



**HOSPITAL CIVIL DE IPIALES  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**



**PROCESO: GESTION CLINICA  
SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**PROTOCOLO IDENTIFICACION DE PACIENTES  
IDENTIFICACION DE RIESGOS**

| <b>ELABORÓ</b>                            | <b>REVISÓ</b>                                 | <b>APROBÓ</b>                                  |
|---|---|--|
| Ana María Revelo<br>Líder gestión Clínica | Jaime Caicedo<br>Líder del Gestión de Calidad | Víctor Hugo Ortega C.<br>Subgerente Científico |



## CAPITULO I

### IDENTIFICACION DE PACIENTES

#### 1. JUSTIFICACION

Una causa importante de incidentes o eventos adversos asociados a la atención es la inadecuada identificación de los pacientes que ingresan a una institución prestadora de servicios de salud. Una identificación no adecuada puede ser la causa de errores como: las complicaciones por errores en la administración de medicamentos, intervenciones, exámenes diagnósticos, transfusiones de sangre y hemoderivados, realizados de forma equivocada, lo cual trae consigo además de las complicaciones del paciente, aumento de los costos y pérdida de credibilidad en la institución.

Hoy en día, en los establecimientos hospitalarios se promueve el uso de manilla en los procesos de atención más relevantes, considerado como el elemento más adecuado de identificación inequívoca de pacientes.

En nuestra institución, los usuarios son identificados por el nombre, el número de documento, o número de Historia clínica, registrado en los diversos documentos que requieren para su atención. Además, los que permanecen hospitalizados son identificados por el número de sala y cama registrado en un tablero individual junto a su unidad, a veces por el diagnóstico y, en el último tiempo, a través de una manilla de identificación. Sin embargo, los pacientes que son sometidos a procedimientos ambulatorios, invasivos o que se hospitalizan en forma transitoria, no son identificados adecuadamente.

El hospital comprometido en brindar una atención segura ha implementado la identificación de pacientes teniendo en cuenta los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud OMS, los cuales hacen referencia a:

- Insistir en la responsabilidad principal de los profesionales de verificar la identidad de los pacientes, haciendo coincidir los pacientes correctos con la atención correcta (toma de muestras, procedimientos, etc.)

- Utilizar al menos dos identificadores (nombre y documento de identidad) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión o de la transferencia a otro hospital o entorno de atención y previo a la administración de medicamentos, o realización de procedimiento. **Ninguno de estos identificadores debería ser el número de habitación del paciente.**
- Disponer de protocolos claros para identificar pacientes que carezcan de identificación y para distinguir la identidad de pacientes con el mismo nombre.
- Disponer de protocolos claros para el cuestionario de los resultados de análisis de laboratorio u otros hallazgos de los análisis cuando no coincidan con la historia clínica del paciente.
- Prever controles y revisiones reiterados a fin de evitar la multiplicación automática de un error en el ingreso de datos en el ordenador.

## 2. OBJETIVO:

Elaborar, adoptar y socializar el Protocolo de Identificación de Pacientes, considerada como una medida de seguridad del paciente durante el proceso de atención.

### 2.1. Objetivos Específicos

1. Disponer de un sistema homogéneo de identificación visual de pacientes ingresados al hospital, o que requieren un procedimiento
2. Estandarizar el procedimiento de identificación de los pacientes, a través de una la manilla de identificación.
3. Reducir el potencial riesgo de incidente relacionados con una mala identificación de pacientes.
4. Determinar la incidencia de los errores en la identificación de los usuarios.

5. Monitorizar el cumplimiento del proceso de identificación de los usuarios.
6. Obtener toda la información para la identificación correcta desde la admisión, en cualquier proceso por donde ingresa el paciente a la institución.
7. Fomentar la corresponsabilidad de los usuarios o sus representantes en la entrega de información fidedigna sobre su identidad.
8. Favorecer el trato personalizado al usuario.
9. Minimizar errores en la atención clínica: como administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos, transfusiones entre otras.
10. Favorecer el cobro adecuado de prestaciones, medicamentos e insumos clínicos utilizados.

### 3. DEFINICIONES

**Seguridad del Paciente:** Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos (Agency for Healthcare and Research de los EEUU)

**Evento Adverso:** Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de atención.

**Identificación del Paciente:** Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

**Verificación Cruzada:** Procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como mínimo, ej. Verbal y a través de manilla de identificación o Verbal y a través de Historia clínica.

**NN:** Ningún nombre.

### 4. CRITERIOS DE INCLUSION

**Pacientes ingresados:**

La identificación mediante la manilla de identificación será obligatoria para todos aquellos enfermos ingresados en las áreas de observación, hospitalización convencionales o especiales (intensivos pediátricos o de adultos, reanimación, etc.).

### **Pacientes atendidos en los servicios de Urgencias:**

Todos los pacientes deberán estar identificados, independientemente de su edad o el tipo de patología que presenten.

### **Hospitalización materno-infantil:**

Por las especiales sucesos que pueden confluir en estas circunstancias, la manilla de identificación de la gestante que ingresa, se complementará con el procedimiento de identificación específico que garantiza la trazabilidad entre la madre y el recién nacido o recién nacidos en caso de parto múltiple.

### **Pacientes que van a ser sometidos a cirugía mayor o menor ambulatoria.**

La perfecta identificación de pacientes que van a ser sometidos a cirugía, es un requisito universal en el hospital.

### **Pacientes trasladados:**

En tanto en cuanto sea temporal, la identificación será la del hospital de origen, que garantizará la trazabilidad con los documentos que le acompañan. En caso de precisar ingreso en el hospital receptor, se eliminará la identificación del hospital de procedencia y se sustituirá por la del hospital receptor, verificando los diferentes datos con los documentos de identificación disponibles.

## **4.1 MECANISMOS PARA ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACION**

- Solicitar y revisar Documento de Identidad Ejemplo, Registro Civil, Tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía, carnet si posee, teniendo en cuenta la edad del paciente.
- Verificar afiliación en FOSYGA, bases de datos y demás medios electrónicos y con historia clínica previa si aplica.

## 5. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

### 5.1 identificación en Historia clínica sistematizada

La identificación en Historia clínica sistematizada incluye los datos completos del paciente así:

- Nombres y apellidos completos tal como están registrados en el documento de identidad disponible.
- N° de Documento de identidad
- Edad en años cumplidos.
- Sexo
- Fecha de nacimiento registrando en su orden día/mes/ año
- Dirección y teléfonos
- Persona responsable, digitando el nombre completo de la persona que siempre estará a cargo del paciente y su parentesco

Los datos de identificación siempre se corroborarán con el documento de identidad.

### 5.2 IDENTIFICACION POR MEDIO DE MANILLAS

La identificación mediante manilla de identificación será obligatoria para todos aquellos usuarios que ingresan al hospital por Urgencias, Consulta externa, ingresados en hospitalización, UCI Neonatal, o que requieren algún tipo de procedimiento quirúrgico.

El instrumento a utilizar será una manilla de identificación así:

- Manilla Blanca: Para pacientes adultos
- Manilla Rosada: Para niñas
- Manilla azul Para niños.

#### 5.2.1 Procedimientos que obligan el uso de manilla de identificación:

- Intervención quirúrgica, mayor o menor, ambulatoria, urgente o programada.
- Extracción de muestras biológicas: sangre, exudados, aspirados.
- Administración de medicaciones o hemoderivados
- Procedimientos invasivos, tales como catéteres y vías centrales, periféricas y arteriales, cateterizaciones umbilicales, sondas Foley o gástricas y otros.

### 5.2.3 USO ADECUADO DE LA MANILLA

El material de las manillas será polietileno, hipo alergénico, libre de látex, sello inviolable, flexible, duradero e impermeable. Se utilizará marcador de punta fina, que permita escribir claramente sobre la manilla.

- a. La manilla de identificación debe ser diligenciada con letra clara y debe contener los datos completos.
- b. Teniendo en cuenta que pueden presentarse limitaciones sobre el sitio de colocación de las manillas, se establece el siguiente orden para este fin: Primero en la muñeca derecha, si no se puede se deja en la muñeca izquierda o si no en el tobillo derecho y de por último en el tobillo izquierdo.
- c. A todo paciente que requiere colocación de la manilla de identificación debe informársele el motivo, por el cual se lo identifica, indicándole que mientras dura la atención hospitalaria debe permanecer con la manilla durante todo el tiempo, debe cuidarla, y si por algún motivo se pierde o daña la manilla debe informar al personal de salud para colocarle una nueva.
- d. Será responsabilidad de los usuarios o representantes aportar información veraz de los datos solicitados en el proceso de identificación. Siendo exigible por el personal encargado del procedimiento, el documento de identidad nacional vigente.
- e. La Identificación de los Recién Nacidos se llevará a cabo en sala de Partos y será responsabilidad del profesional o auxiliar de enfermería que recibe al neonato, la manilla de identificación se colocara así azul si es niño o rosada si es niña, se colocara en el brazo y pierna izquierda, de no ser posible, se colocara en la otra extremidad.
- f. En el momento de la admisión el personal que realiza ingreso en admisiones o citas médicas debe exigir un documento de identidad para verificar los datos fidedignos del usuario y emplear cuatro datos identificadores para corroborar la identidad de un usuario., ninguno de los cuales debe ser el número de habitación asignada.

La manilla de identificación será escrita a mano y con letra mayúscula en el siguiente orden, siendo de uso obligatorio para:

### **Recién Nacido:**

- ✓ Nombres los dos y los dos apellidos de la Madre.
- ✓ Fecha de nacimiento.
- ✓ Hora de nacimiento.
- ✓ Sexo.
- ✓ N° de gemelo por orden de nacimiento si corresponde.

**Usuario incapacitado de entregar información**, sin acompañante y sin documentación, los datos verificadores serán:

- ✓ Número de Historia clínica.
- ✓ Sexo.
- ✓ NN (en lugar del nombre).
- ✓ Fecha y Hora ingreso
- ✓ Factores de Riesgo

### **Adultos Hospitalizados:**

- ✓ Nombres los dos y los dos Apellidos.
- ✓ Número de Documento de Identidad.
- ✓ Fecha de Nacimiento. Día / mes/año
- ✓ Sexo
- ✓ EPS al cual está afiliado
- ✓ Riesgo

### **5.3 IDENTIFICACION DE LA UNIDAD:**

- La unidad asignada al paciente igualmente debe ser identificada con letra clara y legible y contener los siguientes datos: dos nombres y dos apellidos si los tiene, número de identificación y nombre de la empresa de salud. Este tipo de identificación permite proporcionar una atención más segura gracias a que el personal que atiende al paciente puede conocer en todo momento su nombre, interrogar sobre su nombre



y dirigirse a él de forma personalizada, favoreciendo la humanización y el trato personal en el proceso de atención.

- No debe realizarse pruebas diagnósticas o procedimientos en pacientes que no tengan la manilla de identificación, y exigir su colocación previa a la toma de muestras o la práctica de algún procedimiento.

#### **5.4 IDENTIFICACION DEL PACIENTE QUE LLEGA SOLO O CON PERSONAS QUE NO LO CONOCEN:**

- a. Si el paciente llega solo verifique los datos con algún documento de identificación.
- b. En caso de que el paciente llegue inconsciente y además no cuente con ningún tipo de documento registrar como **NN, TOMAR HUELLA DIGITAL (DEDO INDICE DE UNA DE SUS MANOS)** en hoja de admisión e informar a atención al usuario para que en la medida de lo posible se trate de buscar algún familiar y lograr su identificación.
- c. Si el paciente llega acompañado es importante que verifique los datos revisando el documento de identidad y preguntando a sus familiares o personas responsables que acompañan al paciente.
- d. Corrobore para que los datos que dice el paciente sean iguales a los que refieren su familiares y los que se encuentran en los documentos de identificación.

#### **5.5 PERSONAS RESPONSABLES DE COLOCAR LA MANILLA DE IDENTIFICACION:**

- En el área de urgencias el responsable de colocar la manilla es el personal de auxiliares de enfermería de admisiones, cuando se les ha informado que el paciente requiere dejarse en observación de urgencias o pasar a internación o a cirugía y atención del parto.
- En cirugía se encarga el personal de auxiliares de cirugía ambulatoria de colocar los datos en la manilla de identificación cuando el paciente llega directamente para una cirugía ambulatoria.
- En internación la persona encargada de colocar la manilla de identificación es la secretaría administrativa cuando el paciente ingresa por consulta externa o para una



cirugía programada; en los fines de semana el personal encargado es el responsable del área de quirúrgicas.

## 5.7 IDENTIFICACION DE PACIENTE ESTRELLA

La priorización en la atención y prestación de servicios pretende la generación de una cultura de solidaridad que permita un acceso oportuno, seguro y adecuado a los pacientes catalogados como estrellas los cuales son:

- ✓ Mujeres embarazadas
- ✓ Niños menores de un año
- ✓ Adultos Mayores
- ✓ Pacientes con necesidades especiales( discapacidad física, menta y/o emocional).

## OBJETIVO

Priorizar la atención ambulatoria, de urgencias y prestación de servicios Apoyo Diagnostic y Terapeutico, pacientes catalogados como estrella quienes requieren oportunidad y accesibilidad a la atención.

## PASOS PARA IDENTIFICAR UN PACIENTE ESTRELLA:

1. Identificar el paciente desde el ingreso según criterios establecidos en el subproceso de admisión de urgencias o consulta externa.
2. Saludar al usuario y su familia e interrogar sobre el servicio que necesita ya sea consulta, asignación de cita, atención para toma de muestras de laboratorio, toma de exámenes de radiología, u otros servicios.
3. Asignar la cita o turno e informar que debe asistir con un acompañante para facilitar el proceso de atención.
4. Facturar el servicio y registrar el motivo de la identificación como paciente estrella en la historia clínica sistematizada.
5. Colocar el sticker” PACIENTE ESTRELLA” en una parte visible que permita la identificación en cualquier paso del proceso de atención.

6. Informar al personal auxiliar de enfermería, auxiliares y técnicos de apoyo diagnóstico y terapéutico y facturación, sobre los pacientes identificados como estrella para agilizar la atención.
7. Informar al especialista, o personal que realizará la atención de los pacientes identificados como estrella para priorizar la atención.
8. Informar a todos los pacientes de la consulta cuáles son los criterios para catalogar a un paciente como estrella.

### **5.7.1 IDENTIFICACION EN EL LABORATORIO CLINICO.**

La presencia de la interfase sistematizada en laboratorio clínico permite que las órdenes se generen e identifiquen mediante un sticker de marcación de muestras, el cual contiene un sistema de código de barras, además de la identificación y nombres completos del paciente



### **5.7.2 IDENTIFICACION DE USUARIOS QUE INGRESAN AL HOSPITAL**

El ingreso de usuarios al hospital está dado por diferentes motivos como son: visitantes, como pacientes o como acompañantes, para lo cual es necesario identificar a las personas que ingresan al Hospital mediante escarapela.

La cual se entregará a la persona cuando ingresa al Call center con la presentación de documento de identidad.

Se entregará un listado FO-0104 al área de vigilancia para verificar los datos de identificación del paciente hospitalizado paciente, se le permitirá un solo acompañante, para el área de urgencias y para el área de hospitalización dos acompañantes, ellos ingresarán a la unidad de los pacientes. Si hay más acompañantes o visitantes esperarán en el call center hasta que egrese uno de los acompañantes y entregue la escarapela para que pueda ingresar otro.

## 5.8 IDENTIFICACION DE CATETERES, EQUIPOS VENPCLISIS, SONDA

Se colocará en la cinta de marcar en el equipo de venoclisis y buretrol se marca la fecha de instalación y fecha de vencimiento, que es a las 72 horas en las cuales se debe cambiar, En el sitio de la venopunción se escribe sobre el esparadrapo los siguientes datos.

- Fecha y hora de inserción
- Mezcla que se administra
- Angiocath utilizado
- Nombre de la persona que realiza el procedimiento.

## 5.9 IDENTIFICACION DE PACIENTES QUE REQUIEREN CIRUGIA AMBULATORIA

Previo a cada procedimiento quirúrgico o de atención clínica, el profesional de enfermería encargado será responsable de corroborar al menos con dos de los datos verificadores y dependiendo de su estado, podrá ser nombre o ficha, y manilla que será siempre de carácter obligatorio

En cada proceso asistencial se incorporará un libro Formato 0104 de respaldo con el registro de la Identificación del paciente, donde cada vez que se ingrese un paciente a realizar algún procedimiento este debe quedar anotado en dicho documento. Esta actividad será realizada por el profesional y/o auxiliar que participa en la atención del paciente.

Para evitar los casos de suplantación se utilizará el huellero para toma de huella digital del paciente.

Los casos de pacientes dudosos se notificaran a Trabajo social para su respectiva investigación y corroboración de datos.

## 5.10 TIEMPO DE PRESERVACION DE SU MANILLA DE IDENTIFICACION.

### Consideraciones especiales:

1. Sí para realizar un procedimiento se requiere retirar la manilla de identificación, esta deberá ser reinstalada a la mayor brevedad posible, por el personal de enfermería responsable del paciente.

2. Si el paciente debe ser trasladado fuera de la unidad u Hospital para procedimientos o exámenes, el personal que traslada al paciente debe corroborar al menos con dos de los datos verificadores y dependiendo de su estado, podrá ser nombre o ficha, y la manilla de identificación la que será siempre de carácter obligatorio.
3. En el caso del paciente fallecido su identidad deberá ser corroborada con su la manilla de identificación y con su formulario de traslado de fallecidos,.
4. La manilla de identificación no se retirará hasta el alta del paciente y se recomendará su retirada antes del egreso del hospital, a cargo de la secretaria clínica de cada proceso.
5. En caso de deterioro la manilla de identificación, el profesional de enfermería a cargo del paciente es el responsable de reemplazarlo por uno nuevo.
6. En el caso de los Recién Nacidos hospitalizados, como prematuros extremos y/o aquellos con múltiples elementos invasivos, la manilla de identificación quedará colocada en un lugar visible de la incubadora (pared interior y posterior), en la cuna de procedimientos se colocarán los datos verificadores de identificación en una placa acrílica hasta que sus condiciones clínicas permitan colocar nuevamente la manilla de identificación.
7. Los niños que están en incubadora **No** deberán cambiarse a cuna sin su manilla de identificación colocada con dos verificadores correspondientes.
8. En caso de los pacientes adultos ubicados en Unidades Críticas y por sus condiciones clínicas no permitan colocar físicamente una manilla de identificación, se colocarán los datos verificadores de identificación en una placa acrílica ubicada en la cama del paciente, hasta que se pueda colocar nuevamente la manilla de identificación.
9. Si por algún motivo durante el transcurso de la atención, al paso de un proceso a otro o en el proceso de facturación se evidencia que los datos del usuarios son erróneos, la persona que capte esta inconsistencia, hará la corrección de datos y notificará a los servicios que están prestando la atención al paciente.

10. Los pacientes con diagnósticos reservados como es el caso de B24 X se marcarán en todos los identificadores una B mayúscula con marcador negro.
11. Para los casos de ingresos de usuarios con acompañamiento de niños, se establece un libro de registro en call center bajo responsabilidad de vigilancia en donde se registrarán el nombre del niño y el nombre de la madre, con documento de identidad, número de teléfono para que si sucediera el caso de pérdida o robo de niños visitantes, se pueda disparar las alarmas de llamado a través de estos datos.

## 6. EVALUACIÓN DEL MONITOREO Y LA OCURRENCIA DE NO CONFORMIDADES EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE.

Estará a cargo de los Integrantes del Comité Calidad, Rondas de Liderazgo, Rondas de Seguridad, Paciente Trazador, por la auditora médica y líder de Seguridad de Paciente.

## 7. INDICADORES:

| DEFINICION DE INDICADOR | 1. Porcentaje de Funcionarios informados respecto a protocolo de identificación.  |
|-------------------------|---|
| Tipo de Indicador       | Resultado   |
| Dimensión               | Seguridad   |
| Fórmula                 | Nº de funcionarios informados del HCI<br>Total de funcionarios del Hospital Civil de Ipiales.                                       |
| Estándar                | 100%  |
| Definición Términos     | Se entenderá como funcionario capacitado aquel que haya recibido la información del protocolo y tenga conocimiento claro del mismo. |
| Criterios               | Equipo de salud   |
| Justificación           | Descrito en Protocolo   |
| Fuente de Información   | Registro asistencia a reuniones de capacitación   |
| Periodicidad            | Semestral   |
| Responsable             | Líder de Procesos   |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Definición Indicador</b> | <b>2. Protocolo disponible en Urgencias Internación, Cirugía y atención de partos, UCIN y Consulta Externa</b>     |
| Tipo de Indicador           | Resultado  |
| Dimensión                   | Seguridad  |
| Fórmula                     | $\frac{\text{Nº Servicios con protocolo disponibles}}{\text{Total de Servicios a evaluar}}$                        |
| Estándar                    | 100%   |
| Definición Términos         | Protocolo oficializado disponible en los procesos o servicios. (Distribución del documento).                       |
| Criterios                   | Protocolo oficializado por Calidad y Seguridad del paciente del HCI, distribuido a todos los procesos o servicios. |
| Justificación               | Resguardar la Seguridad del Paciente.  |
| Fuente de Información       | Documento a supervisar disponible y de fácil acceso en el Servicio   |
| Periodicidad                | Semestral  |
| Responsable                 | Unidad de Calidad y Seguridad del paciente   |

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Definición Indicador</b> | <b>3. Porcentaje de usuarios identificados según protocolo</b>  |
| Tipo de Indicador           | Resultado   |
| Dimensión                   | Seguridad   |
| Fórmula                     | $\frac{\text{Nº usuarios con manilla de identificación según protocolo}}{\text{Total de usuarios que debe usar manilla según definición de Protocolo}}$ |
| Estándar                    | 100%  |
| Definición Términos         | La manilla de identificación blanco, azul o rosada con dos datos verificadores, legibles, indemnes y visibles.  |

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Criterios             | la manilla de identificación 2 datos verificadores:<br>- Nombres<br>- Apellidos<br>- Número de Documento de Identidad |
| Justificación         | Proteger la Seguridad del Paciente  |
| Fuente de Información | Constatación visual   |
| Periodicidad          | Trimestral  |
| Responsable           | Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente  |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Definición Indicador</b> | <b>4. Porcentaje de Eventos Adversos derivados de Errores de identificación</b>  |
| Tipo de Indicador           | Resultado  |
| Dimensión                   | Seguridad  |
| Fórmula                     | $\frac{\text{N}^\circ \text{ eventos adversos derivados de errores de identificación}}{\text{N}^\circ \text{ total de eventos adversos}}$  |
| Estándar                    | 0  |
| Definición Términos         | Evento adverso: Cualquier Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurra con en asociación directa a la identificación incorrecta del usuario |
| Criterios                   | Descritos en Protocolo   |
| Justificación               | Los errores asociados a la falla en la identificación del paciente generalmente tienen consecuencias graves de lo cual se deduce la importancia de prevenir su ocurrencia.                           |
| Fuente de Información       | Registro eventos adversos  |
| Periodicidad                | Trimestral   |
| Responsable                 | Líderes de Procesos, Equipos de trabajo y Líder de Seguridad del paciente  |

## 8. Pautas de Monitoreo

|             |   |
|-------------|---|
| Descripción | % de pactes. que portan la manilla de identificación, según protocolo |
|-------------|---|



|                   |  |
|-------------------|--|
| Tipo de Indicador | Proceso  |
| Formato           | Nº pacientes. que portan la manilla de identificación durante su hospitalización, según protocolo/Nº Total de pacientes hospitalizados * 100 |
| Fuente de dato    | La manilla de identificación instalado, según protocolo  |
| Periodicidad      | Trimestral   |
| Estándar          | 100%   |
| Umbral            | 100%   |
| Responsable       | Enfermera de turno   |

|                   |  |
|-------------------|--|
| Descripción       | % de pacientes que portan La manilla de identificación, según protocolo  |
| Tipo de Indicador | Proceso  |
| Formato           | Nº pactes. que portan La manilla de identificación durante la realización del procedimiento ambulatorio, según protocolo / Nº total de pacientes sometidos a procedimientos ambulatorios. *100 |
| Fuente de dato    | La manilla de identificación instalada, según protocolo  |
| Periodicidad      | Trimestral   |
| Estándar          | 100%   |
| Umbral            | 100%   |
| Responsable       | Enfermera de turno   |

|                   |  |
|-------------------|--|
| Descripción       | % de Reporte error de identificación de paciente durante hospitalización o procedimiento ambulatorio   |
| Tipo de Indicador | Centinela o resultado  |
| Formato           | Nº de reportes de error de identificación de paciente durante hospitalización o procedimiento ambulatorio / Total de pacientes hospitalizados o con procedimientos ambulatorios *100 |
| Fuente de dato    | Hoja de Reportes   |
| Periodicidad      | Trimestral   |

|             |                    |
|-------------|--------------------|
| Estándar    | 05%                |
| Umbral      | 05%                |
| Responsable | Enfermera de turno |

## 9. LISTA DE CHEQUEO PRACTICAS SEGURAS EN IDENTIFICACION

### Cumplimiento Protocolo “Identificación de Paciente”

Nombre:.....Edad \_\_.años\_\_ meses\_\_

Servicio..... Sala..... Cama/Cuna.....

Historia Clínica.....

Fecha ingreso..... N° días hospitalizado.....

| Nº | CRITERIOS A EVALUAR   | %  | SI | NO | NA |
|----|---|----|----|----|----|
| 1  | Existe protocolo  | 10 |    |    |    |
| 2  | Protocolo de fácil acceso   | 5  |    |    |    |
| 3  | Usuario tiene La manilla de identificación en el lugar definido según protocolo   | 10 |    |    |    |
| 4  | La manilla de identificación contiene datos verificados establecidos según protocolo.   | 10 |    |    |    |
| 5  | El funcionario verifica en forma verbal y visual la correspondencia de los datos de identificación del paciente frente a ingreso, traslado y/o procedimientos                       | 5  |    |    |    |
| 6  | La manilla de identificación con datos legibles   | 5  |    |    |    |
| 7  | Se constata La manilla de identificación en paciente que asiste a Procedimiento Invasivo, Pabellón de cirugía, extracción de muestra biológica.                                     | 5  |    |    |    |
| 8  | Se verifica en los RN prematuros extremos y/o aquellos con múltiples elementos invasivos, La manilla de identificación colocado en lugar visible de la incubadora (pared interior y | 10 |    |    |    |

|    |   |      |  |  |  |
|----|---|------|--|--|--|
|    | posterior).   |      |  |  |  |
| 9  | Se constata que los datos verificadores de identificación de los pacientes adultos ubicados en Unidades Críticas (condición clínica no permite colocar La manilla de identificación), se encuentran en una placa acrílica ubicada en la cabecera de la cama del paciente. | 10   |  |  |  |
| 10 | Al alta o traslado permanece con su manilla de identificación.  | 10   |  |  |  |
| 11 | La historia clínica tiene registrados todos los ítems de identificación.  | 10   |  |  |  |
| 12 | El nombre y Número de documento corresponde al paciente que lo porta.   | 10   |  |  |  |
| 13 | TOTAL   | 100% |  |  |  |

#### 10. EVALUACION DE RESULTADOS:

|                                |                                |  |
|--------------------------------|--------------------------------|--|
| 80 a 100% de los requisitos    | Se cumple norma establecida    |  |
| Menos de 80% de los requisitos | No se cumple norma establecida |  |

Aplicado por: \_\_\_\_\_

#### 11. DISTRIBUCIÓN DEL DOCUMENTO

El Documento se socializará a los siguientes procesos:

- ✓ Subgerencia Científica
- ✓ Gestión Clínica
- ✓ Gestión de Calidad
- ✓ Seguridad del Paciente



✓ Auditoría.

- ✓ Admisión de Urgencias
- ✓ Consulta Ambulatoria.
- ✓ Hospitalización
- ✓ Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
- ✓ Cirugía y atención del parto

## 12. BARRERAS POTENCIALES:

1. Dificultades para lograr un cambio de conducta individual a fin de cumplir con las recomendaciones, incluido el uso de atajos y soluciones temporales.
2. Aumento de la carga laboral del personal y del tiempo que pasan alejados de la atención al paciente.
3. Errores tipográficos y de ingreso al registrar a los pacientes en los sistemas informáticos.
4. Cuestiones culturales, entre las que se incluyen:
  - El estigma asociado con el uso de una manilla de identificación.
  - El alto riesgo de identificación incorrecta del paciente debido a la estructura de sus nombres, a una gran similitud de nombres y a datos inexactos sobre fechas de nacimiento para pacientes mayores.
  - Los pacientes que utilizan documentos o carnets de otras personas para poder acceder a los servicios.
  - La ropa que oculta la identidad.
  - La falta de familiaridad con los nombres y apellidos locales y a la vez, mayor uso de nombres extranjeros.

### 13. OPORTUNIDADES DE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA:

- Educar a los pacientes sobre los riesgos relacionados con la identificación incorrecta de los mismos.
- Pedir a los pacientes o a sus familiares que verifiquen la información de suministrada de su identificación para confirmar que sea correcta.
- Pedir a los pacientes que se identifiquen antes de recibir cualquier medicamento y previo a cada diagnóstico o intervención terapéutica.
- Animar a los pacientes y a sus familias o cuidadores a ser participantes activos en la identificación, expresar sus inquietudes respecto a la seguridad y los errores potenciales, y hacer preguntas sobre la corrección de su atención.

## CAPITULO II

### II. IDENTIFICACION DEL RIESGO

Identificar durante la atención los riesgos que tenga un paciente con el fin de orientar las acciones que contribuyan en su minimización por medio de la intervención del equipo de salud en forma oportuna y pertinente.

#### ALCANCE

Todos los servicios y unidades que brinden atención a pacientes que requieran hospitalización prolongada o transitoria y procedimientos invasivos ambulatorios

#### 1.- OBJETIVO:

Prevenir acciones inseguras y complicaciones en pacientes que presentan algún tipo de riesgo que puedan afectar aún más su estado de salud, mediante la identificación adecuada del riesgo y la aplicación de los protocolos ya establecidos.

#### 2.- DEFINICIONES

- **RIESGO:** Es la amenaza concreta de daño que tiene el ser humano sobre la integridad corporal o para la vida. Es la probabilidad de que suceda un evento adverso no deseado que afecta el bienestar de las personas.
- **IDENTIFICACION DEL PACIENTE:** Es la acción por medio de la cual se define algunas características de los paciente que permite conocerlos y realizar acciones mas seguras.

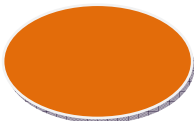
### 3.- TIPOS DE RIESGO IDENTIFICADOS:

| TIPO DE RIESGO  | IDENTIFICACION  |
|---|---|
| RIESGO DE CAÍDAS DE PACIENTES (PREVIA APLICACIÓN DE ESCALA DE BRADEN).                                      |    |
| ULCERAS POR PRESIÓN   |    |
| PACIENTE POLIMEDICADO   |    |
| PACIENTE AGRESIVO   |    |
| PACIENTE CON RIESGO: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BIOLÓGICO:</li> <li>○ RESPIRATORIO</li> </ul> | <br><br> |

|  |                      |
|--|----------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ENTERICO</li> <li>○ DE PIEL</li> <li>○ PROTECTOR</li> </ul> |                      |
| PACIENTE ALÉRGICO  | <b>ALERGIAS</b>      |
| PACIENTE CON ALGUNA DISCAPACIDAD<br>(Favor anotar el tipo de discapacidad en el esticker)            | <b>DISCAPACITADO</b> |
| RIESGO TRANSFUNCIONAL  | <b>TRANSFUSIONAL</b> |
| VACUNACION   |                      |
| B24X   | <b>B</b>             |

**RIESGOS DE MEDICAMENTOS:**

|   |  |
|---|--|
| MEDICAMENTOS DE IGUAL PRESENTACIÓN          |  |
| MEDICAMENTOS CON FECHA CERCANA.             |  |
| MEDICAMENTOS DE ESTRECHO MARGEN TERAPÉUTICO |  |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
|                             |  |
| <b>REACCIONES ALÉRGICAS</b> |  |

#### 4.- COMO IDENTIFICAR AL PACIENTE CON RIESGO

- El médico, enfermera o auxiliar de enfermería son los responsables de identificar, evaluar y clasificar el tipo de riesgo que tiene o puede presentar el paciente.
- Informar el equipo de salud sobre la presencia del riesgo para que se realice la respectiva identificación mediante la tabla de colores ya definida.
- Al identificar el riesgo se coloca en la manilla de identificación de cada paciente, el sticker pequeño del riesgo clasificado y el sticker grande queda en la carpeta de la historia.
- En los registros médicos y de enfermería igualmente debe quedar identificado y registrado el riesgo.

#### 5. ELEMENTOS UTILIZADOS:

- Sticker de colores, grandes para identificar la historia clínica.
- Sticker de colores, pequeños para identificar y colocar en la manilla de pacientes.
- Sticker de colores, pequeños y redondos para identificar riesgos medicamentosos.

#### 6. REFERENCIAS:

- Joint Comisión Perspectivas on Paciente Safety December 2003, volume 3 Issue 12.  
Copyright 2003 JC on Accreditation of Healthcare Organizations.
- Joint Comisión Perspectives on Patient Safety April 2005, Volume 5 Issue 4,  
Copyright 2005 JC on Accreditation of Healthcare Organizations.





- Interdisciplinary Clinical Practice Manual, The Johns Hopkins Hospital, September 2004.