GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

UNIDAD DE ENFERMERÍA

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
• Unidad de Enfermería	• Unidad de Gestión de la Calidad • Unidad de Planeamiento y Presupuesto	**Dra. Elizabeth Zulema Tomas Gonzales de Palomino** Directora General del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja

FIRMA DIGITAL
Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

Firmado digitalmente por LEVANO SANTIAGO Fabiola Judith FAU 20552196725 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 30.11.2023 11:34:16 -05:00

FIRMA DIGITAL
Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

Firmado digitalmente por VELIZ SILVA Emma Victoria FAU 20552196725 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.12.2023 18:48:35 -05:00

GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

I. Título 3
II. Finalidad 3
III. Objetivos 3
a. Objetivo General 3
b. Objetivos específicos 3
IV. Ámbito de aplicación 3
V. Base Legal 3
VI. Nombre del Proceso o Procedimiento a Estandarizar 4
VII. Consideraciones Generales 4
a. Definiciones Operativas 4
b. Conceptos Básicos 4
c. Requerimientos Básicos 5
VIII. Consideraciones Específicas 6
a. Descripción detallada del Protocolo 6
b. Indicaciones 9
IX. Recomendaciones 9
X. Autores, fecha 10
XI. Anexos 10
XII. Bibliografía 15

GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

I. Título

Guía Técnica: Protocolo para la Identificación del Paciente.

II. Finalidad

Contribuir en mejorar la calidad y seguridad del paciente a través de una guía que permita que el Equipo Multidisciplinario conozca el proceso de identificación de los pacientes hospitalizados en nuestra institución evitando confusiones, errores y/o daños no intencionales.

III. Objetivos

a. Objetivo General

Estandarizar la práctica profesional al establecer los criterios técnicos aplicados por el personal de enfermería para la identificación del paciente internado en el Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja.

b. Objetivos específicos

- Cumplir con la práctica segura de identificar al paciente de manera correcta mediante la cartilla de identificación.
- Cumplir con la práctica segura de identificar al paciente de manera correcta mediante el brazalete de identificación.
- Evaluar el cumplimiento de identificación del paciente.
- Prevenir errores en la atención de salud.

IV. Ámbito de aplicación

La presente guía está dirigida al personal de salud del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja que participan en la atención directa del paciente pediátrico internado en nuestra institución.

V. Base Legal

5.1 Ley N° 26842, Ley General de Salud.
5.2 Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud,
5.3 Resolución Ministerial N°512-2014/MINSA que aprueba el Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja y su modificatoria aprobada con Resolución Directoral Nº 123- 2017/INSN-SB.
5.4 Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN, “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud”.

5.5 Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.

VI. Nombre del Proceso o Procedimiento a Estandarizar

Nombre	Identificación del paciente

VII. Consideraciones Generales

a. Definiciones Operativas

1. Definición del Protocolo

Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identificación de la persona durante su estancia en la institución de salud, ya sea para recibir atención por hospitalización, emergencia, cirugías ambulatorias o procedimientos especiales.

2. Aspectos Epidemiológicos importantes

La identificación incorrecta de los pacientes está determinada como causa fundamental de muchos errores, la Comisión conjunta, en Estados Unidos de América, ubicó la mejora de la exactitud de la identificación del paciente en el primer lugar de sus objetivos nacionales para la seguridad del paciente, presentados en 2003 y éste continúa siendo un requisito para la acreditación.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, incluye la identificación de pacientes dentro de las «Nueve soluciones para la seguridad del paciente» a fin de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo. Estandarizar los procesos de atención, tales como brazaletes de identificación del paciente, es una forma importante de reducir los riesgos de seguridad del paciente.

b. Conceptos Básicos

- **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:** Verificación verbal (manifestación del paciente, familiares u otro profesional de la salud) y/o visual (a través de brazalete o tablero de identificación del paciente); antes de realizar cualquier procedimiento de enfermería deben usarse dos mecanismos como mínimo.

- **Brazalete de identificación:** Dispositivo que se coloca al paciente, generalmente en la muñeca o en otra zona corporal, en la que figuran los datos identificativos inequívocos del propio paciente.

- **Datos identificativos inequívocos y obligatorios para brazalete de identificación:** Son aquellos datos que pertenecen a un solo paciente y que no

pueden ser compartidos por otros. Los datos definidos como inequívocos para las pulseras identificativas son:

- Número de Historia Clínica
- Nombre y Apellidos.
- Fecha de Nacimiento.
- Sexo

➢ **Tablero de identificación:** cartilla que se colocará en un lugar visible de la unidad de todo paciente hospitalizado y en el área de observación del servicio de emergencia y que tendrá los siguientes datos de acuerdo a la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Anexo N° 04):

- N° de historia clínica
- Nombre y apellidos completos del paciente.
- Clasificación del riesgo de caída
- Alergias a medicamentos

Además deberá consignar:

- Edad
- Sexo
- Fecha de ingreso al servicio
- Procedencia
- Grupo y factor
- Dieta
- Riesgo de úlceras por presión (UPP)
- Personal responsable durante el turno

No incluirá jamás el número de cama o camilla, ni el diagnóstico del paciente garantizando de esta forma que no se presenten errores en el procedimiento de identificación del paciente y que se garantice una atención humanizada.

c. Requerimientos Básicos

➢ **Equipos Biomédicos**
No aplica

➢ **Materiales Médicos No Fungibles**
No aplica

➢ **Materiales Médicos Fungibles**
No aplica

➢ **Medicamentos**
No aplica

➢ **Materiales de Escritorio**

- Impresora térmica del brazalete de identificación.
- Equipo informático
- Brazaletes de impresión térmica de diferentes colores
- Tablero de identificación

- Plumones indelebles

VIII. Consideraciones Específicas

a. Descripción detallada del Protocolo

1. El procedimiento de identificación del paciente está a cargo de la (el) licenciada (o) de Enfermería, desde el ingreso del paciente, ya sea admisión hospitalaria por Emergencia o por Consultorios externos.

2. Una vez admitido el paciente para hospitalización, observación y/o procedimiento con un tiempo mayor a 3 horas, se coloca un brazalete de identificación, el mismo que debe permanecer durante toda la estancia hospitalaria hasta el alta; a la vez se registran los datos identificativos en el tablero de identificación.

3. El brazalete de identificación se coloca preferentemente en las extremidades superiores, si no se pudiera colocar en ese lugar, se continúa con las extremidades inferiores, ello depende del abordaje venoso periférico, procedimientos o tratamiento a administrar que nos dificulte el acceso a las extremidades del paciente.

4. Posteriormente se habilita un tablero de identificación ubicado en un lugar visible de la unidad del paciente (generalmente en la cabecera de la cuna, cama o camilla, excepto algunos servicios) consignando los datos ya mencionados.

5. Excepcionalmente el tablero de identificación puede ubicarse al ingreso de cada unidad en el caso de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), o en un lugar visible de cada camilla en el caso de pacientes hospitalizados en el área de observación del servicio de emergencia.

6. Una vez finalizado el procedimiento de identificación el personal a cargo del paciente, educa e informa al familiar sobre la importancia del uso del brazalete, su verificación y permanencia del mismo durante el periodo de hospitalización.

7. Antes de iniciar cualquier tipo de atención, todo el personal a cargo debe comprobar la identificación del paciente, a través de la verificación cruzada:

   - Verificación verbal, con la formulación de preguntas estándar dirigidas al paciente y/o familiar, luego de saludar y presentarse, por ejemplo:
     ¿Podría decirme su nombre y apellidos?
     ¿Podría decirme el nombre y apellidos de su familiar?
   - Verificación visual de los datos identificativos consignados en el tablero y el brazalete de identificación del paciente.
   - Verificación visual de los datos identificativos mediante la historia clínica del paciente.

8. Según sea la respuesta, el personal debe verificar que la información proporcionada por el familiar, persona responsable y/o tutor legal coincida con la información escrita en el brazalete de identificación.

9. En caso de transferencia del paciente hacia otro servicio, es prioridad y responsabilidad del personal que recepciona al paciente (Hospitalización, UCI, SOP, Imágenes, etc.) verificar que los datos completos y correctos estén consignados en el brazalete de identificación.

10. Ningún paciente puede ser trasladado hacia otras instalaciones de la institución sin portar el brazalete de identificación correspondiente con datos completos y visibles.

11. En el caso que el paciente tenga que ser referido a otra institución prestadora de salud (IPRESS) debe portar el brazalete de identificación.

12. En caso de que el paciente se encuentre en estado de salud crítico y no hay familiares en los cuales corroborar la información, se verifica los datos identificativos del brazalete con los datos del sistema (historia clínica, solicitud de imagen, laboratorio u otro) corroborando:
    - Numero de Historia clínica
    - Nombres y apellidos
    - Fecha de nacimiento
    - Sexo

13. El brazalete de identificación debe ser remplazado en caso de:
    - Deterioro.
    - Por necesidad asistencial, cuando la pulsera impide la realización de algún procedimiento y debe retirarse.
    - Excepcionalmente cuando el paciente viene de otro servicio sin brazalete.
    - En sala de operaciones si por motivo de la intervención quirúrgica se retira o corta el brazalete, debe reinstalarlo antes de enviar al paciente a la unidad correspondiente.
    - El paciente y/o familiares se lo ha retirado.
    - En caso de pérdida del mismo.
    - Por retiro accidental.
    - Por contar con brazalete escrito manualmente con plumón indeleble.
    - Paciente que no se han podido identificar por situaciones de urgencias.

14. La solicitud para el reemplazo del brazalete se realiza únicamente en dos áreas de la Institución, en Consultorios externos y Emergencia; sin embargo sus labores en cuanto a la dispensación de los brazaletes de identificación no son simultáneas sino complementarias. Consultorios externos dispensa los brazaletes de lunes a sábado de acuerdo al horario de atención ya establecido por la institución y Emergencia los dispensa cuando no hay atención de Consultorios externos por ejemplo de lunes a viernes durante las guardias nocturnas, los sábados durante la tarde y la noche y todos los domingos y feriados.
    Cabe resaltar que existen situaciones excepcionales en las que a pesar de que Consulta Externa esté disponible, quien dispensa el brazalete es el área de Emergencia como ante cirugías de emergencia, traslados intrahospitalarios o extrahospitalarios de emergencia.

15. El reemplazo del brazalete de identificación se solicita con previa coordinación y autorización por la jefa de servicio y/o supervisora de turno.

16. En aquellos pacientes en los que no sea posible la colocación del brazalete en ninguna de las extremidades, como en los pacientes quemados o politraumatizados o con algún compromiso cutáneo, colocar una identificación en alguna parte del cuerpo y que sea visible (sobre los vendajes u otra zona del cuerpo); o de ser el caso en la zona superior derecha de la cama o en el lado derecho de la cabecera de la cuna con el debido sustento y registro en las notas de enfermería.

17. En el caso de los recién nacidos hospitalizados como prematuros extremos y/o aquellos con múltiples elementos invasivos, colocar el brazalete de identificación en un lugar visible de la incubadora (pared interior o posterior), hasta que sus condiciones clínicas permitan colocar nuevamente el brazalete de identificación.

18. En caso de que el brazalete deba retirarse por reacción alérgica al material del que está fabricado, dejar constancia en la historia clínica del paciente y colocar en la zona superior derecha de la cama, en el lado derecho de la cabecera de la cuna o en un lugar visible de la incubadora (pared interior o posterior).

19. Excepcionalmente se coloca un brazalete con los datos de manera manual con plumón indeleble, según sea el caso, cuando se dañe la impresora de brazaletes, o tenga demoras de impresión; los mismos deben ser reemplazados en cuanto se supere la contingencia.

20. En el caso que el paciente y/o familiar rechace llevar puesto el brazalete de identificación se debe solicitar el soporte de otro miembro del equipo asistencial, se debe informar al familiar responsable del paciente sobre los riesgos de no llevar el brazalete delante de un testigo. De persistir la negativa deber estar registrado claramente en los registros de Enfermería.

21. En caso de homonimias; durante la entrega de turno por el personal médico y de enfermería se debe consignar la información de permanencia de pacientes homónimos en hospitalización, de modo obligatorio. Deben ser admitidos en servicios/habitaciones diferentes y alejados, en cuanto sea posible; la identificación de pacientes homónimos será de la siguiente manera:

    - Paciente 1: dos nombres y un apellido.
    - Paciente 2: un nombre y dos apellidos
    - Paciente 3: un nombre y un apellido

22. En situaciones de no ser posible conocer la identidad del paciente atendido por el servicio de Emergencia, escribir en el brazalete de identificación como nombres “NN” (No Nombre), sexo, fecha, hora de ingreso y número de Historia Clínica, hasta obtener su identidad. En el caso excepcional de haber más de un paciente con identidad desconocida se coloca numeración a las siglas “NN” (“NN1”, “NN2”, “NN3” y así sucesivamente) y deben ser admitidos en servicios/habitaciones diferentes y alejados, en cuanto sea posible.

23. El brazalete de identificación se retira al alta del paciente, antes que abandone del servicio, para su posterior corte y eliminación.

24. En caso del fallecimiento del paciente que deba ser trasladado a la morgue central se envía con su respectivo brazalete de identificación. No se retira el brazalete hasta la entrega del cadáver al familiar responsable o representante legal.

25. El personal de supervisión de la Unidad de Enfermería verifica el cumplimiento de esta Guía (Anexo N° 02) y realiza los indicadores de Evaluación (Anexo N° 03).

b. Indicaciones

1. Indicaciones Absolutas

El procedimiento de identificación del paciente es de indicación obligatoria para todo paciente hospitalizado en el INSNSB:

- Emergencia.
- Centro quirúrgico (Cirugía ambulatoria y pacientes que son hospitalizados).
- Procedimientos que duren más de 3 horas.
- Imágenes (Tomografía, resonancia magnética, radiología intervencionista).
- Sub Unidades de Hospitalización.
- Unidad de cuidados intensivos.
- Unidad de cuidados intermedios neonatales.
- Quimioterapia ambulatoria

2. Indicaciones Relativas

- En caso de atención ambulatoria se identificará al paciente al momento de la hospitalización.

IX. Recomendaciones

- No debe realizarse procedimientos, cirugías, administrar medicamentos, ni componentes sanguíneos a los pacientes que no porten brazalete de identificación. Se excluye casos de pacientes en emergencia vital.
- Los datos del tablero de identificación del paciente deben ser actualizados en cada turno. Serán llenados lo más pronto posible después de iniciado el turno.
- El llenado del tablero está a cargo del personal técnico de enfermería o del enfermero dependiendo del acuerdo del servicio.
- Todo personal que detecte la ausencia del brazalete de identificación en un paciente, debe comunicar el hecho y solicitar su reemplazo.
- Todo personal que detecte la ausencia del tablero de identificación de un paciente, debe comunicar el hecho a su jefa inmediata quien debe hacer el seguimiento de la colocación del mismo.
- En caso de que el paciente sea transferido a otro centro de salud y retorne para continuar su atención en la institución, debe permanecer con el brazalete de identificación en todo momento.
- Se coloca brazalete rojo al paciente que se identifique con alergias medicamentosas.

- Está prohibido sobreescribir, tachar y colocar enmendaduras en el brazalete de identificación.
- Así mismo se informa sobre:
  - La obligatoriedad de comunicar su deterioro o extravío.
  - En casos excepcionales el brazalete puede ser retirado sólo si es estrictamente necesario.
  - El brazalete es de un material resistente al deterioro en agua, por ende se puede realizar la higiene corporal del paciente con el mismo.
  - En caso de existir error de digitación de algún dato que se registra en el brazalete o tablero de identificación, se debe comunicar inmediatamente al personal de enfermería y asumir la responsabilidad de realizar el seguimiento de la corrección del mismo.
- La Jefatura de Enfermería de cada área debe realizar el monitoreo y supervisión del cumplimiento de la guía de Identificación del paciente.
- Cambiar el brazalete cuando se encuentre en mal estado o con datos ilegibles.

X. Autores, fecha

- Fecha de elaboración: Noviembre, 2023.

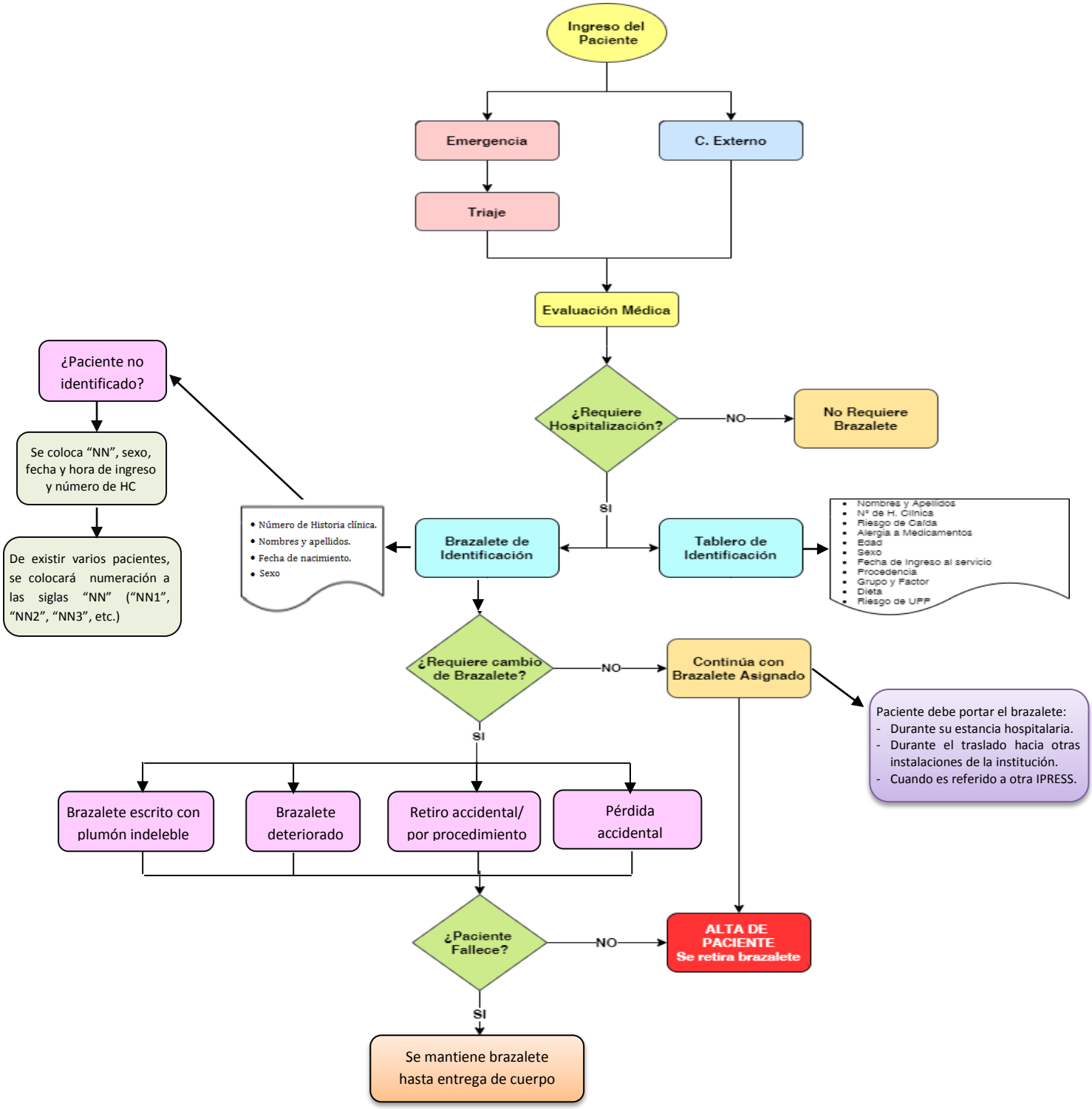
- Equipo Responsable de la elaboración de la Guía:

  - Lic. Enf. Karina Gamarra Villasante, kgamarra@insnsb.gob.pe
  - Lic. Enf. Leydin Araujo Guzmán, laraujo@insnsb.gob.pe
  - Lic. Enf. Tania Urquiaga Vargas, turquiaga@insnsb.gob.pe
  - Lic. Enf. Diana Requejo Morales, drequejo@insnsb.gob.pe
  - Lic. Enf. Yovana Valladolid Villanueva, yvalladolid@insnsb.gob.pe

XI. Anexos

1. Anexo N° 01: Flujograma de Identificación del paciente
2. Anexo N° 02: Lista de Chequeo de cumplimiento del Procedimiento de enfermería: Identificación del Paciente
3. Anexo N° 03: Indicadores de Evaluación y Monitoreo
4. Anexo N° 04: Tablero de Identificación del Paciente

Anexo N° 01: Flujograma de Identificación del paciente



Fuente: Elaboración propia. Unidad de Enfermería. INSNSB.

Anexo N° 02:
Lista de Chequeo de cumplimiento del Procedimiento de enfermería: Identificación del Paciente

INDICADOR	SI	NO	Observaciones
PACIENTE CON BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN			
PACIENTE CON BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN ROJO EN CASO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS			
VERIFICA IDENTIDAD ANTES DE REALIZAR CUALQUIER PROCEDIMIENTO			
ERRORES DE IDENTIFICACION:			
• Brazalete de identificación con datos incompletos			
• Brazalete de identificación con datos no legibles			
Brazalete de identificación con datos incorrectos			
TABLERO DE IDENTIFICACIÓN CON DATOS COMPLETOS			
EVENTOS ADVERSOS RELACIONACIONADOS CON LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			

Fuente: Elaboración propia. Unidad de Enfermería. INSNSB.

Anexo N° 03: Indicadores de Evaluación y Monitoreo

INDICADOR	RESULTADOS EN PORCENTAJE	ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
PORCENTAJE DE PERSONAL DE ENFERMERÍA INFORMADO RESPECTO A LA GUÍA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	N° de personal de Enfermería que ha recibido capacitación de la Guía de Identificación del paciente / Total de personal de Enfermería asistencial del INSNSB x 100%	100%	
PORCENTAJE DE PACIENTES CON BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN	N° de pacientes con brazalete de identificación / Total de pacientes hospitalizados x 100%	100%	
PORCENTAJE DE PACIENTES IDENTIFICADOS EN TABLERO DE IDENTIFICACIÓN	N° de pacientes en tablero de identificación / Total de pacientes hospitalizados x 100%	100%	
PORCENTAJE DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD ANTES DE REALIZAR CUALQUIER PROCEDIMIENTO	N° de pacientes verificados / Total de pacientes identificados supervisados x 100%	100%	
ERRORES DE IDENTIFICACIÓN :			**PORCENTAJE DE ERROR**
PORCENTAJE DE BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN CON DATOS INCOMPLETOS	N° de brazaletes de identificación con datos incompletos / Total de pacientes identificados supervisados x 100%		
PORCENTAJE DE BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN CON DATOS NO LEGIBLES	N° de brazaletes de identificación con datos no legibles / Total de pacientes identificados supervisados x 100%		
PORCENTAJE DE BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN CON DATOS INCORRECTOS	N° de brazaletes de identificación con datos incorrectos / Total de pacientes identificados supervisados x 100%		
PORCENTAJE DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONACIONADOS CON LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	N° de eventos adversos derivados de errores de identificación / Total de eventos adversos x 100%		

Estándar de cumplimiento= 100%

*Indicadores que serán evaluados por el equipo de Supervisión de la Unidad de Enfermería

Fuente: Elaboración propia. Unidad de Enfermería. INSNSB.

Anexo N° 04: Tablero de Identificación del Paciente

Fuente: Elaboración propia. Unidad de Enfermería. INSNSB.

XII. Bibliografía

1. MinSalud. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. 2014. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/asegurar-identificacion-paciente-procesos-asistenciales.pdf
2. Hospital San Juan de Dios Curicó. Protocolo identificación de Paciente. 4ª Edición. Chile. 2013.
3. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Identificación inequívoca de pacientes. España. 2022. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/tfe/27/Memorias/2022/pdf/B3/3_2_2_Programas_de_seguridad_del_paciente.pdf
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Seguridad del paciente. 2023. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety
5. Dirección General de Salud Pública. Protocolo de identificación inequívoca de pacientes del servicio Extremeño de salud. 2017. Disponible: https://www.areasaludbadajoz.com/protocolo_identificacion_inequivoca_2017.pdf
6. Caicedo J, Revelo A. Protocolo Identificación del paciente. 2015. Disponible en: https://www.hospitalcivilese.gov.co/site/images/seguridadpac/seguridad%20de%20Pacientes%20HCI.pdf
7. Junta de Andalucía. Procedimiento operativo estandarizado de identificación de pacientes. 2023. Disponible en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_gerencia/calidad/procedimientos_generales/11_poe_identificacion_pacientes_v4.pdf
8. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Procedimiento general de identificación inequívoca de pacientes. 2014. Disponible en: https://www.hospitaluvrocio.es/wp-content/uploads/2019/01/Procedimiento-Identificacion-General-Inequivoca-Pacientes.pdf
9. Hospitales Universitarios Regional y Virgen de la Victoria de Málaga. Procedimiento general de identificación inequívoca de pacientes. 2023. Disponible en: http://www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?fileticket=ZGu3WiSGJ5U%3D&tabid=520
10. Hospital Santiago Oriente. Protocolo Identificación de Pacientes. 2011. Disponible en: http://200.72.129.100/transparencia/transparencia_activa/documentos/docVarios/Protocolo_Identificacion_Pacientes.pdf