
Identificación de pacientes y muestras. Un problema relevante de seguridad.

Montilla López C, Salas Herrero E, Palma J.

Laboratorio del Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla.

Introducción: Tras la constitución en el año 2007 de la Comisión de seguridad Clínica en nuestro Hospital, se decide poner en marcha la mesa de trabajo para la "Identificación unívoca de muestras recibida en el laboratorio". La identificación inadecuada de los pacientes es causa de importantes problemas y complicaciones asociadas a errores en la asistencia, contemplándose claramente como Alerta Sanitaria.

Identificada desde el principio como una área de mejora clara en nuestro ámbito, ésta mesa de trabajo multidisciplinar, trabaja identificando una serie de puntos críticos en el proceso, e implementando las acciones de mejora necesarias para minimizar este problema. La andadura desde entonces ha sido larga, pero también fructífera. Se detalla a continuación el esfuerzo realizado en este campo durante el año 2009.

Material y métodos: Nos propusimos estudiar la ocurrencia de casos con errores de identificación en las peticiones recibidas desde atención primaria, debido a estas solicitudes las recibimos en formato papel por lo que inciden un mayor número de circunstancias desfavorables a la seguridad en el procedimiento. Durante el año 2009, el número de peticiones recibidas desde este origen fueron 134.489, distribuidas como 69.117 en el primer semestre y 65372 en el segundo trimestre del año.

La estrategia seguida para el estudio fue:

1. Establecer como indicador la valoración del número de casos documentados con identificación claramente errónea.
2. Valorar semestral de los datos arrojados por el indicador.
3. Revisar el procedimiento e identificar en lo posible las causas de error.
4. Implantar acciones de mejora encaminadas a anular las causas, con el objeto de minimizar los errores detectados.

Resultados:

1. En Junio de 2009 se realiza una valoración de los casos documentados durante ese semestre, encontrándose un total de **39 errores en identificación**, (sobre el total de 69.117 peticiones)
2. Se reconoce como causa más frecuente la práctica habitual de preetiquetado de peticiones y tubos o contenedores de muestras, el día previo a la extracción en gran cantidad de centros, "justificados" desde el origen, por la gran presión asistencial que sufren. En estos casos recibíamos dos solicitudes de pacientes diferentes con sistemas muestrales diferentes, identificados con el mismo código de barras, lo que hacía inaceptable dichas solicitudes.
3. Se convoca reunión urgente de la mesa Interniveles Laboratorio/ Atención Primaria que establece:
 - a) realizar acción formativa sobre identificación unívoca y "positiva" en los 28 centros de Atención Primaria y sus personal extractor, con las recomendaciones que contiene el proceso de Laboratorio de la Consejería (ver **figura 1**)

Figuras 1 y 2

- 3.2. Se verificará si el documento de solicitud contiene todos los datos identificativos (Anexo 2).
- 3.3. Se rechazarán aquellas solicitudes que no estén cumplimentadas con todos los datos imprescindibles de identificación del paciente, episodio y pruebas, y que no puedan ser subsanadas en el momento de la extracción.
- 3.4. Se registrarán los datos de identificación de la persona que realiza la extracción del espécimen, la hora y la fecha de la misma, así como las complicaciones que hayan surgido.
- 3.5. Se identificarán los contenedores en el momento de la obtención del espécimen, siguiendo las normas básicas establecidas en el manual de obtención de especímenes.



b) Difundir desde la Dirección Médica y Gerencial del Area sanitaria la repercusión de la mala praxis que supone el preetiquetado.

c) Identificar la demografía de la solicitud analítica con la etiqueta de datos arrojados por la BDU (Base de datos Unica de pacientes) imprimible desde la historia de primaria de cada enfermo en el mismo momento de generar la solicitud por parte del clínico.

d) Crear circuito de comunicación inmediata de casos a Dirección Enfermería del Distrito para el seguimiento a tiempo “casi real” de los casos detectados a su llegada al laboratorio.

e) Elaboración y difusión de un manual de Preanalítica para cada centro de salud que contiene recomendaciones para la mejora de la calidad preanalítica de las muestras y guía básica de identificación segura de pacientes/muestras (ver **figura 2**).

Tras implantar todas las acciones de mejora, la valoración de los casos detectados en el último semestre del año arrojan una disminución a **23 casos** (sobre un total de 65.372 peticiones) lo que supone una disminución del 37.5% en los errores detectados.

Conclusiones:

1. Tal y como aconsejan las normas de buena praxis, la identificación debe realizarse siempre en el momento de la extracción de la muestra y con el enfermo presente. La no realización de este procedimiento de seguridad se reconoce como una de las principales causas, al menos en nuestro caso, de errores en el proceso.
2. La observación ininterrumpida del indicador establecido, y su valoración continua, conduce a acometer acciones de manera rápida encaminadas a la desaparición de procesos no seguros.
3. La implicación de Atención Primaria y sus directivos en este proyecto de mejora en Seguridad, se reconoce como relevante, ya que conduce a unificar esfuerzos, siendo mejores y más permanentes en el tiempo los resultados finales.
4. Cualquier esfuerzo realizado en esta área, constituye una mejora clara en la calidad de la asistencia y la Seguridad, minimizando las “no conformidades” en los procedimientos.

La identificación adecuada de pacientes es un desafío para los centros asistenciales, haciéndose aún más prioritaria debido a la diversidad de los profesionales y Servicios que interviene en el proceso.
