

Uso de pulseras de identificación en pacientes internados en un hospital universitario

Louíse Viecili Hoffmeister¹

Gisela Maria Schebella Souto de Moura²

Objetivo: evaluar el uso de la pulsera de identificación en pacientes hospitalizados en unidades de internación. Método: investigación cuantitativa, descriptiva y transversal, con una muestra de 385 pacientes. La recolección de datos se realizó por el método observacional mediante el llenado de un formulario estructurado que objetivaba constatar la presencia de pulseras identificativas e reconocer los identificadores utilizados. En el análisis fue utilizada la estadística descriptiva con frecuencias absolutas y relativas. Resultados: se obtuvo que 83,9% de los pacientes se encontraban con la pulsera correctamente identificada, 11,9% poseían la pulsera de identificación con errores y 4,2% de los pacientes estaban sin la pulsera. Las principales inconformidades encontradas en las pulseras de identificación fueron: nombre incompleto, números de los registros diferentes, ilegibilidad de los datos y problemas en la integridad de las pulseras. Conclusión: el estudio demostró el compromiso de los profesionales con el proceso de identificación de los pacientes, evidenciando una alta tasa de conformidad de las pulseras. Además de esto, contribuyó para identificar elementos utilizados en las pulseras que pueden ser mejorados para obtener un proceso seguro de identificación.

Descriptores: Sistemas de Identificación de Pacientes; Seguridad del Paciente; Enfermería.

¹ Enfermera.

² PhD, Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Introducción

La seguridad del paciente ha sido centro de atención de las discusiones en la última década, en todo el mundo. Brasil se introduce en esta movilización y, en abril de 2013, destaca sus acciones a través del lanzamiento del Programa Nacional de Seguridad del Paciente (PNSP). El programa establece protocolos para atender las metas internacionales de seguridad y determina la creación de Núcleos de Seguridad del Paciente en los servicios de salud⁽¹⁻²⁾.

Con la finalidad de reducir los errores y ampliar el número de prácticas seguras, las instituciones de salud están haciendo inversiones en acciones que priman por la calidad asistencial y buscan difundir una cultura de seguridad para los pacientes, para los profesionales y para el ambiente. Esos cambios están enfocados en las seis metas de seguridad del paciente preconizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo la meta número uno, la identificación correcta del paciente⁽³⁾.

En lo cotidiano se observa que los servicios de salud adoptan diferentes maneras de identificar los pacientes, por ejemplo, pulseras, placas en las cabeceras, adhesivos en las ropas y distintivos. A partir del lanzamiento del PNSP, las instituciones necesitan compatibilizar los dispositivos preconizados por el protocolo con el deseo de los pacientes. A pesar de que no existen muchos estudios que abordan de manera específica el tema de la identificación del paciente, se nota una preocupación mundial en relación a esa práctica, ya que está íntimamente relacionada a cualquier procedimiento que es realizado en los pacientes, como administración de medicamentos, cirugías, transfusiones de sangre y hemoderivados, entre otros.

Las equivocaciones en la identificación pueden tener su origen luego en el momento del ingreso del paciente en el sistema de atención. La entrada de datos con errores, en un registro informatizado, puede comprometer todo el proceso de atención⁽⁴⁾. El proceso de identificación del paciente, incluyendo la verificación de los datos de la pulsera con la ficha del paciente y con las informaciones confirmadas por él, puede ser visto como una importante etapa en la interacción entre el paciente y el equipo de salud. Los errores de negligencia pueden continuar ocurriendo si los pacientes no están con la pulsera, o si la pulsera no contiene información confiable para la identificación⁽⁵⁾.

En el año de 2007, la *National Patient Safety Agency* (NPSA) de Inglaterra y del País de Gales reveló en una publicación que más de uno en cada diez casos de

cuidados incompatibles notificados estaban relacionados a pulseras de identificación. La correcta utilización de pulseras de identificación y la definición de estándares en lo que se refiere al color, material e identificadores favorecen una práctica segura en la identificación del paciente, lo que significa un recurso adicional en el combate a los errores devastadores que la identificación incorrecta puede producir⁽⁶⁾. Después que la NPSA emitió las orientaciones para prácticas seguras relacionadas a la identificación, fue constatado que 98% de los hospitales desarrollaron políticas consistentes con estas directrices, a pesar de que 23% hubiesen relatado dificultades en la implantación y en la adhesión de pacientes y equipo⁽⁷⁾.

La identificación del paciente tiene dos propósitos: primero, determinar con seguridad que el individuo es legítimo receptor del tratamiento o procedimiento; segundo, asegurar que el procedimiento al ser ejecutado sea efectivamente aquel que el paciente necesita⁽⁸⁾. En la práctica cotidiana se puede percibir que la identificación del paciente es una etapa del cuidado de enfermería que no recibe la debida atención, a pesar de que puede interferir en las demás etapas y sea primordial para garantizar la calidad y seguridad del servicio prestado.

Considerando los aspectos destacados acerca de la importancia de la identificación correcta del paciente y su relación con la ocurrencia de errores en la asistencia a la salud y, por otro lado, la poca valorización en los ambientes de práctica, surgió la siguiente pregunta de investigación: ¿Los pacientes están utilizando pulseras que aseguren su correcta identificación? De esa manera, el presente estudio fue realizado con el objetivo de evaluar el uso de la pulsera de identificación en pacientes hospitalizados en unidades de internación de un hospital universitario.

Método

Se trata de un estudio de abordaje cuantitativo, descriptivo y transversal, realizado en un hospital universitario con 841 camas, en Porto Alegre, Rio Grande del Sur, Brasil⁽⁹⁾. Los datos fueron recolectados en las unidades de internación clínica, quirúrgica, materno infantil y pediátrica, totalizando 19 sectores.

La población del estudio fueron los pacientes internados en las unidades mencionadas. El muestreo fue definido de manera no probabilística, siendo los individuos seleccionados por conveniencia. El hospital obtuvo, en el año de 2011, un total de 22.112 internaciones en esas unidades⁽¹⁰⁾. Para estimar la proporción del uso correcto de la pulsera de identificación de forma a maximizar

la variancia (estimando que 50% estarían usando la pulsera de forma correcta) y considerando un margen de error de 5 puntos porcentuales y nivel de confianza de 95%, fueron necesarios 385 casos. Los 385 casos fueron seleccionados respetando la proporcionalidad de las camas de las unidades en el total de las camas del hospital.

Se adoptó como criterio de inclusión la internación del paciente en los referidos sectores del hospital. Fueron excluidos los pacientes de consultas en ambulatorios, pacientes de áreas de diagnósticos y sesiones terapéuticas, pacientes quirúrgicos de ambulatorios, pacientes de la emergencia, pacientes del bloque quirúrgico, pacientes del centro de tratamiento intensivo y pacientes del centro obstétrico, además de los pacientes que no poseían condiciones de firmar el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI).

La recolección de los datos ocurrió durante cinco días consecutivos en el mes de noviembre de 2012 por método observacional, mediante el llenado de un formulario estructurado, en donde fueron contemplados datos referentes a la utilización y condiciones de la pulsera de identificación, los elementos de identificación utilizados en la pulsera y los datos de identificación que constan en la ficha médica del paciente. Los datos de la pulsera fueron anotados en el instrumento de investigación para posterior verificación con los datos que constaban en la ficha médica del paciente. Las enfermeras responsables por las unidades fueron informadas cuando constatado, después de la recolección de datos, que los pacientes se encontraban sin la pulsera de identificación o con alguna irregularidad en los datos o en las condiciones de la pulsera. Cada sector de internación fue evaluado solamente en una oportunidad y sin programación previa.

Por tratarse de variables categóricas, para el análisis de los datos fue utilizada la estadística descriptiva con frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Los datos fueron almacenados y analizados con el software SPSS versión 16.0.

La investigación fue realizada después de aprobada por el Comité de Ética del Grupo de Investigación y Postgraduación del referido hospital con el n° 1203-84. La obtención de los datos de las fichas médicas ocurrió mediante la firma del Término de Compromiso para Utilización de Datos, estandarizado en el hospital, por el investigador responsable del estudio. Para la recolección de los datos fue solicitado a los participantes, con edad superior a 18 años, la lectura y el consentimiento del TCLI. Para los pacientes menores de edad, fue creado un TCLI para los padres o responsables.

Resultados

El presente estudio verificó que, de los 385 pacientes observados 369, (95,8%) se encontraban con la pulsera de identificación y 16 (4,2%) pacientes sin la pulsera de identificación. De los pacientes con pulsera, se puede observar que 83,9% (323) poseían la identificación conforme lo preconizado por el Procedimiento Operacional Estándar (POE) de identificación del paciente de la institución y 11,9% no estaban conforme. Las conformidades estaban relacionadas con la presencia e integridad de la pulsera, legibilidad de los datos, presencia de dos identificadores, que fueron el nombre completo y el número de la ficha médica, y los datos que constaban en la pulsera estaban de acuerdo con los datos que constaban en la ficha médica online del paciente.

Entre los casos de pacientes que poseían la pulsera de identificación, pero no estaban de conformidad con el POE de enfermería de la institución, se pueden destacar los errores relacionados con: no integridad de la pulsera, ilegibilidad, incoherencias entre el nombre escrito en la pulsera y el nombre que constaba en la ficha médica online y también el número del registro del paciente que constaba en la pulsera con el número de la ficha médica online.

En cuanto a la integridad de la pulsera, apenas 3 (0,81%) pulseras de las 369 se encontraban con problemas en su integridad, debido a que contenían rasgos (dos pulseras) y pliegues (una pulsera).

En cuanto a la legibilidad de los datos en la pulsera, se constató una pulsera con el nombre y el número de registro borrados en la etiqueta pegada a la pulsera, una pulsera con apenas el número de registro borrado en la etiqueta y dos pulseras con el nombre borrado y que había sido escrito directamente en la pulsera (sin uso de etiqueta como los demás casos).

En relación al hecho del nombre escrito en la pulsera estar de acuerdo con el nombre que constaba en la ficha médica electrónica, se constató irregularidad en 32 (8,67%) pulseras, siendo que 25 de estas poseían el nombre incompleto del paciente, 2 estaban con el apellido equivocado, 2 poseían letras equivocadas en el nombre y/o apellido y 3 se encontraban con el nombre incompleto y el apellido equivocado.

Con relación al hecho del número del registro escrito en la pulsera estar de acuerdo con el número que constaba en la ficha médica electrónica se verificó 16 (4,33%) pulseras con equivocaciones. Entre estas, 3 pulseras presentaban un algoritmo modificado; y, 9

pulseras tenían todo el número diferente, esto es, no había concordancia entre el número de registro en la ficha y el de la pulsera. Se observó, además, que en 3 pulseras no se consiguió leer algunos algoritmos y en una pulsera no existía el número de registro.

El color de la pulsera también fue una variable investigada, siendo observado el uso de 278 (75,3%) pulseras blancas y 91 (24,7%) pulseras naranjas que señalaban la presencia de algún tipo de alergia. En algunos pacientes fue constatado que sus pulseras estaban cubiertas por esparadrapo microporoso antialérgico, ya que los mismos desarrollaron alergia al material de la pulsera. La alternativa de encapar la pulsera fue adoptada por el equipo de enfermería para que el paciente no quedase sin usar la pulsera.

El POE de Identificación del Paciente de la institución establece que la pulsera debe contener, por lo menos, dos identificadores: el nombre completo del paciente y el número de registro. El número de la cama, en este hospital, no es considerado un identificador confiable. De los 369 pacientes que poseían la pulsera, 364 (98,64%) pulseras estaban identificadas con dos identificadores y 5 (1,36%) pulseras con 3 identificadores. En cuanto al tipo de identificadores se puede constatar que 363 (98,38%) poseían como identificadores el nombre y el número de registro, una (0,27%) poseía el nombre y el número de la cama, 4 (1,08%) pulseras tenían anotados el nombre, el número del registro y el número de la cama y, además, una (0,27%) poseía el nombre, el número del registro y el equipo médico.

En relación a los 16 pacientes que estaban sin la pulsera de identificación, 6 (37,5%) casos ocurrieron en las unidades de internación pediátrica. El principal motivo descrito por los padres o responsables de los niños fue que, al colocar la pulsera de identificación, los profesionales de enfermería la dejaban más grande que el tamaño del antebrazo de los niños, ocasionando la pérdida de las pulseras. Otros 4 (25%) pacientes sin pulsera estaban internados en la unidad psiquiátrica, siendo que los propios pacientes relataron que se encontraban sin pulsera porque no querían usarlas. Los 6 (37,5%) pacientes restantes estaban internados en las unidades de internación adulto clínica y quirúrgica. Al ser cuestionados por cual motivo estaban sin pulsera, 2 de ellos respondieron que no querían usarla y no creían que era importante esa práctica y los otros 4 informaron que la pulsera fue retirada por el equipo de enfermería para colocar un acceso venoso y que olvidaron recolocarla en el otro brazo.

Discusión

Conforme los resultados presentados, 83,9% (323) de los pacientes estaban identificados de acuerdo con las exigencias descritas en el POE de enfermería de la institución. La monitorización de la proporción de pacientes que utilizan la pulsera estandarizada es una de las prácticas recomendadas en el protocolo de identificación del paciente⁽²⁾.

A pesar de que el porcentaje evidenciado parece ser un óptimo resultado, el número de individuos identificados correctamente debería aproximarse del 100%, principalmente porque la identificación de los pacientes es una importante etapa que antecede a la mayoría de los cuidados. En otro estudio, los autores recomiendan que la tasa de errores relativos a las pulseras de identificación debe ser mantenido entre 0,2% y 0,3%⁽¹¹⁾.

Inclusive no alcanzando los valores ideales en la implantación correcta de las pulseras de identificación, la institución en donde los datos fueron recolectados presenta resultados expresivos cuando comparado a datos de otras instituciones. En una investigación desarrollada en un hospital en Sao Paulo, Brasil, fueron realizadas 540 observaciones en pulseras de identificación de neonatos internados; se obtuvo un total de 82,2% de conformidad de las pulseras de acuerdo con el protocolo de la institución. En relación las inconformidades, las más frecuentes fueron la presencia del nombre incompleto de la madre del recién nacido (6,7%) y la ilegibilidad de los datos de la pulsera (6,9%)⁽¹²⁾.

Un estudio americano, que reunió datos de 217 instituciones de salud participantes de la investigación en los años de 1.999 y 2.000, obtuvo un total de 1.757.730 pulseras de identificación evaluadas. De ese total, 45.197 (2,57%) de las observaciones poseían errores, siendo 71,6% atribuidos a pulseras ausentes, 7,7% pulseras ilegibles, 6,8% pulseras con informaciones equivocadas, 9,1% pulseras con informaciones borradas, 3,7% pulseras que presentaban datos contradictorios y en 1,1% la pulsera estaba equivocada⁽¹³⁾, demostrando que el problema de la ausencia y de la ilegibilidad de las pulseras de identificación fue más frecuente. Los autores refirieron también que las pulseras con errores son más fáciles de corregir que la falta de pulseras de identificación, lo que sirve de aliento a los resultados del presente estudio, en el cual la tasa de individuos sin pulsera es menor que la tasa de individuos con pulseras con errores.

Además en este mismo estudio, publicado por el Colegio Americano de Patólogos, los autores refirieron que exigir que todos los pacientes usen siempre la pulsera de identificación correcta no requiere un gran esfuerzo con equipos caros y sistemas elaborados, pero si requiere fortalecer el sistema simple en vigor⁽¹¹⁾. En consonancia, en un estudio brasileño, los autores afirmaron que "en cuanto los equipos para la utilización del código de barras pueden tener un costo elevado, el empleo de las pulseras de identificación y la apropiada identificación en la cama generan menor costo y, si utilizados efectivamente, contribuyen para minimizar la ocurrencia de administración de medicamentos a pacientes equivocados"⁽¹³⁾.

La ausencia de la pulsera, las equivocaciones en el nombre y en el número de identificación del paciente son reconocidos como los tipos de errores más frecuentes cuando se trata de la verificación de pulseras de identificación de los pacientes. Un estudio conducido durante 45 meses apuntó que la ausencia de pulseras responde por 50,3% a 100% de los problemas encontrados, el nombre por 0% a 24,6% y el número por 0% a 25,3% de las equivocaciones⁽¹⁴⁾.

La estrategia de implantar pulseras de identificación como una de las herramientas para promover un cuidado que prime por la seguridad de los pacientes, se entiende como una práctica de bajo costo para las instituciones y de fácil instalación en la rutina de los cuidados de los profesionales de salud.

El hecho de que los profesionales de enfermería tienen que escribir los datos de los pacientes en las pulseras de identificación se entiende como un momento en donde las fallas pueden ocurrir, si se considera la carga de trabajo elevada que tienen esos profesionales en varias instituciones. La implantación de nuevas tecnologías viene siendo descrita en la literatura como una alternativa para una identificación más segura del paciente. Algunos investigadores afirman que el uso de código de barras en las pulseras y el *scanner* (para la lectura del mismo), antes de la administración del medicamento, constituye una forma de asegurar que el medicamento prescrito está siendo administrado al paciente correcto, estimando una reducción de cerca de 70% en las tasas de equivocaciones en las instituciones que utilizan ese sistema⁽¹³⁾. Un estudio reciente ratifica la amplia utilización de las pulseras de identificación con código de barras y la reducción del número de errores relacionados a esa etapa del cuidado, entre tanto, también pondera que la desventaja de esa tecnología es el costo de implantación⁽¹⁵⁾.

Se estima que los costos para implantación de la tecnología del código de barras en pulseras de identificación sea entre U\$ 200.000 y U\$ 1.000.000 dependiendo del tamaño del hospital⁽¹⁵⁾. En comparación, otra investigación realizada en los Estados Unidos apunta que entre 1% y 2% de los pacientes hospitalizados sufren daños resultantes de equivocaciones de medicación y describen que cada error resulta en un costo adicional de U\$ 4.700 a U\$ 5.000, sin llevar en consideración los costos legales⁽¹⁶⁾. Al analizar esos datos y los de otro estudio, el cual describió que de los 24.382 errores registrados, 2.900 estaban relacionados a la identificación de los pacientes, se puede estimar un costo superior a U\$ 13 millones para reparar esos errores⁽⁶⁾. En esa perspectiva de análisis, la implantación de esa tecnología representaría un costo menor para las instituciones y un cuidado más seguro.

Es oportuno alertar que, inclusive con la incorporación de esa tecnología, es necesario que los profesionales sigan rigurosamente las recomendaciones de escanear el código de barras de la pulsera del paciente y el de la medicación que será administrada, para verificar la seguridad del proceso. Una investigación realizada en hospitales revela que, a veces, estos cuidados no son seguidos debido a que la pulsera está dañada (mojada por los fluidos corporales, arrugada o rota) y los datos están ilegibles, o inclusive inaccesibles por el hecho de que el paciente está durmiendo⁽¹⁷⁾.

Los resultados evidenciaron que el mayor número de pacientes sin pulseras de identificación fue encontrado en las unidades pediátricas y en la unidad psiquiátrica. Delante de esto, se debe resaltar la importancia de dar una mayor atención a la identificación de los pacientes internados en esas unidades. En un estudio brasileño publicado en 2011, los investigadores realizaron observaciones del proceso de administración de medicaciones y fluidos, siendo que en 36,32% de ellos los pacientes pediátricos no fueron identificados de ninguna manera y en 63,67% de ellos los pacientes fueron identificados de alguna manera⁽¹⁸⁾. Otro estudio refuerza la necesidad de dar mayor atención a ese grupo debido a que los pacientes pediátricos poseen barreras de comunicación verbal, necesitando de la participación activa de los familiares en la confirmación de la identificación⁽¹⁹⁾. La pulsera, para uso pediátrico, debe contemplar el requisito de un tamaño mínimo para asegurar la comodidad y seguridad a ese grupo especial de pacientes⁽²⁾.

En relación la unidad de internación psiquiátrica, el único motivo suministrado por los propios pacientes,

referente a la ausencia de la pulsera, fue que estos no tenían interés en usar la pulsera de identificación preconizada por el hospital. Buscando por referenciales que auxiliasen a comprender este resultado fue encontrado un único estudio que contenía datos sobre la unidad psiquiátrica; en éste, los autores presentan que de los 14 pacientes observados, 14 se encontraban sin la pulsera de identificación, o sea, 100% de los pacientes, y que, al cuestionar a la enfermera responsable por la unidad, la misma informó que el motivo para este resultado fue el pequeño número de camas, favoreciendo que el equipo conociese a todos los pacientes internados⁽²⁰⁾.

Alertamos sobre el hecho de que inclusive en unidades con pocas camas se debe considerar que los pacientes internados son atendidos por diversos equipos compuestos por diferentes profesionales, que en la mayoría de las veces, están prestando cuidados a estos pacientes durante apenas una parte del día. Esa situación sucede también con funcionarios de otros sectores, no solo en el momento en que un profesional se presenta a la unidad de internación para recolectar sangre para exámenes, pero también cuando un profesional recibe y atiende a un paciente en una área externa a la unidad. La utilización de la identificación del paciente es necesaria en la prestación de cuidados por el equipo que posee mayor contacto con el enfermo y por los demás funcionarios y alumnos, además de ser fundamental su importancia cuando ocurren transferencias del paciente efectuadas por el hospital. De esa manera, se vuelve imprescindible difundir la relevancia del uso de pulseras de identificación tanto en los equipos de cuidado como entre los propios pacientes, para que estos puedan se tornar corresponsables por esa práctica.

El color utilizado en las pulseras de identificación también fue un resultado encontrado. La mayoría de los pacientes usaban la pulsera con el color blanco, sin embargo el porcentaje (24,7%) de pacientes con pulseras naranjas como indicativo de alergia fue relevante. El uso de colores en pulseras fijadas en el antebrazo de los pacientes está siendo una estrategia adoptada por las instituciones para señalar alguna peculiaridad en la situación de salud de los enfermos internados que demande mayor atención por parte de los equipos que los atienden. Las instituciones realizan esa práctica sin una debida estandarización entre ellas, verificándose que en algunos hospitales las pulseras color naranja indican alergia, sin embargo, en otros, indican riesgo de caída. En una iniciativa de la "*Colorado Foundation for Medical Care*", los administradores de los hospitales de esa región de los Estados Unidos se reunieron para

discutir y definir una estandarización para los colores de las pulseras después que una enfermera clasificó un paciente de manera inadecuada, siendo que el color definido para alergia fue el rojo⁽²¹⁾.

En cuanto al significado del color de la pulsera, una publicación reciente destaca que la ausencia de estandarización puede confundir a los profesionales que trabajan en más de una institución. Así, en Pensilvania (EUA), fue propuesto el uso estandarizado de colores para señalar el riesgo de ocurrencia de eventos de seguridad⁽²²⁾.

Frente a esa problemática, la Red Brasileña de Enfermería y Seguridad del Paciente – Polo Rio Grande del Sur (REBRAENSP – RS) realizó debates sobre la estandarización de los colores en pulseras con la finalidad de definir el color más adecuado para indicar alergia. Después del relato de enfermeros de diferentes instituciones, se verificó que los colores más utilizados eran el rojo y el naranja. En una publicación reciente, la Red optó por sugerir apenas el uso del color rojo para reducir todavía más la gama de posibles equivocaciones⁽²³⁾.

Adoptar prácticas perfeccionadas y nuevas rutinas de trabajo en las instituciones de salud es un proceso complejo debido al tiempo de adaptación de los equipos a las políticas innovadoras. Las rutinas ya establecidas aseguran una zona de comodidad a los profesionales, en cuanto que la propuesta de reconfiguración de las acciones puede desencadenar sentimientos de inseguridad, rechazo y miedo. La difícil tarea de implantar nuevas rutinas ya fue descrita en un estudio anterior, siendo reconocido que las políticas que objetivan alterar el comportamiento de los practicantes para mejorar la seguridad son menos probables de tener éxito si no llevan en cuenta las prácticas ya existentes⁽⁵⁾.

La identificación de los pacientes y la aplicación de la pulsera de identificación deben realizarse como un proceso sistematizado, incluyendo esa acción como uno de los demás cuidados prestados a los pacientes. Ese hecho puede ser observado al analizar los datos referentes de la unidad de internación de neonatología, en donde 100% de los recién nacidos poseían por lo menos una pulsera de identificación y 100% de las pulseras estaban de acuerdo con el POE. La práctica de colocar pulseras de identificación en los recién nacidos y la confirmación de los datos de la pulsera con los responsables fue absorbida por los profesionales de la unidad, así como los demás cuidados realizados en la admisión de los recién nacidos.

El proceso de implantación de nuevas prácticas debe ocurrir de manera colaborativa y constructiva, aliando el objetivo institucional de consolidar una

atención de calidad y seguridad con los intereses y necesidades de los equipos que trabajan en la línea de frente del cuidado. La educación permanente, las actualizaciones, el perfeccionamiento y el reciclaje que objetiven incrementar los conocimientos adquiridos en la formación básica curricular también auxilian en la reducción de fallas⁽²⁴⁾. Otro estudio afirma que el equipo debe participar en el entendimiento, la valorización y la concientización de la relevancia de la identificación del paciente y que la participación de la enfermería es de fundamental importancia en la definición de las estrategias que serán efectivas en la implantación y mejoría de las prácticas. Para garantizar la seguridad del paciente es necesario concientizar, a todos los profesionales, de que la prestación de cuidados adecuados y sin daños es una responsabilidad no solo de la enfermería, pero de todos los integrantes de equipos que interactúan con el paciente⁽²⁵⁾.

Se considera como una limitación de este estudio el hecho de haber sido realizado en un momento particular de la institución, caracterizado por la implementación de un número elevado de nuevas rutinas y por la efervescencia del proceso de Acreditación Hospitalario, lo que puede sugerir un aumento en la tasa de pacientes identificados correctamente.

Otra ponderación a ser hecha está relacionada a los objetivos de ese estudio, el cual se propuso analizar uno de los aspectos de la identificación de los pacientes: la presencia de la pulsera de identificación en el antebrazo de los pacientes y la confiabilidad de los datos inscritos en esas pulseras. La realización de otros estudios, que busquen conocer la utilización de la pulsera de identificación por los profesionales de la institución, antes de la prestación de cuidados, también son necesarios para la evaluación del proceso de identificación en su totalidad.

Conclusión

Con este estudio fue posible conocer la prevalencia del uso de pulseras de identificación en pacientes internados en un hospital de enseñanza del municipio de Porto Alegre, Rio Grande del Sur, Brasil. La implantación de esa práctica fue investigada por las tasas de pacientes con la pulsera de identificación y por las tasas de pulseras correctas de acuerdo con el POE de la institución. Se verificó que la utilización de los dos identificadores, nombre completo y número del registro, está ampliamente difundida entre los profesionales que inscriben los datos en las pulseras. También se

encontraron datos que trajeron resultados referentes a los aspectos visuales de la pulsera, como su integridad, legibilidad y color. Además, se identificó las unidades de internación que merecen una mirada atenta por presentar resultados inferiores a los encontrados en la mayoría de las áreas investigadas.

Los resultados obtenidos en las unidades del servicio de pediatría y de psiquiatría concuerdan con otros referenciales disponibles en la literatura, lo que refuerza la necesidad de revisar las etapas de la identificación realizadas por el equipo de salud, también se debe reforzar la concientización de los pacientes y sus familiares sobre la importancia de estar atentos a esa práctica y participar de la construcción de la cultura de seguridad en la institución.

La no existencia de una investigación semejante previa imposibilita evaluar la influencia de la actual coyuntura de acreditación con el momento anterior a la diseminación de ideas de seguridad y de calidad. El presente estudio demostró el compromiso de los profesionales en el proceso de identificación de los pacientes a través de la verificación una alta tasa de conformidad de las pulseras observadas con el POE institucional, inclusive contemplando que hubiese sido creado hace menos de un año, siguiendo las recomendaciones internacionales de seguridad.

La realización de este estudio contribuyó al suministrar evidencias de la utilización de pulseras de identificación en pacientes internados en la institución y al orientar el perfeccionamiento de las prácticas referentes a esa temática. Se sugiere que sea realizada una monitorización de ese proceso algunos meses después de la evaluación de la *Joint Commission International*, para que se verifique el progreso de las acciones y se efectúe comparaciones entre los diferentes momentos experimentados por el hospital, permitiendo evaluar la consolidación de una cultura de seguridad en la institución.

Agradecimientos

Al Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) por acuerdo en la realización de la investigación y el apoyo estadístico del Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG / HCPA).

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Relatório do seminário nacional para implantação do programa nacional de segu-

- rança do paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [acesso em: 12 nov 2013]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/Documents/RelatorioSeminarionacionalImplantacaodoProgramaNacionaldeSegurancadoPacienteout2013.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de Identificação do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em: 12 nov 2013]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf>
3. World Health Organization. Joint Commission Resources. Joint Commission International. Patient Safety Solutions. Solution 2: patient identification [Internet]. Geneva; 2007 [acesso em: 30 nov 2012]. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>
4. Moura GMSS, Magalhães AMM. Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos. In: Assistência segura: uma reflexão aplicada à prática. Brasília: ANVISA, 2013 [acesso em: 20 set 2014]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>
5. Smith AF, Casey K, Wilson J, Fischbacher-Smith D. Wristbands as aids to reduce misidentification: an ethnographically guided task analysis. *Int J Qual Health Care*. 2011;23(5):590-9.
6. Mayor S. Hospitals should standardise patient wristband design. *BMJ*. 2007;335(7611):118.
7. Sevdalis N, Norris B, Ranger C, Bothwell S. Closing the safety loop: evaluation of the National Patient Safety Agency's guidance regarding wristband identification of hospital inpatients. *J Eval Clin Pract*. 2009;15(2):311-5.
8. Consórcio Brasileiro de Acreditação, Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Rio de Janeiro: JCI; 2007.
9. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Relatório de Gestão do Exercício de 2013. Porto Alegre: HCPA; 2014 [acesso em: 26 jun 2014]. Disponível em: http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/Publicacoes/relatorio_gestao_hcpa_2013.pdf
10. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Relatório de atividades do Grupo de Enfermagem. Porto Alegre: HCPA; 2011 [acesso em: 30 nov 2012]. Disponível em: http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/Publicacoes/relatorio_atividades_genf_2011.pdf
11. Howanitz PJ, Renner SW, Walsh MK. Continuous Wristband Monitoring Over 2 Years Decreases Identification Errors. A College of American Pathologists Q-Tracks Study. *Arch Pathol Lab Med*. 2002;126: 809-15.
12. Quadrado ERS, Tronchin DMR. Evaluation of the identification protocol for newborns in a private hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(4):659-67.
13. Silva AEBC, Cassiani SHB, Miaso AI, Opitz SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(3):272-6.
14. Dhatt GS, Abu Damir H, Matarelli S, Sankaranarayanan K, James DM. Patient safety: patient identification wristband errors. *Clin Chem Lab Med*. 2011;49(5):927-9.
15. Cassiani SHB, Gimenes FRE, Monzani AAS. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. *Rev Eletr Enferm [Internet]*. 2009 [acesso em: 30 nov 2012];11(2):413-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a24.htm>.
16. Néri EDR, Oliveira SGM, Rodrigues JLN, Medeiros MMC, Fonteles MMF. Erros na área da saúde: culpado ou inocente? *Infarma*. 2006;18(3/4):5-8.
17. Koppel R, Wetterneck T, Telles JL, Karsh BT. Workarounds to Barcode Medication Administration Systems: Their Occurrences, Causes, and Threats to Patient Safety. *J Am Med Inform Assoc*. 2008;15(4):408-23.
18. Porto TP, Rocha PK, Lessmann JC, Souza S, Kretzer L, Anders JC. Identificação do paciente em unidade pediátrica: uma questão de segurança. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2011;11(2):67-74.
19. Fawkes PL. Patient Identification. California Association for Medical Laboratory Technology. Fremont, 2007 [acesso em: 30 nov 2012]. Disponível em: http://www.cam.lt.org/pdf_files/forms/963-form.pdf.
20. Miaso AI, Cassiani SHB. Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(1):16-25.
21. Colorado Foundation For Medical Care. Color wristband program seeks to reduce errors. *Healthcare Benchmarks Qual Improv*. 2007;14(12):138-9.
22. The Joint Commission. Changing colors: unifying wristband use improves patient safety. Briefings on The Joint Commission. 2004;25(6):1-4. [acesso em: 14 set 2014]. Disponível em: <http://www.hcpro.com/content/304480.pdf>
23. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: Edipucrs; 2013. [acesso em: 23 set 2014]. Disponível em: http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf
24. Franco JN, Ribeiro G, D'Innocenzo M, Barros BPA. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. *Rev Bras Enferm*, 2010;63(6):927-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/09.pdf>
25. Neves LAC, Melgaço RMT. A identificação do paciente como indicador de qualidade. *Rev Eletr Acred [Internet]*. 2011 [acesso em: 30 nov 2012];1(1):88-100. Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/ojs/index.php/Acred01/article/view/17>.

Recibido: 24.1.2014

Aceptado: 25.11.2014