

Error en la identificación del paciente según su estado cognitivo: comparación entre pregunta abierta y pregunta cerrada

Xosé Manuel Mejjome Sánchez^{a*}, Aránzazu González Cea^a

^a Hospital El Bierzo. León. España.

Acceptado el 10 de septiembre de 2017

RESUMEN

Introducción: La minimización de los errores y eventos adversos es el principal componente de la calidad técnica de los servicios de salud. Los errores de identificación del paciente o su documentación son poco frecuentes pero tienen consecuencias importantes. Los profesionales atribuyen parte de esos errores a fallos del paciente al identificarse debido a su situación cognitiva.

Objetivo: Cuantificar los errores de identificación del paciente en el grupo de pacientes mayores de 75 años ingresados con diagnóstico de fractura de cadera así como su relación con el estado cognitivo del paciente y con el tipo de pregunta utilizada.

Métodos: Estudio aleatorizado con cegamiento simple. Un investigador realizaba los test y escalas de valoración geriátrica de SACYL y el otro la identificación.

Resultados: 177 pacientes cumplieron los criterios de inclusión y consentimiento. Aleatorizados en 93 pacientes en el grupo de pregunta de identificación de tipo cerrado y 84 en el de tipo abierto. 14 pacientes (7,9%) fallaron la respuesta en la pregunta de identificación; el total de aciertos en el SPMSQ y la puntuación en la escala de Barthel mostraron diferencias significativas entre quienes acertaron y fallaron al identificarse. Todos los pacientes que fallaron la pregunta de identificación habían fallado 8 o más preguntas del SPMSQ, límite que marca el deterioro cognitivo.

Conclusiones: Aunque el riesgo de fallo de identificación sea bajo sus consecuencias son graves. Nuestros datos justifican el uso de dispositivos de apoyo a la identificación del paciente.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del Paciente, Sistemas de Identificación de Pacientes, Envejecimiento Cognitivo

Error in patient identification according to cognitive status: comparison between open and closed-ended questions

ABSTRACT

Introduction: Minimizing errors and adverse events is the main component of the technical quality of health services. Patient identification errors or documentation are rare but have important consequences. Professionals attribute part of these errors to patient failure to identify themselves because their cognitive status.

Objective: To quantify the patient identification errors in the group of patients over 75 years old admitted with a diagnosis of hip fracture as well as their relation with the patient's cognitive state and with the type of question used.

Methods: Randomized study with simple blinding. One investigator performed the tests and rating scales of SACYL and the other performed the identification test.

Results: 177 patients met the inclusion and consent criteria. Randomized in 93 patients in the closed-type identification question group and 84 in the open-type question group. 14 patients (7.9%) failed to answer the identification question; the total successes in SPMSQ and Barthel scale score showed significant differences between those who were successful and failed to identify themselves. All patients who failed the identification question had failed 8 or more SPMSQ limit questions marking cognitive impairment.

Conclusions: Although the risk of identification failure is low, its consequences are serious. Our data justifies the use of patient identification devices.

KEY WORDS: Patient Safety, Patient Identification Systems, Cognitive Aging

TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD

INTRODUCCIÓN

En cualquier tipo de prestación de servicio la calidad es un factor determinante tanto desde el punto de vista de "rendimiento" de la propia actividad como desde el de la satisfacción de los usuarios.

La ausencia de errores es uno de los elementos definitorios de la calidad en cualquier actividad pero es en aquellas en las que el error implica un daño a las personas donde esta búsqueda se vuelve perentoria.

En la asistencia sanitaria la existencia de los eventos adversos causados por la propia actividad supuso un tema tabú a nivel institucional hasta la década de los noventa del pasado siglo; a partir de documentos paradigmáticos como "to err is human"(1) la seguridad del paciente saltó al primer plano institucional y poco a poco se ha ido insertando con un éxito dispar en las líneas estratégicas, programas operativos, acciones locales y conciencia de los profesionales.

La preocupación de la enfermería por la seguridad del paciente y su posición privilegiada en este aspecto se ve reflejada en su fuerte implicación en los sistemas de notificación tanto en la realización de las mismas (55% en SINAPS)(2) como en la propuesta de buenas prácticas como respuesta a los eventos notificados; también es de destacar la incorporación de la gestión de riesgos dentro de las políticas de calidad en cuidados destacando el conjunto de indicadores del proyecto SENECA(3).

Los errores de identificación del paciente o de los documentos y pruebas relacionados con el mismo constituyen una de las principales fuentes de daño en la atención sanitaria(4) pese a que su consideración es dispar entre los profesionales según su ámbito de trabajo(5). Las consecuencias de estos errores son graves o moderadas conduciendo al extravío ó repetición de pruebas, realización de pruebas incorrectas, administración de tratamientos inadecuados o fuera de horario o a la no administración de tratamientos(6,7).

La identificación del paciente ha de entenderse como un proceso, o como una subrutina dentro de cada procedimiento que implique contacto entre un profesional y un paciente o su documentación. Dicha subrutina busca asegurar al profesional que la persona o los datos con los que trabaja corresponden al objetivo de su atención y no a otro.

Los errores en la identificación del paciente pueden provenir tanto por falta como por un fallo en la sistemática a la hora de realizar esta subrutina por parte del profesional o puede venir inducido por errores previos de otros profesionales (etiquetado de documentos o muestras) o por un fallo del propio paciente a la hora de responder a la pregunta de identificación que realiza el profesional.

Sin embargo, la cuantificación y clasificación de los errores de identificación resulta complicada pues la mayoría de las veces los datos disponibles dependen de sistemas de notificación voluntarios o de las reclamaciones, quejas y querrelas judiciales sistemas todos ellos que por su propia naturaleza no exhaustiva tienden a una minusvaloración de este tipo de error.

Para tratar de poner barreras a este problema se han

propuesto e introducido diferentes tipos de sistemas de identificación como pulseras o bandas de identificación(8) con códigos de lectura o el uso de chips emisores de radiofrecuencia (RFID)(9) y rutinas estandarizadas en las tareas de toma de datos o la administración de tratamientos y realización de intervenciones con un papel creciente de las tecnologías de la información. No es posible cuantificar con certeza la efectividad de dichas medidas en la práctica clínica pero se sabe que no son infalibles(10).

Entre los profesionales y de forma generalizada se vinculan los errores de identificación al estado cognitivo del paciente y a su capacidad de respuesta consciente así como al tipo de pregunta con el que se realiza el proceso de identificación.

Es conocido que el estado cognitivo del paciente empeora con la edad(11) siendo difícil en algunos casos diferenciarlo de la demencia(12) y pudiendo verse afectado por las circunstancias clínicas, además en muchos casos los pacientes con aparente estado cognitivo normal se desorientan durante su ingreso en centros sanitarios. Todo ello se asocia, en el caso de los pacientes mayores con fractura de cadera, a un evento que sitúa a estos usuarios en un estado de gran fragilidad como lo demuestra el exceso de mortalidad tras el mismo(13).

En vista de lo expuesto consideramos de interés este estudio cuyo objetivo principal fue cuantificar la posibilidad de error de identificación inducido por el paciente en un grupo de pacientes mayores de 75 años ingresados con diagnóstico de fractura de cadera y su posible relación con el tipo de pregunta de identificación utilizada (abierta o cerrada) y con el grado cognitivo del paciente valorado con el Short portable mental status questionnaire.

MÉTODO

Durante un año (octubre 2013-septiembre 2014) se ha realizado un estudio aleatorizado con cegamiento simple a los pacientes mayores de 75 años que ingresaron en el hospital El Bierzo con diagnóstico de fractura de cadera y para los que se obtuvo el consentimiento informado previo. La aleatorización se aplicó en base a una tabla predefinida en la que los casos consecutivos iban siendo asignados aleatoriamente a un grupo de "pregunta abierta" ("¿Cómo se llama usted?") o de pregunta cerrada ("¿se llama usted (su nombre real)?").

El protocolo del estudio y su consentimiento informado fueron autorizados por el comité de ética de investigación clínica de las áreas de León con fecha 29 de Octubre de 2013.

Los pacientes mayores de 75 años que ingresaron en el hospital El Bierzo con diagnóstico de fractura de cadera de cualquier clase fueron incluidos en un programa específico de valoración y seguimiento y una enfermera dependiente de la supervisión de área de calidad les realizaba el protocolo de valoración geriátrica en las primeras 48 horas del ingreso hospitalario.

El protocolo de valoración incluye:

1-El Short portable mental status questionnaire (SPMSQ) conocido como test de Pfeiffer traducido, adaptado y validado en castellano. Es un test que permite detectar con una fiabilidad aceptable la existencia de una alteración cognitiva mediante una batería de 10 preguntas que

TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD

evalúan la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre hechos cotidianos y la capacidad para realizar un trabajo matemático seriado. Se considera que un paciente presenta deterioro cognitivo si tiene 7 o más fallos en este test.

2-El índice de actividades básicas de la vida diaria de Barthel. Tiene una amplia base conceptual y una gran fiabilidad y validez. Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades otorgando una puntuación a cada una. El resultado final del índice es una puntuación que puede ir de 0 (total dependencia) a 100 (total independencia).

3-Entrevista con el cuidador principal o persona que acompaña al paciente.

En el transcurso de esta valoración se solicitaba (al paciente y/o a su acompañante) el consentimiento informado para la participación en el estudio. En el mismo momento que se realizaba la valoración geriátrica y una vez obtenido el consentimiento informado se avisaba vía telefónica al investigador principal de la presencia de un nuevo paciente para el estudio indicándole únicamente el número de la cama en la que se hallaba.

El investigador incorporaba el caso a la tabla de aleatorización para obtener el tipo de pregunta a realizar; de corresponder una pregunta cerrada (“¿Se llama usted (su nombre real)?”) el investigador principal preguntaba el nombre propio del paciente a la enfermera comunicante.

RESULTADOS

177 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron el consentimiento. La media de edad fue de $86,39 \pm 5,23$, un 78% de mujeres, tomaban una media de $5,32 \pm 2,99$ medicamentos, con una puntuación media de $71,97 \pm 30,55$ en la escala Barthel de dependencia y una media de $5,35 \pm 3,96$ respuestas correctas en el SPMSQ.

Resultaron aleatorizados 93 pacientes en el grupo de pregunta de identificación de tipo cerrado y 84 en el de tipo abierto. Ambos grupos no mostraron diferencias significativas respecto a sexo, edad, número de medicamentos, puntuación en la escala de Barthel o puntuación en el SPMSQ.

En el grupo de “Pregunta cerrada” fallaron en la respuesta a la pregunta de identificación un 8,6% de los pacientes (8 en total; 5 no respondieron y 3 dieron una respuesta ininteligible). Uno de estos pacientes no portaba la banda identificativa. El fallo en la respuesta resultó significativo respecto a la escala de Barthel ($30 \pm 33,2$ vs $74,47 \pm 29,12$ $p < 0,01$) y SPMSQ (0 vs $5,25 \pm 4,04$ $p < 0,01$) pero no respecto a sexo, edad o número de medicamentos.

En el grupo de “Pregunta abierta” fallaron en la respuesta un 7,14% de los pacientes (6 en total; 4 no respondieron, 1 dio una respuesta ininteligible y 1 dijo “no lo sé”) 2 pacientes no portaban la banda identificativa. El fallo en la respuesta resultó significativo respecto a la escala de Barthel ($29,16 \pm 35,13$ vs $76,97 \pm 25,76$ $p < 0,01$) y SPMSQ ($0,66 \pm 1,21$ vs $6,35 \pm 3,5$ $p < 0,01$) pero no respecto a sexo, edad o nº de medicamentos.

No se observaron diferencias significativas entre las distintas modalidades de pregunta (abierta o cerrada) respecto a la respuesta a la identificación del paciente ni en

el global de la muestra ni en subconjuntos atendiendo al número de aciertos en el SPMSQ de forma consecutiva.

Respecto al total de la muestra (177 pacientes) un 7,9% de los pacientes falló en la pregunta de identificación; el número total de aciertos en el SPMSQ resultó significativo ($p < 0,001$) entre la respuesta correcta a la pregunta de identificación ($5,78 \pm 3,82$) y la errónea ($0,28 \pm 0,82$). La puntuación en la escala de Barthel resultó significativa ($p < 0,001$) entre la respuesta correcta ($75,65 \pm 27,53$) y la errónea ($29,64 \pm 32,72$).

Entre el grupo de pacientes que presentaban deterioro cognitivo, con 7 o más errores en el SPMSQ ($N=63$) se produjo fallo en la respuesta en 14 casos (22,22%) mientras que en el grupo de pacientes con nivel cognitivo normal (4 o más aciertos en el SPMSQ) no se registró ningún fallo en la respuesta a la pregunta de identificación ($p < 0,001$) no observándose diferencia significativa según el tipo de pregunta empleada.

Estos dos subgrupos (con y sin deterioro cognitivo según el SPMSQ) no se diferencian en edad, sexo ni número de medicamentos, pero sí en la puntuación obtenida en la escala de Barthel ($53,30 \pm 33,59$ en el grupo con deterioro cognitivo vs $83,83 \pm 21,3$ en el grupo con nivel cognitivo normal $p < 0,001$).

Observamos un resultado similar al estudiar únicamente a los 46 pacientes que no tuvieron ningún acierto en el SPMSQ. En este grupo el error de respuesta a la pregunta de identificación se observa en un 26,08% de los casos sin que exista significación entre el tipo de pregunta (12 casos en total; 8 de “pregunta cerrada” y 4 de “pregunta abierta”).

Dentro este subgrupo se observó una diferencia significativa en la escala de Barthel ($22,5 \pm 29,11$ falla la respuesta vs $50,15 \pm 32,34$ se identifica correctamente $p=0,013$) pero no en edad, sexo o número de medicamentos.

DISCUSIÓN

Pese a que la respuesta del paciente al requerimiento de identificación por parte del profesional sanitario sólo sea una parte del subproceso de identificación y a que para mitigar el impacto de posibles fallos se han implementado sistemas de ayuda como el uso de pulseras identificativas; no cabe duda de que es un factor importante.

Nuestros datos muestran que el deterioro cognitivo valorado con el SPMSQ es un factor de riesgo a la hora de fallar en la respuesta a una pregunta de identificación; por desgracia debido al tamaño de la muestra no podemos identificar una única pregunta o conjunto de preguntas del test SPMSQ que pueda predecir mejor este tipo de fallo en la identificación del paciente.

Con estos datos en la mano el uso de dispositivos de apoyo a la identificación del paciente está plenamente justificado en aquellos que presenten la posibilidad de un deterioro cognitivo, pese a los problemas que puedan causar.

Estos dispositivos por sí solos no aseguran una correcta identificación si no se vinculan a un proceso sistemático de comprobación que incluya tanto la pregunta de identificación como la verificación de la identidad del paciente usando un dispositivo de apoyo.

Dado que este estudio se ha realizado en un grupo de población muy específico animamos a otros grupos de

TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD

investigación a realizar nuevos estudios en grupos de población general, población pediátrica o en entornos ajenos a la hospitalización como atención primaria y sociosanitaria.

Según nuestros datos el tipo de pregunta de identificación realizada (abierta o cerrada) no influye en la capacidad del paciente para identificarse, animamos a otros investigadores a realizar nuevos estudios que incluyan un tercer grupo de pacientes a los que la pregunta cerrada se realice con un nombre que no sea el del paciente (“¿Es usted (nombre simulado)?”) para tratar de descartar los casos en los que los pacientes con deterioro cognitivo responden de forma automática.

Los datos completos de este estudio están disponibles online convenientemente anonimizados para permitir a otros investigadores su uso tanto en estudios similares como para realizar las comprobaciones de datos que crean oportunas.

CONCLUSIONES

La correcta identificación del paciente y los documentos clínicos es un subproceso rutinario pero crítico en el que el índice de error es relativamente reducido pero cuyas consecuencias son graves.

En dicho subproceso la participación del paciente es esencial; dado que su capacidad para identificarse correctamente se vincula con su nivel cognitivo y que este es variable en determinados entornos clínicos parece más que recomendable el uso de dispositivos de apoyo a la identificación del paciente que sin sustituir a la pregunta de identificación ayuden a evitar los errores en la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kohn L T, Corrigan J M, Donaldson MS (Institute of Medicine) To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000
2. Informe de incidentes de seguridad notificados 2014-2015 [Internet]. Madrid; 2016 [citado 27 de Julio de 2017]. (INFORMES , ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2016). Disponible en: http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/160523_FINAL-Informe_SiNASP.pdf
3. La seguridad en los cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; Madrid 2010. [citado 27 de Julio de 2017]. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoS ENECA.pdf>
4. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005. [Internet] Madrid: 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Citado 27 de Julio de 2017] Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ ENEAS.pdf>
5. Chipps E, Wills CE, Tanda R, Patterson ES, Elfrink V, Brodnik M, et al. Registered Nurses' Judgments of the Classification and Risk Level of Patient Care Errors: Journal of Nursing Care Quality. febrero de 2011;1.
6. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients. New England Journal of Medicine. 7 de febrero de 1991;324(6):377-84.
7. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. New England Journal of Medicine. 1991;324(6):370-6.
8. National Patient Safety Agency, Wristbands for hospital inpatients improves safety. Safer practice notice 11, 22 November 2005. [Citado 27 de Julio de 2017] Disponible en: http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1440_Safer_Patient_Identif

9. Steffen T, Luechinger R, Wildermuth S, Kern C, Fretz C, Lange J, et al. Safety and reliability of radio frequency identification devices in magnetic resonance imaging and computed tomography. Patient safety in surgery. 2010;4(1):2.
10. Snyder ML, Carter A, Jenkins K, Fantz CR. Patient Misidentifications Caused by Errors in Standard Bar Code Technology. Clinical Chemistry. 1 de octubre de 2010;56(10):1554-60.
11. Deary IJ, Corley J, Gow AJ, Harris SE, Houlihan LM, Marioni RE, et al. Age-associated cognitive decline. Br Med Bull. 1 de diciembre de 2009;92(1):135-52.
12. CUSTODIO, Nilton et al. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. An. Fac. med.[Internet]. 2012, vol.73, n.4, pp. 321-330. [citado 27 de Julio de 2017] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es&nrm=iso. ISSN 1025-5583.
13. Abrahamsen B, van Staa T, Ariely R, Olson M, Cooper C. Excess mortality following hip fracture: a systematic epidemiological review. Osteoporosis International. 1 de octubre de 2009;20(10):1633-50.
14. De la Iglesia JM, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc). [Internet]. 2001 Jun 30;117(4):129-34. [Citado 27 de Julio de 2017] Disponible en: <http://z.l.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/adaptacion-validacion-al-castellano-cuestionario-pfeiffer-spmsq-13016734-originals-2001>
15. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Revista Española de Salud Pública [Internet]. marzo de 1997 [Citado 27 de Julio de 2017];71(2):127-37. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Zafar W, Chaucer B, Felek S, Arsura EL, Nfonoyim J. Identification Bracelet Precipitated Acute Compartment Syndrome during Intravenous Infusion in an Obtunded Patient. Case Rep Crit Care [Internet]. 2016 [Citado 27 de Julio de 2017]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4745320>
17. Meijome XM. Patient identification and Pfeiffer cognitive test [Internet]. 2016 [Citado 27 de Julio de 2017]. Disponible en: https://figshare.com/articles/Patient_identification_and_Pfeiffer_cognitive_test/4114044