SEGURIDAD EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO: ANÁLISIS DE UN CASI-INCIDENTE POR HOMONIMIA

Descripción del incidente

En una unidad de Hospital de Día Pediátrico, se citó en el mismo tramo horario a dos pacientes pediátricos que compartían el mismo nombre de pila. El personal de enfermería realizó el llamado verbal de uno de los pacientes en la sala de espera y, tras la confirmación afirmativa de los tutores legales, procedió a la extracción analítica. Los tubos de muestra se etiquetaron y enviaron al laboratorio bajo la filiación del otro paciente homónimo. Al atender al segundo niño y revisar la petición de analítica en el sistema informático con las etiquetas sobrantes, se detectó la discrepancia en el segundo apellido y el número de historia clínica (NHC). Se contactó de inmediato con el laboratorio para interceptar y anular la muestra antes de su procesamiento, procediendo a la identificación correcta y repetición de la extracción en ambos pacientes. Al no haberse producido un daño directo ni la emisión de resultados erróneos, el evento se clasificó como casi-incidente (*near miss*).

Análisis de causas

1. Factores organizativos y del sistema: Citación simultánea de homónimos sin alertas visuales de coincidencia en el sistema informático.

2. Factores del procedimiento de verificación: Verificación pasiva por llamada verbal, sin comprobar tres identificadores inequívocos (nombre, apellidos y fecha de nacimiento o número de historia clínica).

3. Factores del proceso de etiquetado: Impresión previa de etiquetas fuera del entorno del pacientes, omitiendo la verificación activa a pie de cama.

4. Factores del entorno y carga de trabajo: Elevado flujo de extracciones en horas punta, lo que favorece la automatización de tareas y disminuye el nivel de alerta.

Acciones de mejora:

1. Verificación activa e inequívoca: Comprobación mediante tres identificadores independientes y preguntas abiertas a los tutores legales.

2. Etiquetado a pie de paciente (bedside): Prohibición del etiquetado previo. Identificación inmediata tras la extracción frente a la familia comprobando la petición.

3. Barreras informáticas: Alerta visual automática de "paciente homónimo" en las agendas de citación del área pediátrica.

4. Cultura de seguridad: Notificación oficial del evento y difusión en sesión clínica para potenciar el aprendizaje organizativo.