocolos existentes están mejor implantados (33).

Las debilidades o barreras que más se destacan como impedimentos de la identificación de los pacientes o causas de los EM son:

- Falta de tiempo, carga de trabajo excesiva, prisa y ratio enfermera-paciente insuficiente (20,22,25,27–29,37,44,45).
- Factores ambientales: Interrupciones y distracciones, ambiente agitado y rápido, cansancio físico, estrés, iluminación, ruido y sala de preparación de medicación no adecuada o alejada de las habitaciones de los pacientes (23,25,27,37,43–46). En discrepancia con estos datos, dos estudios hallan que las distracciones e interrupciones al realizar conversaciones ajenas al proceso de preparación y administración durante el mismo proceso, aumenta la identificación del paciente y la detección de errores en la identidad del paciente (41,42).
- Cultura de “conocer al paciente”, dar por hecho que otro lo ha comprobado, costumbre, familiaridad y mecanización de la tarea, seguir rutinas y exceso de confianza (22,23,27,29,37,41).
- Olvidos, desatención o negligencia (27–29,37,44) o falta de motivación (20).
- No disposición de pulseras y otros recursos materiales e infraestructurales (20,28,37) o retirada por los propios pacientes (22,28,30,33).
- Incomodidad para los pacientes provocada por las pulseras identificativas (26,27,29). Esta es un creencia errónea ya que los pacientes no manifestaron que les resultara incomodo (26).
- Molestias para las/os enfermeras/os provocadas por las pulseras identificativas para canalizar vías, extracciones y otros procedimientos de enfermería y no se volvían a colocar (26,30,33) o era muy grande para pacientes pediátricos (30).
- Falta de consciencia, dudas sobre de quien es la responsabilidad o pensar que no hay necesidad de hacerlo (28,30,33).
- Variabilidad clínica, donde incluso enfermeras/os que trabajan en la misma unidad y siguen las mismas rutinas, tienen conductas diferentes de preparación y administración de medicación (20,37).
- Método impersonal y no profesional de comprobar la pulsera excesivamente y preguntar repetidamente al paciente su nombre, perjudicial para la relación

enfermera-paciente o para la profesionalidad (27) o pensar que estigmatiza o institucionaliza al paciente (22).

- Ignorar recomendaciones y protocolos (23), por ejemplo identificar al paciente por el nombre habitación o cama (27), o no seguir los 5 correctos (25); e incluso ausencia de protocolización (20).

Implicaciones y mejoras:

Las implicaciones de la investigación y mejoras que sugieren coinciden en la mayoría de los estudios analizados:

El ítem que más destaca es la necesidad de educación continuada, formación y capacitación de las/os enfermeras/os mediante cursos de reciclaje y ejemplos de historias reales, sobre la SP y la CS (21,23,24,27–29,31,32,34,35,37,39–41,44,46). Además, junto a la educación, es imprescindible el compromiso, la iniciativa, implicación, consciencia y participación de las/os enfermeras/os en la SP (21–23,30,31,38) en las políticas y protocolos adoptados por la institución sanitaria sobre la correcta identificación de pacientes. Estos pueden ser nuevos o actualizaciones de los ya existentes, pero lo que es necesario es que haya una estandarización de las prácticas de identificación de los pacientes para evitar EM (21,23,24,30,33,37,39–41,45).

Para ello, previamente las/os enfermeras/os tienen que estar informados y sensibilizados sobre la importancia de la identificación sistemática de los pacientes para la seguridad de la medicación y la SP (19–22,26,33,41) y sobre las estrategias de verificación precisa de la identidad del paciente antes de la administración de medicación, haciendo énfasis en la CS como un eslabón prioritario en la SP (22,28).

Además se menciona el cambio de actitud de las/os enfermeras/os (20,41,45), la comunicación efectiva entre el equipo (38), un entorno de trabajo libre de distracciones (36,43,46), cambiar la cultura punitiva de los EM por una de CS y de reconocimiento y aprendizaje de los errores (31,37,44) y una evaluación y seguimiento de la adherencia y cumplimiento de los protocolos y recomendaciones (29,33,46).

7. CONCLUSIONES / IMPLICACIONES

Tras el análisis de los resultados obtenidos de esta revisión bibliográfica se puede concluir que la percepción de las/os enfermeras/os sobre la identificación del paciente antes de administrar medicación, es, en general, de importancia para la SP y de prevención de los EM. Sin embargo, hay contradicciones entre estas opiniones y las actitudes que se llevan a cabo, pues a pesar de tener una consciencia del riesgo que la no identificación de los pacientes antes de la administración de medicación no existe una adherencia total de las prácticas implantadas.

Como se ha podido ver, existen gran variedad de métodos de identificación del paciente, destacando como el sistema más utilizado las pulseras de identificación. También son métodos útiles la comprobación de la identidad con el paciente y con la H^aC^a.

Sin embargo, éstos no son útiles para garantizar la correcta identificación de los pacientes antes de la administración de medicación si la información de estas no se comprueba previamente. Para ello, es necesario la implementación y la adherencia a una serie de protocolos de identificación del paciente estandarizados para el sistema sanitario, que asegure esta comprobación. Unos ejemplos serían la regla de los 5 correctos de la administración de medicación o la doble verificación antes de administrar la medicación.

Es necesaria la formación continuada de las/os enfermeras/s en administración de medicación, los riesgos que pueden suponer para el paciente, y la importancia de la CS, para adoptar nuevas actitudes que beneficien y proporcionen seguridad al paciente, ya que, aunque la SP sea una meta interiorizada por tantísimas organizaciones sanitarias, esta concepción no ha llegado a interiorizarse totalmente en las actitudes de los profesionales de enfermería.

Como implicaciones para la práctica enfermera, sería interesante la realización de un protocolo de identificación de los pacientes previa a la administración de medicación concreto y sistematizado. Además, nuevas investigaciones podrían analizar la causalidad de los errores de identificación de los pacientes antes de administrar medicación y no solo la prevalencia de estos, así como la percepción concreta de las/os enfermeras/os sobre este paso previo.



Por lo tanto, podemos afirmar que se ha podido responder la pregunta de investigación planteada al inicio de este trabajo y se han cumplido los 3 objetivos marcados.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017;28(5):785-95.
2. OMS, Joint Comission Internacional. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente - Mayo 2007 [Internet]. Disponible en la página web de la Organización Mundial De la Salud: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANI SH.pdf?ua=1>
3. Oliver Rosset, Etel; Guerrero Bernat, Sara; Soler Mieras, Aina; Cabrer Palomés, Joan F.; Roca Casas A. Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2019-2023 [Internet]. Palma; 2018. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1783/plan-estrategico-seguridad-paciente-2019-2023-es.pdf>
4. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud - 2015-2020 [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia Seguridad del Paciente 2015-2020.pdf>
5. Elisa Bauer de Camargo Silva A, Max Moreira Reis A, Inocenti Miasso A, Oliveira Santos J, Helena De Bortoli Cassiani S. Eventos adversos causados por medicamentos en un hospital centinela del Estado de Goiás, Brasil. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011;19(2):9.
6. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación [Internet]. Disponible en: www.ismp-espana.org ismp@ismp-espana.org
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 [Internet] 2006. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente

- La Investigación en Seguridad del Paciente [Internet]. Ginebra; 2008. Disponible en:
https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
9. Ministerio de Sanidad e igualdad. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007 [Internet]. Disponible en:
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/syrec.pdf>
 10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet]. 2008. Disponible en:
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>
 11. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. ESTUDIO EARCAS, Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios [Internet]. Disponible en:
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/earcas.pdf>
 12. Joint Comission Internacional. International Patient Safety Goals (IPSG) [Internet]. 2017. Disponible en:
https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_2017_IPSG_Infographic_062017.pdf
 13. Preston P, Leone-Sheehan D, Keys B. Nursing student perceptions of pharmacology education and safe medication administration: A qualitative research study. Nurse Educ Today [Internet]. 2019;74:76-81.
 14. Henneman EA, Roche JP, Fisher DL, Cunningham H, Reilly CA, Nathanson BH, et al. Error identification and recovery by student nurses using human patient simulation: Opportunity to improve patient safety. Appl Nurs Res [Internet]. 2010;23(1):11-21.
 15. Elliott M, Liu Y. The nine rights of medication administration: an overview. Br J Nurs [Internet]. 2010;19(5):300-5.

16. Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears. Competencia de las enfermeras [Internet]. Disponible en: <https://www.infermeriabalealear.com/imagenes/uploads/files/25042018103519-competenciasenfermerascastellanopdf.pdf>
17. Santos CM da C, Pimenta CA de M, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2007;15(3):508-11.
18. DeCS - Descriptores en Ciencias de la Salud [Internet]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
19. Pamela T, Angela G, Donna M, Seonghum H, Claudia B, Jayant D. Nursing perception of risk in common nursing practice situations. J Healthc Risk Manag. 2012;32(2).
20. Oliveira RM, Leitão IMT de A, Silva LMS da, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. Esc Anna Nery - Rev Enferm. 2014;18(1).
21. Souza FT de, Garcia MC, Rangel PPDS, Rocha PK. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. Rev Enferm da UFSM. 2014;4(1):152-62.
22. Kelly T, Roper C, Elsom S, Gaskin C. Identifying the «right patient»: Nurse and consumer perspectives on verifying patient identity during medication administration. Int J Ment Health Nurs. 2011;20(5):371-9.
23. Dougherty L, Sque M, Crouch R. Decision-making processes used by nurses during intravenous drug preparation and administration. J Adv Nurs. 2012;68(6):1302-11.
24. Bartlová S, Hajduchová H, Brabcová I, Tóthová V. Patient misidentification in nursing care. Neuroendocrinol Lett. 2015;36(January):17-22.
25. Jones JH, Treiber L. When the 5 Rights Go Wrong. J Nurs Care Qual. 2011;25(3):240-7.

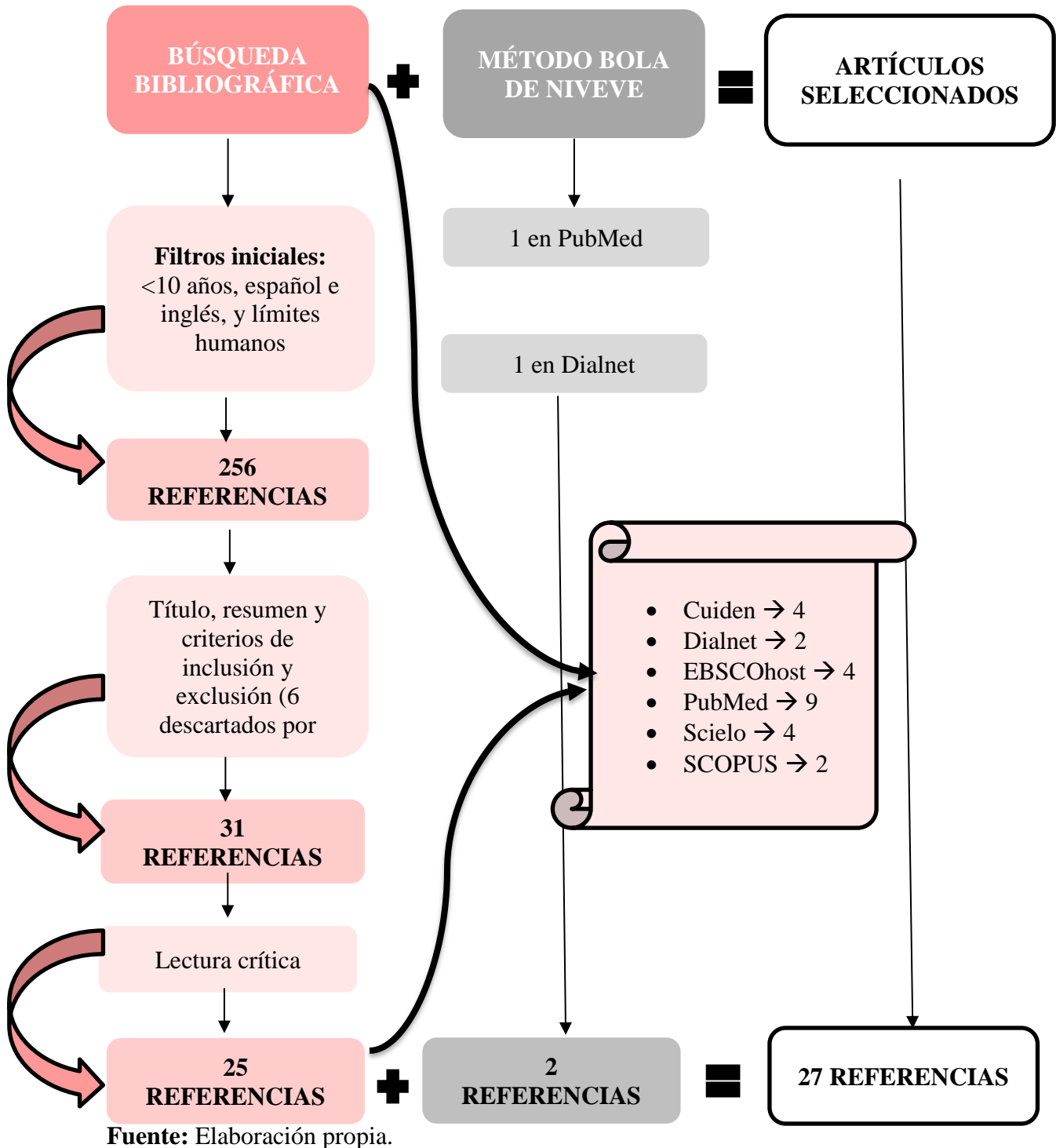
26. Martínez-Ochoa EM, Cestafe-Martínez A, Soledad Martínez-Sáenz M, Belío-Blasco C, Caro-Berguilla Y, Rivera-Sanz F. Evaluación de la implantación de un sistema de identificación inequívoca de pacientes en un hospital de agudos. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2010;135(SUPPL.):61-6.
27. Phipps E, Turkel M, Mackenzie ER, Urrea C. He thought the «lady in the door» was the «Lady in the window»: A qualitative study of patient identification practices. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2012;38(3):127-34.
28. Nora Dackiewicz, Laura Viteritti, Valeria Fedrizzi, Inés Galvagno, Juan Carlos Ferrería, Nancy Boada, Graciela Calle, Marcela Rousseau, Juan Díaz, Elizabeth Enriquez, Nelly Villalonga, Ana Brul, Silvia Pietanese MP y BM. Evaluación de la opinión del equipo de salud y padres sobre la identificación de los pacientes pediátricos. *Arch Argent Pediatr*. 2011;109(2):105-10.
29. Souza S de, Rocha PK, Cabral PF de A, Kusahara DM. Use of safety strategies to identify children for drug administration. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(1):06-11.
30. Hoffmeister LV, Moura GMSS de. Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(1):36-43.
31. Souza S de;, Tomazoni, Andréia; Rocha PK, Cabral PF de A, Souza AIJ de. Identificação da criança na pediatria: percepções dos profissionais de enfermagem. *Rev Baiana Enfermagem* [Internet]. 2015;29(1):5-11.
32. César CG, Pablo NV, María Carmen GM, María Carmen VM, Rocío MH, María Dolores FB. Nursing competition in the unambiguous identification of patients at a university hospital. *Nure Inv*. 2015;13(80):1-7.
33. Martínez L, Gimeno V, Anglès Coll R, Bañeres J, Torralba L, Manzanera R. Sistemas de identificación de pacientes en hospitales de Cataluña. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2008;23(4):158-63.
34. Henneman PL, Campbell MM, Nathanson BH. Patient Identification Errors Are Common in a Simulated Setting. *YMEM* [Internet]. 2005;55(6):503-9.

35. Mahmood A, Chaudhury H, Valente M, Martínez L, Gimeno V, Anglès Coll R, et al. Evaluación de la implantación de un sistema de identificación inequívoca de pacientes en un hospital de agudos. *Nurs Heal Sci*. 2011;18(1):42-9.
36. Schwappach DLB, Taxis K, Pfeiffer Y. Oncology nurses' beliefs and attitudes towards the double-check of chemotherapy medications: A cross-sectional survey study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1-9.
37. Corbellini, Valéria Lamb; Lore Schilling, Maria Cristina; Frantz, Solange Fassbinder; Gonçalves Godinho, Tatiana; Urbanetto J de S. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. *REBEn*. 2011;64(2):241-7.
38. Nilsson L, Lindberget O, Gupta A, Vegfors M. Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: A 1-year follow-up of personnel attitudes. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2010;54(2):176-82.
39. Hemesath MP, Santos HB dos, Torelly EMS, Barbosa A da S, Magalhães AMM de. Educational strategies to improve adherence to patient identification. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;36(4):43-8.
40. Juarez A, Gacki-Smith J, Bauer MR, Jepsen D, Paparella S, VonGoerres B, et al. Barriers to emergency departments' adherence to four medication safety-related joint commission national patient safety goals. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2009;35(1):49-59.
41. Härkänen M, Kervinen M, Ahonen J, Turunen H, Vehviläinen-Julkunen K. An observational study of how patients are identified before medication administrations in medical and surgical wards. *Nurs Heal Sci*. 2015;17(2):188-94.
42. Marquard JL, Henneman PL, He Z, Jo J, Fisher DL, Henneman EA. Nurses' Behaviors and Visual Scanning Patterns May Reduce Patient Identification Errors. *J Exp Psychol Appl*. 2011;17(3):247-56.
43. Mahmood A, Chaudhury H, Valente M. Nurses' perceptions of how physical environment affects medication errors in acute care settings. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2011;24(4):229-37.

44. Pereira M, Marinho C. Vivência de enfermeiras (os) acerca dos incidentes relacionados à administração de medicamentos em terapia intensiva Nesse contexto , a Agência de Vigilância Sanitária define incidente como “ um evento ou circunstância que conseqüências para o indivíduo. J nurs Heal. 2018;8(2):1-14.
45. Mohammad Ali Cheragi, Manoocheri Humano EM y SRE. Types and causes of medication errors from nurse’s viewpoint. Iran J Nurs Midwifery Res [Internet]. 2013;18(3):228-31.
46. Choo J, Johnston L, Manias E. Nurses’ medication administration practices at two Singaporean acute care hospitals. Nurs Heal Sci. 2013;15(1):101-8.

9. ANEXOS

Anexo 1: Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda bibliográfica.



Anexo 2: Tabla de las publicaciones científicas incluidas en este Trabajo de Fin de Grado

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
D. L. B. Schwappach, Katja Taxis y Yvonne Pfeiffer	Creencias y actitudes de las enfermeras oncológicas hacia la doble verificación de medicamentos de quimioterapia: un estudio de encuesta transversal	Estudio cuantitativo transversal tipo encuesta	<p>OE1 → Soluciones técnicas como el escaneo de códigos de barras / cabecera no serían mejores alternativas a la doble verificación humana (debido a la falta de uso).</p> <p>OE2 → Las enf. que trabajaron >40h/semana → puntuaciones medias de autoeficacia > en comparación con las que trabajaron menos horas en la atención al paciente.</p> <p>→ La autoeficacia, las normas percibidas y las características personales y relacionadas con el trabajo no determinaron las creencias sobre la efectividad y la utilidad del control doble.</p> <p>→ A + experiencia personal en el escaneo de códigos de barras, creencias menos firmes en cuanto a la efectividad de double-check.</p>
Año de publicación: 2018			
Base de datos de procedencia: EBSCOhost			
<p>OG: Doble verificación.</p> <p>→ Creer en la efectividad y utilidad / Es la tarea central para la seguridad de los medicamentos / >80% buena práctica en oncología es necesario que se implante para medicamentos peligrosos, beneficios en SP y que, si no se realizase, aumentarían las amenazas en los pacientes. Saben que verificación se tiene que hacer para cada medicación. / + autoeficacia percibida para asegurar verificación correcta de la identidad del paciente → razón por la que la práctica esta tan proliferada. EM son r/c falta de atención del personal individual / errores interceptados por controles redundantes / Estas creencias coexisten con un acuerdo inequívoco sobre el impacto de los factores ambientales en la SP.</p>			
Costa, Milena Pereira; Picanço, Carina Marinho; Batalha y Edenise Maria Santos da Silva	Vivencia de enfermeras(os) acerca de incidentes relacionados a la administración de medicamentos en terapia intensiva	Estudio cuantitativo, descriptivo y exploratorio	<p>OE2 → El multiempleo puede producir estrés, sueño, cansancio, falta de concentración → la falta de conocimiento y la inexperiencia en terapia intensiva, contribuyen al aumento de la incidencia de esos eventos.</p> <p>Factores contribuyentes: falta de atención, sobrecarga de trabajo, prisa, cansancio y error de prescripción, como los más frecuentes, que además son causas de EAs.</p> <p>La educación permanente, entrenamiento y capacitación, ratio adecuada para reducir carga horaria, y cuidado seguro / participación y adherencia PS, buscar actitudes y comportamientos enfocados al compromiso con la CS.</p>
Año de publicación: 2018			
Base de datos de procedencia: Cuiden			
<p>OG → Todos los enf. afirmaron haber vivido o presenciado un incidente r/c administración de medicación y + de ½ ocurrió + de 3 veces, lo que revela que es un hecho frecuente / Tipos incidentes: Paciente equivocado (<i>que, aunque no es el más frecuente, se sigue dando según el 12%</i>) → medicamento administrado en un paciente equivocado (24,4%) en otro estudio.</p>			
Pamela Trevino, Angela Green, Donna Middaugh, Seonghum Heo, Claudia Beverly and Jayant Deshpand.	Percepción del riesgo por parte de la enfermería en situaciones comunes de enfermería.	Estudio cualitativo etnográfico	<p>OE2 → 3 factores globales:</p> <p>1. Identificación del riesgo: r/c riesgos conocidos y familiaridad vs. Incertidumbre. Identificaron riesgo para el paciente basado en su conocimiento, educación y experiencia.</p> <p>2. Evaluación del riesgo: r/c historias de guerra, impacto y recursos. Prefieren la opinión y la experiencia de otras enf. Que otros recursos clínicos expertos, como políticas o referencias formales.</p> <p>3. Decisiones: r/c acciones de enfermería. Sus acciones tienen el potencial de aumentar o disminuir el riesgo para los pacientes / la responsabilidad de la decisión recae en la enfermera influenciada por entorno.</p>
Año de publicación: 2017			
Base de datos de procedencia: Pubmed			
<p>OG → Protegen a los pacientes de cualquier daño ya que interceptan o identifican posibles EM. / Las enf. perciben los riesgos a través de las señales de riesgo aprendidas y la intuición basadas en la experiencia previa. Buscan el consejo y la asesoría de compañeros de trabajo en lugar de otras fuentes expertas → Familiaridad → Aumentar la conciencia sobre los riesgos/ fomentar una CS.</p>			

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
César Carrillo-García, Pablo Noguera-Villaescusa, María Carmen García-Moñino, María Carmen Vivo-Molina, Rocío Martínez-Hurtado y Dolores Flores-Bienert.	Competencia de enfermería en la identificación inequívoca de los pacientes de un hospital universitario	Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal Tamaño de muestra: N=554 pacientes Ámbito: Cuidados intensivos y urgencias	OE1 → Brazaletes o pulsera identificativa, verificación con H ^o C ^o paciente y / familia (activa (con los documentos acreditativos de identidad, preguntando al paciente su nombre, o confirmando la identidad con el familiar o acompañante) OE2 → A > formación PS en cultura SP y nivel formativo enfermería, contribuye a aumentar la SP y por ende disminuir los EAs. >% identificación en días no festivos (p= 0,041) → presencia de supervisión.
Año de publicación: 2015			
Base de datos de procedencia: Dialnet			
OG → La identificación del paciente es una medida proactiva, mejora SP y evita EM. Se tiene que utilizar antes de realizar cualquier procedimiento / admite riesgo de error de administración de medicación. Establecer un ciclo de mejora para PS y supervisores → Formación a los profesionales como a supervisores en la CS del paciente			

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
Marja Härkänen, Marjo Kervinen, Jouni Ahonen, Hannele Turunen y Katri Vehviläinen-Julkunen.	Un estudio observacional de cómo se identifica a los pacientes antes de la administración de medicamentos en salas médicas y quirúrgicas	Estudio cuantitativo intersectorial → Método observacional estructurado y directo. Tamaño de muestra: N=32 enfermeras Ámbito: Quirófano y áreas médicas	OE2 → Pensar que ya fueron identificados de antemano / Cultura de “conocer al paciente” y no repetir el nombre y fecha de nacimiento. / - Experiencia / + Identificación: <i>La PTID se realiza más a menudo por enfermeras con menos experiencia (en la profesión o en el área directa → r/c que no se identifica por razones de costumbre o familiaridad)</i> . Enfermeras sin experiencia usan más los protocolos. Fortalezas o debilidad de las enfermeras con experiencia de actuar siguiendo rutinas, que ayuda, pero dificulta a la hora de cambiar sus prácticas por la evolución de los cuidados. Desarrollan buenas prácticas siguiendo protocolos (por mentalidad abierta y falta de “profesionalidad” adquirida con la práctica. / Interrupciones: + PTID si había distracciones o interrupciones en la ADMED → diferencia con lo que se asume (que suele ser al revés, o con el resultado de otros estudios).
Año de publicación: 2015			
Base de datos de procedencia: Pubmed			
OE1 → Preguntando su nombre en 25.7%, preguntando la fecha de nacimiento en 0.2% o revisando la pulsera del paciente en 0.4%. Se hicieron algunas identificaciones al proponer el nombre del paciente / La tecnología, como la verificación de códigos de barras, puede ayudar a implementar la administración de medicación de forma más segura. Se necesita educación y cambio en la CS de procesos de medicación y práctica enfermera. / Variabilidad de prácticas / Se debe percibir como importancia para las enfermeras / implementar pautas y políticas comunes en la práctica clínica / actitudes de las enfermeras deben cambiar por la SP.			

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
Sylva Bártlová, Hana Hajduchová e Iva Brabcová, Valérie Tóthová	Identificación errónea del paciente en la atención enfermera	Estudio cuantitativo tipo encuesta Tamaño de muestra: N=216 enfermeras Ámbito: Distintos ámbitos	OE1 → Pulsera y etiquetas de identificación, identificación verbal positiva, verificación de documentos personales y confirmación verbal por parte del paciente. El uso de una combinación de varios métodos de identificación debe considerarse como el enfoque ideal para reducir error de identificación del paciente, incluida la administración de medicación. OE2 → 18-29 años y que trabajan en hospitales universitarios y regionales, por lo que el riesgo está significativamente influenciado por la edad (edades más jóvenes) y el entorno laboral (es decir, hospitales versus otros entornos).
Año de publicación: 2015			
Base de datos de procedencia: Pubmed			
OG → Solo el 4,5% de las enf. creen que potencial de no identificación de los pacientes era un problema / pacientes con el mismo apellido son los más probables como riesgo potencial (32,7%) / la identificación inadecuada de los pacientes es el factor de menor riesgo. / Las enfermeras son conscientes de la importancia y la necesidad de la verificación de la identidad.			

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
Hemesath MP, Dos Santos HB, Torelly EMS, Barbosa AS y Magalhães AMM	Estrategias educativas para mejorar la adhesión a la	Estudio cuantitativo, descriptivo,	OE1 → Pulseras de identificación → <u>Datos pulsera:</u> Al menos 2 elementos de identificación de la id del paciente: nombre completo y el número de identificación del paciente (Nº de H ^o C ^o). Se asumió la verificación obligatoria
Año de publicación: 2015			
Base de datos de procedencia: Scielo			

<p>OG → Se aumenta la adherencia de los enfermeros por la educación recibida y por la existencia de un protocolo basado en la CS, ya que sin su participación y adherencia no se puede llegar al nivel de SP y calidad asistencial, y puede causar riesgos para la salud tanto de los PT y PS. Se tienen que adoptar nuevos protocolos para prevenir EA, incluido la identificación errónea del paciente que produce EM.</p>	<p>identificación del paciente</p>	<p>exploratorio y transversal</p> <p>Tamaño de muestra: N=6201 pacientes</p> <p>Ámbito: Distintos ámbitos</p>	<p>de los datos por los PS antes de realizar cualquier atención sanitaria de alto riesgo, como la administración de medicación.</p> <p>OE2 → A + formación y existencia de un protocolo, + adherencia de los enf. → Tal mejoría en la adherencia se observó exactamente cuando se realizaron campañas educativas y de refuerzo de rutina.</p>
---	------------------------------------	---	--

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
<p>Louíse Viecili Hoffmeister y Gisela Maria Schebella Souto de Moura</p> <p>Año de publicación: 2015</p> <p>Base de datos de procedencia: Scielo</p> <p>OG → No existen muchos protocolos específicos, pero sí es una preocupación general, ya que está r/c con cualquier procedimiento que se realiza la paciente, como es el caso de la administración de medicación. / Su utilizados efectivamente, contribuyen para minimizar la ocurrencia de administración de medicación a pacientes equivocados y hay un alto % de prevalencia de su uso / compromiso de los enf. en el proceso de identificación de pacientes a través de la verificación una alta tasa de conformidad de las pulseras / Participación imprescindible del equipo de enfermería y concienciación / educación permanente, las actualizaciones, el perfeccionamiento y el reciclaje que objetiven incrementar los conocimientos adquiridos en la formación básica curricular y CS.</p>	<p>Uso de pulseras de identificación en pacientes internados en un hospital universitario</p>	<p>Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal</p> <p>Tamaño de muestra: N=385 pacientes</p> <p>Ámbitos: Hospitalización, quirófano, materno-infantil y pediatría</p>	<p>OE1 → Pulseras de identificación (baje coste), placas en las cabeceras de la cama (método válido), adhesivos en las ropas y distintivos, código de barras+scanner (coste elevado y disminuye PTID equivocado en un 70%)</p> <p>OE2 → Los profesionales de enfermería la dejaban más grande que el tamaño del antebrazo de los niños, ocasionando la pérdida de las pulseras. / No querían usarlas, no creían que era importante, retirada por el equipo de enfermería para insertar VVP y que olvidaron ponerla en el otro brazo.</p> <p><u>Datos pulsera:</u> integridad de la pulsera, legibilidad de los datos, presencia de 2 identificadores (nombre completo y el número de H^oC^a), y los datos que constaban en la pulsera estaban de acuerdo con los datos que constaban en la ficha / El número de la cama, en este hospital, no es considerado un identificador confiable.</p>

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
<p>Sabrina de Souza, Andréia Tomazoni, Patrícia Kuerten Rocha, Patrícia Fernanda de Almeida Cabral y Ana Izabel Jatobá de Souza</p> <p>Año de publicación: 2015</p> <p>Base de datos de procedencia: Cuiden</p> <p>OG → Reconocen la identificación del paciente pediátrico como esencial y una estrategia de seguridad durante el proceso de administración de medicación para SP/ es vital, y crucial para la SP, porque garantiza la SP y la atención correcta.</p> <p>La <u>actualización profesional constante</u> es un factor importante / intensificar el aprendizaje acerca de la seguridad del niño / estrategias basadas en prácticas seguras / educación continuada / participación de los enfermeros.</p>	<p>Identificación del niño en pediatría: Percepciones de los profesionales de enfermería</p>	<p>Estudio cualitativo descriptivo exploratorio tipo entrevista semiestructurada</p> <p>Tamaño de muestra: N=24 profesionales de enfermería, de los cuales 7 eran enfermeras.</p> <p>Ámbito: Pediatría</p>	<p>OE1 → Pulsera identificativa, identificar al paciente siempre por el nombre, evitando usar el n° de cama, ya que puede conducir a errores y se asegura que los cuidados se realizan de forma segura y aumenta éxito tratamiento + fecha de nacimiento o n° H^oC^a / OMS recomienda en pediatría 3 identificadores, añadiendo el nombre de la madre.</p> <p>OE2 → Factores que interfieren en el proceso de PTID: exceso de trabajo, de la autoconfianza de los enfermeros a la identificación del paciente de no molestar al paciente. PS al PTID, intención de no molestar al PT para PTID continua. / <u>Individual:</u> error por causa del enfermero debido a desatención, desmotivación, olvido, negligencia y descuido / <u>Sistemático:</u> <i>condición inherente del ser humano</i> como consecuencia del sistema: así se crean defensas en el sistema que impidan errores.</p>

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
<p>Souza S, Rocha PK, Cabral PF, Kusahara DM</p> <p>Año de publicación: 2014</p> <p>Base de datos de procedencia: Scielo</p>	<p>Uso de estrategias de seguridad para identificar niños para la</p>	<p>Estudio cuantitativo, descriptivo y exploratorio</p>	<p>OE1 → Pulseras de identificación y sistemas de registros médicos electrónicos basados en tecnología de la información. / Info. prescripciones: en el 99,5%</p>

<p>OG → No se encontraron estrategias de seguridad para identificar a los niños durante la administración de medicación ni tampoco estándares para la identificación de datos. / 28% recibieron formación r/c la identificación del paciente en los últimos dos años y un 40% participaron en procesos de entrenamiento de técnicas de SP.</p> <p>Todavía es necesario volver a tratar este tema para implementar barreras y estrategias de seguridad para reducir el riesgo de errores y mejorar la seguridad y la atención de calidad / Comprender la complejidad de la identificación del paciente / capacitación adecuada del equipo.</p>	<p>administración de drogas.</p>	<p>Tamaño de muestra: N=25 enfermeras</p> <p>Ámbito: Pediatría</p>	<p>consta el nombre completo del paciente y el 93,3% con el número de H^{PC} / Correctos del paciente → Paciente correcto.</p> <p>Datos pulsera: PT pediátricos se deben usar tres identificadores: el nombre completo del niño, el nombre completo de la madre y la fecha de nacimiento del niño.</p> <p>OE2 → Verificar prescripción médica, porque puede cambiar → Esta práctica es extremadamente dañina porque la transcripción médica a menudo se cambia porque es un instrumento de comunicación entre los profesionales de la salud y debe revisarse cada vez que se prepara un medicamento. La transcripción de una receta médica en la etiqueta es una estrategia que evita la preparación de medicamentos solo en base a la memoria, pero, si la información en la etiqueta está incompleta, puede contribuir a errores.</p>
--	----------------------------------	--	--

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
<p>Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL y Gondim MM</p> <p>Año de publicación: 2014</p> <p>Base de datos de procedencia: Scielo</p> <p>OG → Enf. identifican los principales riesgos a los que los pacientes bajo sus cuidados están expuestos (físicos, químicos, asistenciales, clínicos e institucionales), los cuales deben ser objeto de atención y muestran preocupación → Esta actitud de identificación compartida de los riesgos puede ser considerada la primera estrategia para el establecimiento de la CS en la institución / Identificaban riesgos asistenciales en el proceso de cuidar, principalmente los relacionados a la administración inadecuada de medicamentos.</p> <p>Cabe resaltar el impacto de la seguridad del paciente en la calidad de la asistencia de enfermería. La reducción de los riesgos y de los daños y la incorporación de buenas prácticas favorecen la efectividad de los cuidados de enfermería y su gestión de modo seguro. Esta mejora depende del necesario cambio de cultura de los profesionales para la seguridad.</p>	<p>Estrategias para promover la seguridad del paciente: desde la identificación de riesgos hasta las prácticas basadas en evidencias</p>	<p>Estudio cualitativo descriptivo tipo entrevista semiestructurada</p> <p>Tamaño de muestra: N= 37 enfermeras</p> <p>Ámbito: Diferentes ámbitos</p>	<p><u>Incorporación de prácticas seguras y basadas en indicadores</u></p> <p>Preocupación en el desarrollo de buenas prácticas pueden ser verificadas discursos a seguir: enfermeros son responsables por la incorporación de prácticas seguras, sirviendo como indicadores de calidad asistencial, o que están relacionados a la búsqueda de eficiencia y conformidad.</p> <p>Como objetivos evidenciados abarcan algunas de las seis áreas de Actuación que Acciones dirigidas hacia la Seguridad del Paciente divulgado OMS desde 2005: identificación correcta de los pacientes.</p> <p><u>Levantamiento de barreras y oportunidades de atención segura</u></p> <p>Por lo tanto, es de considerable relevancia en los enfermeros asistenciales, permitiendo su participación en los procesos de análisis permanente de las condiciones del servicio para continuar identificando los riesgos e incorporando prácticas seguras y basadas en evidencia en la institución.</p>

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
<p>Francine Terezinha de Souza, Mayara Costa Garcia, Pâmella Priscilla da Silva Rangel y Patrícia Kuerten Rocha</p> <p>Año de publicación: 2014</p> <p>Base de datos de procedencia: Cuiden</p> <p>OG y OE2</p> <p>→ Identificación del paciente: Este FR en la terapia medicamentosa. Destacan que el problema de PTID es de tipo institucional (no ofrece soporte adecuado para una correcta PTID, en cuanto al uso de pulseras de identificación, placas de identificación en las camas, espacio físico reducido, ...). Los profesionales</p>	<p>Percepción de enfermería sobre los factores de riesgo relacionados con la seguridad del paciente pediátrico</p>	<p>Estudio cualitativo tipo entrevista semiestructurada</p> <p>Tamaño de muestra: N=18 profesionales de enfermería, de los cuales 6 eran enfermeras</p>	<p>OE1 → Actualmente se habla de los 9 correctos: paciente cierto, medicación cierta, vía cierta, dosis correcta, hora correcta, registro correcto, conocer la acción, presentación farmacéutica y monitorear el efecto. Otras estrategias y las que se r/c la medicación y PTID son: uso de códigos de barras, identificación del paciente y doble chequeo.</p> <p>Para una correcta PTID, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente preconiza en las Soluciones para Seguridad del Paciente este tema específicamente para pacientes pediátricos, incluyendo la responsabilización</p>

<p>reconocen que la identificación incorrecta puede acarrear daños a los pacientes, siendo este uno de los principales factores que llevan al profesional a cometer EM → según la OMS produce → errores de medicación, errores de transfusión sanguínea, errores de diagnóstico, cambio de pacientes en la realización de procedimientos o incluso procedimientos en lugares equivocados del cuerpo, cambio de recién nacidos, entre otros. A partir de la correcta PTID es posible asegurar que la asistencia sea realizada de la manera correcta con resultados efectivos para la SP. A partir de eso, se subraya que es de suma importancia que la institución adopte en su política las directrices disponibles sobre correcta PTID para evitar daños y EM.</p> <p>→Terapia medicamentosa: R más prevalente y que más errores provoca en la opinión de los PS. En cuanto a los FR en la medicación se mencionaron los 5 correctos y la prescripción incorrecta, entre otros. / Su talón de Aquiles está en el proceso de medicación; preparación y administración. Opinan que los EM pueden ocurrir en cualquier fase → por lo que se deduce que saben que se puede dar en el paso PTID. Al ser un hospital universitario, con alumnos, sugiere que existe la posibilidad de una tendencia mayor a la ocurrencia de errores, siendo fundamental, por lo tanto, que barreras sean implantadas para la prevención y promoción de una asistencia más segura. Todos los PS involucrados en la asistencia deben ser comprometidos con la seguridad para que los FR r/c terapia medicamentosa se reduzcan y se obtenga un tratamiento medicamentoso seguro en todas las condiciones.</p>		<p>Ámbito: Pediatría</p>	<p>de los profesionales en la confirmación de la identidad del paciente antes de cualquier procedimiento; y el uso de tres identificadores para pediatría: nombre completo del niño, fecha de nacimiento y nombre de la madre o responsable del niño / También abordan la adopción del <u>uso de pulsera de identificación</u>.</p> <p>OE2 → *Sobrecarga de trabajo y las fallas en la comunicación por parte de los miembros del equipo: puede causar retrasos y / o omisión en la administración de medicamentos, además de generar gastos innecesarios a las instituciones hospitalarias. Como <u>oportunidades</u>, estará próximo al paciente y la preocupación profesional en realizar tareas prácticas en busca de mejores resultados. Como <u>barreras</u>, se destacan en la ausencia de materiales, de mantenimiento de equipos, los cuidados tomados no debido al exceso de demanda, por ejemplo, falta de seguridad en emergencias a la llegada del paciente y falta de disponibilidad de ambiente para administrar medicación.</p> <p>Opinan que la correcta PTID es un método de barrera y que tendría que haber también una mejora identificación de las camas y boxes. / Otro método de barrera sería la implementación de una CS del PT en la unidad. Se plantea la afirmación del equipo sobre la necesidad de iniciativa de los funcionarios para una asistencia segura, basada en la notificación de los errores, preceptos éstos, que se difunden a través de la cultura de seguridad del paciente → implicación, consciencia y participación de los enf.</p>
---	--	---------------------------------	---

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
<p>Janet Choo, Linda Johnston y Elizabeth Manias</p> <p>Año de publicación: 2013</p> <p>Base de datos de procedencia: SCOPUS</p> <p>OG → Falta de cumplimiento de los procedimientos de administración recomendados: Solo el 26,4% detectó el error de paciente incorrecto / identificación del paciente.</p> <p>Estrategias: uso de chalecos de medicación / sesiones educativas sobre la importancia de no interrumpir a las enfermeras mientras usan chalecos / uso de señalización y reorganización de las zonas de trabajo.</p>	<p>Prácticas de administración de medicamentos de enfermería en dos hospitales de agudos de Singapur.</p>	<p>Estudio cuantitativo descriptivo prospectivo y observacional</p> <p>Tamaño de muestra: N=140</p> <p>Ámbito: Quirófano y áreas médicas</p>	<p>OE2 → Factores ambientales y las distracciones pueden afectar a la administración de medicación</p> <p>→Distracciones durante la administración de medicación asociadas con otras personas, como la necesidad de ayudar a otros profesionales de la salud, y con la organización, como la necesidad de completar una variedad de actividades clínicas. / El 90% estaba distraído por, otros compañeros (enf. Y alumnos conversaciones), otro paciente o el médico, y por la familia (dudas, peticiones).</p> <p>→El tiempo de tránsito entre el lugar de preparación y la habitación del PT también tiene el potencial de aumentar las distracciones → aumentar probabilidad EM.</p>

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
<p>Mohammad Ali Cheragi, Manoocheri Humano, Esmaeil Mohammadnejad y Syyedeh R. Ehsani</p> <p>Año de publicación: 2013</p> <p>Base de datos de procedencia: EBSCOhost</p> <p>OG → 64,55% enf. reportaron errores de medicación / Aunque los tipos más comunes de EM no sean los r/c el paciente incorrecto (Son los de dosis y tasa</p>	<p>Tipos y causas de errores de medicación desde el punto de vista de la enfermera</p>	<p>Estudio cuantitativo descriptivo transversal tipo encuesta</p> <p>Tamaño de muestra: N=237 enfermeras</p>	<p>OE2 → <u>Factores que afectan a la incidencia de EM en enfermería:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Médicos: La mayoría r/c uso de acrónimos y nombres similares a otras drogas. - Humanos y de gestión: <ul style="list-style-type: none"> - Baja ratio enfermera - Entrenamiento inadecuado del personal - Cansancio y ocupación por excesiva carga de trabajo, calculo incorrecto y ficha de info ilegible → el entorno es ruidoso y lleno de

de infusión EV), sigue habiendo EM de dar el medicamento de un paciente a otro paciente. Gerentes → actitud + hacia la notificación de EM por parte de las enfermeras / considerar la notificación de errores como una oportunidad para comprender las causas de los errores, así analizar relación causa-efecto y desarrollar mejoras políticas para evitar		Ámbito: Diferentes ámbitos	gente, cansancio, falta de apoyo adecuado, descuido, aumento de la carga de trabajo y como principiante. los factores más importantes en la incidencia de EM en UCI. Políticas adecuadas de notificaciones de errores para que enf. tomen decisiones éticas y tratamientos apropiados, y planificando para reducir nº errores y EA y aumentar beneficios atención al PT y SP.
--	--	-----------------------------------	--

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
Etienne Phipps, Marian Turkel, Elizabeth R. Mackenzie y Carlos Urrea. Año de publicación: 2012 Base de datos de procedencia: Pubmed OG → Enf. reconocen la importancia de una identificación del paciente precisa para garantizar la SP / muchos también reconocieron de manera inconsistente seguir las pautas / la comprobación de pulseras se considera el dominio de las enfermeras / informan de forma rutinaria que verifican la identidad del paciente cuando realizan administración de medicación La capacitación de los enf. En la PTID aborda integrar las prácticas de PTID con el desarrollo de la relación de cuidado.	Pensó que la "Dama en la puerta" era la "Dama en la ventana": un estudio cualitativo de las prácticas de identificación de pacientes	Estudio cualitativo tipo en entrevista semiestructurada Tamaño de muestra: N=30, de los cuales 15 son enfermeras Ámbito: Distintos ámbitos	OE1 → Las introducciones verbales (Presentándose e intercambio de nombres) como forma más habitual / Pulsera de identificación / Métodos y estrategias propias / código de barras OE2 → Prestar cuidados dentro de un sistema complejo y confuso →Comprobar pulsera excesivamente y preguntar repetidamente al PT su nombre puede verse como perjudicial para la relación enf. - PT o para la profesionalidad (piensan que es impersonal y no profesional, que molestan al PT molestan a los pacientes y dificulta atención personal y natural*) →Las distracciones y el ambiente agitado, el ritmo rápido y la fatiga puede dar lugar a lapsos en la PTID (se olvidan) / exceso de carga de trabajo y cansancio / ocupados, sentirse seguros de que conocen al paciente, sentirse seguros de su propia competencia y no sentir la necesidad de participar en la comprobación o verificación de PTID. →Errores PTID r/c referirse a los pacientes por su ubicación (número de habitación, ubicación de cama).

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
Lisa Dougherty, Magi Sque y Rob Crouch Año de publicación: 2011 Base de datos de procedencia: Pubmed OG → Falta de verificación de la PTID antes de la ADMED por vía EV r/c enfermeras sintieron que conocían al PT lo suficientemente bien / Creen que si siguen las pautas o políticas, se evitarían EM y de PTID, confianza en estos métodos → pero el cumplimiento de las guías es de 50% y 72% EM ocurrieron cuando PS no siguieron políticas (<i>Discrepancia entre teoría y práctica</i>) / Pocas enfermeras cometen errores o son conscientes de que han cometido un error o lo definen como otra cosa.	Procesos de toma de decisiones utilizados por las enfermeras durante la preparación y administración de fármacos por vía intravenosa.	Estudio cualitativo etnográfico Tamaño de muestra: N=20 enfermeras Ámbito: Oncología	OE1 → Pulsera de identificación para verificar PTID antes de ADMED y prevenir EM / Preguntar al PT por su nombre y fecha de nacimiento OE2 → Interrupciones / Se ignoran recomendaciones o protocolos (debilidades) ya que toman sus decisiones en base al de confianza, el anclaje (comportamiento rutinario r/c familiaridad y tiempo que el PT lleva ingresado. (Se ha descrito el exceso de confianza cuando las personas sobreestiman la "corrección" de su conocimiento y se confían demasiado al tomar decisiones) → ignoran los pasos de práctica correcta (Exceso de conocimiento del PT y no se hace identificación del paciente antes de administrar medicación.

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
Nora Dackiewicz, Laura Viteritti, Valeria Fedrizzi, Inés Galvagno, Juan Carlos Ferrería, Nancy Boada, Graciela Calle, Marcela Rousseau, Juan Díaz, Elizabeth Enriquez, Nelly Villalonga, Ana Brul, Silvia Pietanese, Mónica Piano y Beatriz Marciano Año de publicación: 2011	Evaluación de la opinión del equipo de salud y padres sobre la identificación de los pacientes pediátricos	Estudio cuantitativo transversal tipo encuesta aleatorizada	OE1 → Pulsera de identificación durante toda la estancia del PT para prevenir EM* OE2 → "Falta de conciencia" en 30% y otros motivos como olvidos, dudas en relación a la calidad de las pulseras y de quien era la responsabilidad de su

<p>Base de datos de procedencia: Pubmed</p> <p>OG → Consideran que los PT deberían tener pulsera de identificación → siempre 65% o solo los quirúrgicos 31% → Consideran que la pulsera de identificación para prevenir errores en la atención → 40% siempre, 24% mayoría de veces, 27% algunas veces y 9% nunca.</p> <p>El equipo de salud tiene conocimiento de la utilización y de los beneficios de la PTID → Pero 21% contesta que su uso no es beneficioso para evitar errores en la seguridad / Los PS opinan que el uso de la pulsera de identificación es útil y necesario → Esta opinión no se correlaciona con la conducta habitual ya que solo el 34% estaba correctamente identificado*</p>		<p>Tamaño de muestra: N=300, de los cuales 100 son enfermeras</p> <p>Ámbito: Pediatría</p>	<p>colocación / Consideran que muchos PT no tienen la pulsera de identificación, aunque figure en la indicación porque: 7% no disponibilidad de pulseras, 63% los pacientes se las quitan, 36% falta de tiempo y 5% no es necesario que tengan.</p> <p>Conclusiones. La discrepancia entre la opinión y la práctica* indica que la PTID no representa aun un eslabón prioritario en la SP y la calidad de la atención. Por lo tanto, es necesario desarrollar estrategias para mejorar la CS, en el marco de la cultura organizacional y sus condicionantes.</p>
--	--	--	---

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
<p>Teresa Kelly, Cath Roper, Stephen Elsom y Cadeyrn Gaskin</p> <p>Año de publicación: 2011</p> <p>Base de datos de procedencia: Pubmed</p> <p>OG y OE2 → <i>Sobre los métodos técnicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Es apropiado solicitar que usen una pulsera, dado que la unidad estaba ubicada dentro del entorno del hospital. Aceptabilidad de la pulsera r/c familiaridad paciente con pulseras por ingresos previos en otras unidades. Útil en paciente de avanzada edad, pero un desafío para aquellos angustiados o agitados. - Uso rutinario de las pulseras para los pacientes programados para la TEC destacó una apreciación de la contribución de la pulsera a la SP, y la contradicción existente en no extender estas mismas preocupaciones a la verificación de la identidad del paciente durante la medicación administración: Las pulseras no se empleaban de manera rutinaria para verificar la identidad del paciente durante la administración de la medicación. Además, cuando se usaban las pulseras, su uso era inconsistente, errático y, a menudo, en desacuerdo con una cultura del lugar de trabajo que no apoyaba el uso de ayudas técnicas. - Enf. describieron una cultura de no uso de la pulsera r/c creencias de que saben quiénes son los pacientes → para que no parezca un entorno institucionalizado sino + doméstico. 	<p>Identificación del "paciente correcto": perspectivas de la enfermera y del consumidor sobre la verificación de la identidad del paciente durante la administración de medicamentos</p>	<p>Estudio cuantitativo de grupos de enfoque</p> <p>Tamaño de muestra: N=13 enfermeras</p> <p>Ámbito: Psiquiatría</p>	<p>OE1 → Métodos técnicos (pulseras de identificación y fotografías como práctica rutinaria) y métodos interpersonales ("reconocimiento del paciente", "verificación con el paciente", "verificación con otra enfermera" y "conversación con el paciente").</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creencia de que las pulseras contribuyeron al estigma y la angustia del paciente → suposición de que no quieren usar pulsera o se la quitarían vs que les da igual → prejuicios. - Uso de pulseras como un "estándar de calidad" → asegurar el paciente correcto. - Preocupación por la falta de procesos formales para verificar la PTID y el impacto de esto en la SP → se da el medicamento sin verificación PTID → contribuye algunas enfermeras se sintieran ansiosas y temieran cometer errores, especialmente cuando trabajaban en entornos nuevos → sobre todo dando medicación. - Opiniones encontradas sobre el uso de fotografías de pacientes: Problemas prácticos asociados con la toma de fotografías, los desafíos asociados con mantener las fotografías actualizadas, la importancia de ubicar la fotografía del paciente con la tabla de medicamentos del paciente y la preocupación de que tomar la fotografía del paciente es una invasión de la privacidad del paciente (algunos pacientes piensan que es parte del proceso de admisión y no supone invasión intimidad / y otros que sí que era una invasión privacidad).

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
<p>Jenna L. Marquard, Philip L. Henneman, Ze He, Junghee Jo, Donald L. Fisher y Elizabeth A. Henneman</p> <p>Año de publicación: 2011</p> <p>Base de datos de procedencia: Pubmed</p> <p>OG → Las enf. que identifican los errores de identificación de pacientes pueden mostrar diferentes conductas y patrones de exploración visual durante el proceso de ADME que las que no. / estas pueden ser más eficientes en el proceso de administración de medicación (completar + pasos en – tiempo,</p>	<p>Los comportamientos de las enfermeras y los patrones de exploración visual pueden reducir los errores de identificación del paciente</p>	<p>Estudio cuantitativo transversal no experimental tipo ensayo clínico simulado</p> <p>Tamaño de muestra: N=20 enfermeras</p>	<p>5 identificaron el error fecha de nacimiento, 6 el error nº H°Cª y 1 ambos.</p> <p>Los participantes que identificaron el error pueden fijarse sistemáticamente por más tiempo en la tabla de pacientes para validar los datos de los pacientes, un componente clave del protocolo estándar de administración de medicamentos. Además, solo los participantes que identificaron el error tendían a tener patrones de escaneo no aleatorios en todos los artefactos.</p>

recopilar + info sobre el PT y ayuda a identificar error). / mirar - elementos en un artefacto antes de cambiar sus fijaciones a otro → las enfermeras que se fijan en menos identificadores dentro de un artefacto antes de cambiar sus fijaciones oculares a otro artefacto puedan recordar mejor la información del identificador y notar el error de ID		Ámbito: Urgencias y pediatría	Historial del paciente como su fuente de información principal.
---	--	-------------------------------	---

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
Atiya Mahmood, Habib Chaudhury y Maria Valente Año de publicación: 2011 Base de datos de procedencia: EBSCOhost OE2 → → Diseño de la unidad de enfermería: ubicación sala medicación y mecanismo de dispensación de medicamentos, distancia hasta la habitación, tamaño de la sala de medicación, niveles de ruido y temperatura. → Medicación errónea entregada debido a la identificación errónea del paciente → Son raros. Los más comunes son los de omisión de dosis de medicación y hora incorrecta. -La <u>administración incorrecta de la medicación debido a una identificación errónea del paciente</u> se asoció significativamente con todos los factores menos uno, que fue la ubicación de la sala de medicamentos (esta NO) / ubicación de la sala de medicación, sala pequeña o tamaño inadecuado, organización problemática de los suplementos médicos, alto nivel de ruido, luz pobre en sala medicación, etiquetas de medicación ilegibles o ausentes, medicación no documentada, falta de suplementos y errores de cálculo (estos SÍ).	Las percepciones de las enfermeras sobre cómo el entorno físico afecta los errores de medicación en entornos de cuidados agudos.	Estudio cuantitativo transversal tipo encuesta Tamaño de muestra: N=84 enfermeros Ámbito: Quirófano y áreas médicas	Los entornos son física y psicológicamente intensos, lo que puede resultar en agotamiento, estrés y errores. Entorno físico influye en los EM debido a: * → Soluciones para reducir errores enfermeros - Variables del <u>personal y organizacionales</u> según enf. : aumentar ratio enf.-PT, mejor capacitación PS, reducción horario laboral y uso de sistemas automatizados de ADMED, registro informático. - <u>Variables del entorno físico</u> → TOP 5 → equipo apropiado de ADMED, espacio suficiente para la documentación para el registro, niveles reducidos de ruido en la unidad de enfermería y privacidad adecuada en el espacio de trabajo. - Trabajo excesivo, estrés o fatiga del PS y ratio baja (<i>los más importantes</i>) - Capacitación deficiente de los PS - Supervisión deficiente de los PS - Gran rotación de personal

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
Eva M. Martínez-Ochoa, Adolfo Cestafe-Martínez, M. Soledad Martínez-Sáenz, Cristina Belío-Blasco, Yolanda Caro-Berguilla y Félix Rivera-Sanz. Año de publicación: 2010 Base de datos de procedencia: Dialnet OG → Excesiva confianza al suponer que lo conocen* / La cobertura alcanzó el 79,4% → ginecología y pediatría 100%, y digestivo cirugía general 47 y 58% / El 82,8% de los profesionales conocían por qué se utilizaba el brazalete de identificación y el 57,8% pensaba que evitaba los errores de identificación del paciente / El 20% de los encuestados revisan los datos del brazalete al administrar medicación. / No se sienten implicados en el proceso de identificación / escasa utilización e información al paciente / 40,7% consideran que no disminuyen EM y 17,1% no conoce por qué se usan.	Evaluación de la implantación de un sistema de identificación inequívoca de pacientes en un hospital de agudos	Estudio cuantitativo observacional tipo encuesta Tamaño de muestra: Personal de los servicios de Admisión, las Unidades Hospitalarias, el Banco de Sangre y el personal directivo Ámbito: Diferentes áreas	OE1 → Brazalete o pulsera identificativa, disminuye errores en un 50% / protocolo más completo de PTID en el que no se realice ningún tipo de intervención, prueba, ADMED etc., sin comprobar la correcta PTID o sin que lleve pulsera / 5 Correctos / tarjetas. OE2 → Molestan para canalizar vías, las extracciones y para realizar otros procedimientos de enfermería en general / incómoda para el paciente / Se utilizan cuando hay percepción de riesgo para el paciente. <u>Áreas de mejora:</u> Campaña de sensibilización a los PS y no solo a los líderes de enfermería / introducción de técnicas nuevas (requisito de identificación mediante un lector de código de barras***).

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
Jackie H. Jones y Linda Treiber			

<p>Año de publicación: 2010</p> <p>Base de datos de procedencia: EBSCOhost</p> <p>OG → EM comunicados: + 90% reconocen la importancia de comunicar los errores, aunque no provoquen daño al paciente vs en la realidad muchos errores no se comunican y los gerentes deberían tener un control de los EM de los enf (miedo de culpabilizar o pagar un castigo). La frustración y la ira por las condiciones de trabajo actuales y los entornos en los que trabajan las enfermeras fueron generalizados. Muchos expresaron sentimientos de falta de poder e incapacidad para efectuar un cambio positivo, expresando la creencia de que "las enfermeras no tienen suficiente información sobre estrategias organizativas para disminuir los errores de medicación".</p> <p>Enfermeras sienten gran responsabilidad por la SP y la administración de medicamentos. También percibieron un control de las variables mencionadas que contribuyen al EM.</p>	<p>Cuando los 5 correctos van mal: errores de medicación desde la perspectiva de enfermería</p>	<p>Estudio cuantitativo-cualitativo descriptivo tipo cuestionario</p> <p>Tamaño de muestra: N=202 enfermeras</p> <p>Ámbito: Diferentes ámbitos</p>	<p>El 78% de los enf. cometieron un EM. Se produjeron errores en todo el espectro de <u>número de años de experiencia</u> en enfermería.</p> <p>OE1 → Procedimientos tecnológicos y de administración de medicación ¾ de enf. piensan que el código de barras y las tecnologías de dispensación de medicación reducen los EM. 21% piensan que los procesos de administración de medicamentos promueven errores / 40-36% creen que estos procesos causan estrés y una presión indebida para administrar medicamentos de forma óptima.</p> <p>OE2 → Factores contribuyentes más importantes para los EM: letra ilegible del médico, orden médica verbal no clara, fármacos con nombres y/o presentaciones parecidas y <u>el no haber seguido los 5 correctos de la medicación (hacer referencia a la identificación adecuada del paciente)</u>, ratio alta y entrenamiento insuficiente / el estado de graduado recientemente es visto como muy importante en el 29%. → Resultados cualitativos los EM se producen por o cuando hay: agotamiento físico, interrupciones y distracciones, falta de experiencia/entrenamiento/ carga de trabajo y ratio enfermera-paciente y sentimientos y respuestas emocionales.</p>
---	---	--	---

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
<p>Valéria Lamb Corbellini, Maria Cristina Lore Schilling, Solange Fassbinder Frantz, Tatiana Gonçalves Godinho y Janete de Souza Urbanetto</p> <p>Año de publicación: 2010</p> <p>Base de datos de procedencia: Cuiden</p> <p>OG → Enfermería tiene la oportunidad de identificar y evitar EM, siendo esta la última barrera de prevención → 6 CORRECTOS → paciente correcto. → Rutinas de <u>preparación</u> (seguir una regla estándar según recomendaciones y 6 correctos) y <u>administración</u> (rotular el nombre y para que PT es y notificar los efectos secundarios que el paciente puede presentar. Considerando las características individuales de cada sujeto, se percibe que incluso enfermeras que trabajan en la misma unidad y siguen la misma rutina de trabajo, tienen conductas diferentes para la preparación y administración de medicación → situación que puede dar lugar a EM.</p> <p>Las instituciones tienen que desarrollar estrategias para mantener la actualización de las enf. con programas de capacitación / estandarización de los procesos de la práctica diaria enfermera para reducir EA.</p>	<p>Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepción de técnicos y auxiliares de enfermería</p>	<p>Estudio cualitativo tipo entrevista semiestructurada</p> <p>Tamaño de muestra: N=10 enfermeras</p> <p>Ámbito: Área quirúrgica y médica</p>	<p>OE2 → Factores que pueden inducir al error de medicación</p> <p>→ Sobrecarga de trabajo: 2ª causa + frecuente de EM o cuando están distraído o interrumpidos, debido a muchos pacientes. / Fallos humanos: falta de atención, de conocimiento, de interés y la prisa → la razón de EM. / Factores ambientales: interrupciones de la tarea, pueden interferir en la atención en el momento de la preparación de la medicación.</p> <p>→ Identificación incorrecta del paciente: Se puede r/c → la <u>ilegibilidad o la prescripción</u> inadecuada al tener diferentes pacientes con el mismo nombre / la <u>mecanización excesiva de las actividades</u> (rutina o familiaridad) al pensar que se conoce al paciente / identificar al paciente según el <u>número de cama o habitación</u>. El enf. que realiza estas tareas de manera rutinaria sin seguir un protocolo, y además está sobrecargado de tareas, es un potencial riesgo para EM / falta de <u>pulsera de identificación</u> / no preguntar el nombre del paciente antes de administrar medicación.</p> <p>Hay una tendencia de responsabilizar solamente al individuo por el error, no valorando fallos de todo el proceso de medicación de la institución, apuntando aún una práctica de castigo → Cambiar cultura punitiva por CS → la implantación de estrategias para la SP es un trabajo amplio, involucrar a enf.</p>

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
<p>Philip L. Henneman, Donald L. Fisher, Elizabeth A. Henneman, Tuan A. Pham, Megan M. Campbell y Brian H. Nathanson</p> <p>Año de publicación: 2010</p>	<p>Los errores de identificación del</p>	<p>Estudio cuantitativo, observacional,</p>	<p>El proceso de verificación PTID se tiene que hacer antes de cualquier tarea asistencial, como por ejemplo administrar medicación, para asegurarse que es el</p>

<p>Base de datos de procedencia: Pubmed</p> <p>OG → Muchos PS en simulaciones clínicas no verifican la PTID antes de realizar una tarea → + de 1/3 realizaron una tarea en el PT incorrecto en un entorno simulado cuando se produjo una situación inesperada → error PTID</p> <p>OE1 → Preguntar al paciente por su nombre y apellidos y/o fecha de nacimiento y verificar con los datos de la pulsera y del medicamento, <u>lectores de códigos de barras</u> que comparan los códigos de barras en la banda de identidad del paciente y un medicamento / Lectores de códigos pueden imprimir etiquetas de muestras que coincidan con la banda de PTID / verificados por otro diferente al que las puso.</p> <p>“Idealmente, las bandas de ID siempre deben identificar con precisión a un PT, independientemente de la capacidad del PT para confirmar su exactitud”.</p>	<p>paciente son comunes en un entorno simulado</p>	<p>longitudinal y prospectivo (Cohortes)</p> <p>Tamaño de muestra: N=61 profesionales de la salud, de los cuales 28 son enfermeras</p> <p>Ámbito: Urgencias</p>	<p>paciente correcto. Joint Comission → unos identificadores apropiados de la PTID serían nombre, fecha de nacimiento y n° de HªCª.</p> <p>Los errores de PTID se informan con poca frecuencia (< 5%).</p> <p>El 61% de las enf. detectó el error de ID, mientras que el 39% “administró” un medicamento EV al paciente equivocado. / Sólo 2 enfermeras solicitaron y analizaron la inf. de ID adecuada para hacer coincidir el artefacto con el PT o la banda de identidad, pero no reconocieron el error de PTID.</p> <p>Verificación PTID puede mejorar con educación complementaria. / Una mejor capacitación y un mejor uso de la tecnología pueden mejorar la forma en que los PS verifican la PTID, y se justifica la investigación adicional sobre estos métodos.</p>
---	--	---	--

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
<p>L. Nilsson, O. Lindberget, A. Gupta y M. Vegfors</p> <p>Año de publicación: 2009</p> <p>Base de datos de procedencia: Pubmed</p> <p>OG → Uno de los elementos a verificar, por enf., de manera oral es la identidad del paciente / El 93% piensan que el protocolo <i>time out</i> contribuye a aumentar la SP y ninguno piensa que no lo hace* / La confirmación de la identidad del paciente se consideró "muy importante" por 78 a 84% → actitudes + ya que consideran que tienen una correlación obvia y directa con la SP al reducir el riesgo de errores graves que son raros pero evitables / La participación activa y la comunicación efectiva entre todos los miembros del equipo del equipo son componentes esenciales de la SP.</p>	<p>Implementación de una lista de verificación preoperatoria para aumentar la seguridad del paciente: un seguimiento de 1 año de las actitudes del personal</p>	<p>Estudio cuantitativo tipo cuestionario</p> <p>Tamaño de muestra: N=331, de los que 63 son enfermeras anestesistas y 44 son enfermeras instrumentistas</p> <p>Ámbito: Quirófano</p>	<p>OE1 → Etiqueta de identidad, documento de identidad, registros médicos, imágenes.</p> <p>OE2 → - Proteger contra errores en el funcionamiento en la sala de operaciones (97%).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oportunidad para el equipo para identificar y resolver problemas (86%). - Fortalece el sentimiento de equipo en el quirófano (65%) - Posibilidad de educación a alumnos y formación personal (57%) - Hay una diferencia significativa (p<0,01) entre PS, ya que las enfermeras opinan que sí proporciona + info. del paciente que de otra manera no tendrían.

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
<p>Altair Juarez, Jessica Gacki-Smith, Mary Rose Bauer, Dennis Jepsen, Susan Paparella, Beverly VonGoerres y Susan MacLean</p> <p>Año de publicación: 2009</p> <p>Base de datos de procedencia: SCOPUS</p> <p>OG → 84,7% departamentos usaban al menos dos identificadores únicos de pacientes → Sin embargo, esta práctica tiene poco valor a menos que los identificadores de pacientes se comparen antes de administrar medicamentos / políticas para un time-out universal para procedimientos invasivos. El % de enf. que no tenía barreras para realizar estas revisiones era solo del 23-17%. <u>Barreras:</u> Necesidades clínicas inmediatas del paciente, falta de aceptación por parte de todos los miembros del equipo, olvidando hacer tiempos de descanso, no es una expectativa actual en su departamento de urgencia y otras y otras prioridades de los pacientes tienen prioridad.</p>	<p>Obstáculos de los departamentos de emergencia a los cuatro Objetivos Nacionales de Seguridad del Paciente de la Comisión Conjunta relacionados con la seguridad de los medicamentos</p>	<p>Estudio cuantitativo tipo encuesta</p> <p>Tamaño de muestra: N=2220 enfermeras</p> <p>Ámbito: Urgencias</p>	<p>OE1 → Como posibles ayudas, destaca la ingeniería de las pulseras de identificación para que estén disponibles, aunque esto no garantizaría que se cumpliera la IDPT.</p> <p>OE2 → Asignación de responsabilidad por parte de las autoridades y el cumplimiento de un protocolo. / Urgencias Y trauma tienen > volumen y agudeza de pacientes. Debido a la agitación y complejidad de estos entornos, se pueden haber desarrollado dichas barreras de no adherencia de la meta. Los posibles elementos de causa raíz de los errores en la PTID serían: turnos nocturnos, falta de sueño e itinerancia de miembros del equipo.</p> <p>La política de <i>time-out</i> impartida en gran cantidad de hospitales puede ser una estrategia necesaria para mejorar el cumplimiento</p>

Autores	Título	Tipo de estudio	Información útil
---------	--------	-----------------	------------------



<p>Laura Martínez, Victoria Gimeno, Roser Anglès, Joaquim Bañeres, Lluís Torralba y Rafael Manzanera</p>	<p>Sistemas de identificación de pacientes en Cataluña</p>	<p>Estudio cuantitativo transversal descriptivo tipo encuesta</p>	<p><u>Datos pulsera</u>: nombre y apellidos del paciente (100%) y, además, nº de HªCª y nº de cama (<i>que no se recomienda</i>). <u>Sexo</u> solo en el 50% y <u>CIP</u> solo el 35%.</p>
<p>Año de publicación: 2008</p>			
<p>Base de datos de procedencia: Dialnet</p>			
<p>OG → 90,7% de hospitales usan algún método de identificación de pacientes / percepción general de importancia / reconocimiento de la necesidad de mejorarlos</p>			
<p>OE1 → <u>Brazalete identificativo</u> (el + utilizado con los datos en formato tradicional tipo etiqueta o con código de barras + scanner que se utiliza -) y <u>sistemas de identificación por radiofrecuencia</u> o con sistemas biométricos (huellas digitales o escáner de iris).</p>		<p>Tamaño de muestra: N=75 hospitales públicos y privados de agudos</p>	<p>La mayoría utilizaba un único, y era el brazalete identificativo → > en centros grandes → brazalete / peor implantado / < en centros pequeños → etiqueta en HªCª o pulsera con nombre de la madre o pinza en el ombligo. Son los que menos usan el brazalete, por la confianza de los PS en identificar paciente / mejor implantado (por facilidad de difusión)</p>
<p>OE2 → <u>Debilidades</u>: 10% no era necesario por el tamaño del centro y el tipo de enfermedades atendidas o estaban valorando introducirlo / Problema de uso del brazalete / vs <u>fortalezas</u>: 96% pensaron que el sistema mejora SP.</p>		<p>Ámbito: Diferentes ámbitos</p>	<p>Soluciones y propuestas para mejorar la implantación de los sistemas de identificación del paciente: informar al paciente, formar y concienciar al PS, protocolizar su uso (protocolo específico) o revisar los protocolos ya establecidos evitando la heterogeneidad, mejorar la calidad del material utilizado, implantar el sistema en todos los servicios, evaluar el cumplimiento y realizar un seguimiento.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3: Catálogo de métodos de identificación de pacientes

Métodos de identificación de pacientes válidos (✓)	Métodos de identificación de pacientes no válidos (×)
MÉTODOS TÉCNICOS	
✓ Pulsera identificativa	× Número de cama del paciente
✓ Fotografías del paciente	× Número de habitación del paciente
✓ Etiquetas o documentos de identidad	
✓ Listado de pacientes	
✓ Placas informativas en la cabecera del paciente	
✓ Adhesivos en la ropa	
MÉTODOS INTERPERSONALES	
✓ Verificación de los datos de la pulsera con los de la H ^a C ^a	× Diagnóstico del paciente
✓ Verificación de la identidad del paciente con la familia	× Características físicas y psíquicas del paciente
✓ Preguntando el nombre al propio paciente	× Acuerdo pasivo
PROTOCOLOS ESPECÍFICOS	
✓ Lista de doble verificación o <i>check-list</i> o estrategia de <i>time out</i>	
✓ 5 o 9 correctos de la administración de medicación	

*Método no válido en pediatría, psiquiatría o ámbitos en los que haya personas mayores.

Fuente: Elaboración propia