

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Año

2021

SEGURO DE PACIENTES

PROCOLO DE  
IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA  
DE PACIENTES DEL SERVICIO  
EXTREMEÑO DE SALUD





**Plan**  
**ESTRATÉGICO**  
**de seguridad**  
**de pacientes**  
del Servicio Extremeño de Salud

**PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN  
INEQUÍVOCA DE PACIENTES DEL  
SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD  
SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA**

**Servicio Extremeño de Salud  
Dirección General de Salud Pública**

**Edición: Marzo 2017**

## **COORDINACIÓN**

### **Dirección General de Salud Pública**

M<sup>a</sup> Pilar Guijarro Gonzalo

### **Seguridad de Pacientes**

Nazaret García Sanguino

M<sup>a</sup> Jesús López Fernández

## INDICE

PRESENTACIÓN .....	1
INTRODUCCIÓN .....	3
<i>Definición</i> .....	3
<i>Justificación</i> .....	3
<i>Misión</i> .....	4
<i>Valores y principios éticos:</i> .....	4
OBJETIVOS.....	5
<i>Objetivo general</i> .....	5
<i>Objetivos específicos</i> .....	5
ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	5
POBLACIÓN DIANA .....	5
RECURSO HUMANOS. RESPONSABILIDAD JERARQUIZADA HORIZONTAL .....	6
<i>Consejería de Sanidad y Política Social. Servicio Extremeño de Salud</i> .....	6
<i>Equipo Directivo</i> .....	6
<i>Servicio de Suministro</i> .....	6
<i>Responsable de Calidad y/o Seguridad de Pacientes</i> .....	6
<i>Servicios de Admisión y/o Unidades de Admisión de Urgencias. Responsables y personal de admisión.</i> .....	7
<i>Supervisión de Enfermería y/o coordinadores de Atención Primaria</i> .....	7
<i>Personal médico</i> .....	7
<i>Personal de enfermería</i> .....	7
<i>Matronas</i> .....	8
<i>Personal técnico y auxiliar</i> .....	8
<i>Celadores</i> .....	8
<i>Resto de personal sanitario y no sanitario</i> .....	8
<i>Responsables de los sistemas de información:</i> .....	8
RECURSOS MATERIALES .....	8
<i>Características</i> .....	8
A. <i>Comodidad</i> .....	8
B. <i>Seguridad</i> .....	9
C. <i>Adaptabilidad</i> .....	9
D. <i>Resistencia</i> .....	9

<i>E. Color</i> .....	9
<i>Identificadores</i> .....	9
PROCEDIMIENTO .....	10
<i>Identificación documental y verificación verbal</i> .....	10
<i>Identificación documental</i> .....	10
<i>Verificación verbal</i> .....	10
<i>Verificación verbal en la recepción de pacientes</i> .....	11
<i>Verificación verbal en el traslado de pacientes</i> .....	11
<i>Identificación en Atención Primaria</i> .....	11
<i>Identificadores</i> .....	11
<i>Proceso de identificación en AP</i> .....	11
<i>Vías de comunicación</i> .....	12
<i>Identificación de ingresos hospitalarios con pulsera</i> .....	12
<i>Ingresos Programados</i> .....	12
<i>Ingresos Urgentes</i> .....	13
<i>Identificación en Urgencias</i> .....	13
<i>Identificación intrahospitalaria e interhospitalaria</i> .....	14
<i>Etiquetado de alergias</i> .....	14
<i>Retirada de la pulsera al alta</i> .....	14
<i>Cuando verificar la identidad. Momentos y situaciones de identificación</i> .....	15
<i>Norma general de identificación</i> .....	15
<i>Momentos específicos de identificación</i> .....	15
<i>Situaciones especiales de identificación inequívoca</i> .....	15
<i>Paciente que rechaza la pulsera identificativa</i> .....	15
<i>Paciente que no puede llevar pulsera identificativa</i> .....	15
<i>Pacientes sometidos a procesos quirúrgicos con sedación o anestesia</i> .....	16
<i>Identificación en procesos no invasivos</i> .....	16
<i>Identificación del exitus;</i> .....	17
<i>Paciente con enfermedad mental ingresados en unidades de psiquiatría</i> .....	17
<i>Situaciones de emergencia vital</i> .....	18
<i>Paciente desconocido</i> .....	18
NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS .....	18
ALGORITMOS .....	19
HOJA DE REGISTRO DE INCIDENCIAS .....	24
EVALUACIÓN E INDICADORES .....	25

<i>Evaluación en la Implantación del protocolo.</i> .....	25
<i>Evaluación pulseras identificativas.</i> .....	25
<i>A. Indicadores de Estructura. Disponibilidad.</i> .....	25
<i>B. Indicadores de proceso. Uso</i> .....	25
<i>C. Indicadores de Resultado. Sucesos/Eventos adversos</i> .....	26
<b>REVISIÓN</b> .....	26
<b>GLOSARIO Y ABREVIATURAS</b> .....	27
<b>AUTORÍA</b> .....	30
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	31

## PRESENTACIÓN

En 2011 tuve el honor de presentar el *I Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de Salud*, un primer plan que nos ha servido como hoja de ruta de perspectiva multidisciplinar que está dando respuesta a uno de nuestros objetivos principales, conseguir un entorno más seguro para nuestros pacientes.

Toda actividad sanitaria conlleva el riesgo de que acontezca un suceso adverso, algunos inevitables pero alrededor de un 50% evitables.

La identificación inadecuada de pacientes es una causa importante en la aparición de complicaciones asociadas a errores en la asistencia. En los resultados de priorización de procesos operativos recogidos en nuestro Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes 2011-2016, la identificación inequívoca del paciente ocupa la tercera posición en esta priorización de actuaciones.

La forma más habitual de identificación de pacientes en muchas ocasiones es el número de habitación, de cama, diagnóstico, características físicas o psicológicas, pudiendo ser estos indicadores variables y como consecuencia de ellos llevarnos a errores en la práctica clínica. Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusión de sangre, etc. Sus consecuencias pueden llegar a producir errores muy graves en el paciente.

Con el desarrollo de este Protocolo de Identificación Inequívoca del Servicio Extremeño, tiene como objetivo estandarizar y unificar los procedimientos que aseguren la inequívoca identificación de los pacientes atendidos en el SES, así como la comunicación e identificación de determinados factores de riesgo intrínsecos de los mismos.

Los profesionales que han trabajado en la elaboración de este protocolo único de identificación lo han hecho desde la generosidad y humildad, aportando evidencia científica, experiencia y conocimiento y participando de manera multidisciplinar desde cada una de las áreas del Servicio Extremeño de Salud. Es gracias a estas personas que hoy podemos poner una pieza más a un puzle tan complejo como es la seguridad de nuestros pacientes. Todo ello coordinado desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud en el desarrollo de la Estrategia Regional de Seguridad de Paciente. Por tanto, no puedo acabar mi presentación sin expresar mi agradecimiento al equipo de profesionales que ha hecho posible este protocolo.

***D. Ceciliano Franco Rubio.***

***Gerente del Servicio Extremeño de Salud.***





# INTRODUCCIÓN

## *Definición*

Aproximadamente un 13% de los errores notificados en el área quirúrgica y un 67% de los relacionados con transfusiones de componentes sanguíneos tiene que ver con la identificación errónea de pacientes <sup>1, 2</sup>. Por este motivo el establecimiento de medidas que garanticen la identificación inequívoca de pacientes, de sus muestras y de toda su información es una de las prácticas prioritarias recomendadas por diversas organizaciones internacionales como AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality; National Quality Forum; JC: Joint Commission; OMS: Organización Mundial de la Salud.

La pulsera identificativa y la correcta aplicación del protocolo, darán al profesional la seguridad de que estamos prestando nuestros cuidados al paciente correcto.

Este protocolo se define ante la necesidad de explicar de manera precisa y clara la importancia que tiene la correcta identificación de los pacientes en los centros sanitarios, así como de asegurar una implantación única en todas las áreas de salud del Servicio Extremeño de Salud (SES), asegurando que todos los profesionales del SES siguen las mismas directrices, con el fin de identificar que el paciente sobre el cual se actúa es el correcto, siendo esta una medida fundamental para evitar errores en la atención que prestamos.

En el desarrollo de la priorización de procesos operativos y prácticas seguras recogidas en el Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes del SES, la identificación inequívoca de pacientes ocupa la tercera posición de entre las 19 prácticas seguras expuestas en el propio plan, precedida por las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y el uso seguro de medicamentos.

Con esta medida se evitaría eventos adversos en el paciente tales como, errores en la administración de medicamentos, cirugía en paciente incorrecto, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados.

## *Justificación*

En el Servicio Extremeño de Salud, desde hace varios años, se utilizan pulseras identificativas en los pacientes que ingresan en los distintos hospitales de la región. Con la implantación de este protocolo se ha decidido unificar criterios de identificación, ya que existían protocolos diferentes en cada una de las Áreas de Salud así como distintas eran las maneras de identificar, generando un ambiente de inseguridad tanto para pacientes como para profesionales y propicio para cometer errores.

Queremos también extender el uso de dichas pulseras al Servicio de Urgencias y los Hospitales de Día. Esto motiva la necesidad de elaborar un nuevo protocolo que recoja en un único documento todas las áreas y situaciones posibles (adultos, niños, recién nacidos, pacientes desconocidos), y que regule la identificación de los pacientes de una manera integral.

La identificación verbal no es suficiente, ya que pueden darse situaciones en las que el paciente sea incapaz de responder: pacientes sedados, con pérdida de atención, indiferentes o confusos. Pueden existir también barreras de lenguaje, idiomáticas o problemas de audición o

tratarse de pacientes pediátricos, contribuyendo todo ello a que aumente la probabilidad de error.

En muchas ocasiones a los pacientes se les identifica por el número de habitación o por su patología, lo que compromete tanto su intimidad como su seguridad.

La falta y/o los fallos en la identificación de los pacientes conllevan un riesgo que pueden acabar en complicaciones asociadas a errores en la asistencia como son:

- Errores en la administración de medicamentos.
- Errores en la realización de pruebas diagnósticas.
- Errores de resultados analíticos por confusión de pacientes en las extracciones.
- Errores en transfusiones de sangre y hemoderivados.
- Errores en cirugía, paciente incorrecto.

Existen, por tanto, motivos suficientes para asumir que la identificación adecuada de los pacientes en nuestros hospitales es necesaria, siendo una medida proactiva, para la mejora de la seguridad clínica.

### *Misión*

El objetivo de los sistemas de identificación inequívoca de pacientes es garantizar la correcta y segura identificación de la totalidad de los mismos mediante la utilización de una pulsera identificativa con los datos inequívocos del paciente en los casos que así se requiera. Este es el método más utilizado. Pero no debemos olvidar que en situaciones de atención ambulatoria, una correcta identificación verbal y documental directa, evitará cometer errores.

### *Valores y principios éticos:*

A lo largo de los años, las organizaciones profesionales han desarrollado códigos éticos que han servido como directrices para sus miembros y donde se exponen las pautas que deben seguir en la toma de decisiones y cuál debe ser su comportamiento en el desempeño de su trabajo. Estos principios constituyen los valores esenciales y los objetivos principales de cada profesión.

Nacida de las tradiciones propugnadas por el juramento hipocrático, la máxima de “primum non nocere” “lo primero es no hacer daño” pretende guiar la sensibilidad ética de los profesionales sanitarios. En el Manual de ética del Colegio Americano de Médicos - Sociedad Americana de Medicina Interna, se establece el “...deber de no causar daño a los pacientes”. En el Código Deontológico para Farmacéuticos estadounidense se afirma: “El farmacéutico sitúa el interés por el bienestar del paciente en el centro de su práctica profesional”. Asimismo, el Código Deontológico de Enfermería estadounidense establece que “El enfermero fomenta, apoya y se esfuerza en el cuidado de la salud, la seguridad y los derechos del paciente... incluyendo la responsabilidad de proteger su seguridad...”

Estas declaraciones de principios de los numerosos colectivos profesionales sanitarios reflejan claramente el objetivo fundamental y básico de proteger la seguridad del paciente.

## OBJETIVOS

### *Objetivo general*

- Identificar de forma inequívoca a todos los pacientes que son atendidos en el Servicio Extremeño de Salud.

### *Objetivos específicos*

- Implantar un sistema de identificación para todos los pacientes que acudan a recibir asistencia sanitaria al Servicio Extremeño de Salud.
- Garantizar la correcta identificación de los pacientes durante su contacto con el Servicio Extremeño de Salud, para prevenir errores relacionados con la asistencia sanitaria.
- Verificar la identidad del paciente previamente a la realización de cualquier procedimiento.
- Mantener identificados correctamente a los pacientes mediante pulsera identificativa durante todo su proceso asistencial.
- Recoger en la pulsera todos los datos de identificación inequívocos de pacientes.

## ÁMBITO DE APLICACIÓN

- Todos los servicios sanitarios dependientes del Servicio Extremeño de Salud recogidos en este protocolo.
- Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que tienen contacto directo y asistencial en algún momento con el paciente.

## POBLACIÓN DIANA

- Pacientes de Atención Primaria.
- Pacientes ingresados.
- Pacientes que van a ser sometidos a cirugía mayor o menor ambulatoria.
- Pacientes trasladados.
- Pacientes que acuden a consultas para pruebas diagnósticas invasivas, u Hospital de Día para tratamientos con fármacos de alto riesgo y/o transfusiones.
- Pacientes adultos y pediátricos atendidos en los Servicios de Urgencias.
- Pacientes con enfermedad mental ingresados en una unidad psiquiátrica.
- Pacientes desconocidos.

## RECURSO HUMANOS. RESPONSABILIDAD JERARQUIZADA HORIZONTAL

### *Consejería de Sanidad y Política Social. Servicio Extremeño de Salud*

La Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, concretamente el Servicio Extremeño de Salud será el responsable de dar a conocer el Procedimiento General de Identificación del Paciente a las distintas Direcciones Generales y Gerencias de Área para que se ponga en marcha de manera unificada en todos los centros sanitarios dependientes de éstas, así como de velar por su cumplimiento, como medida Estratégica para la Seguridad de Pacientes.

Como norma general;

- El cumplimiento de este procedimiento será responsabilidad de la Dirección de cada centro.
- Serán responsables de la aplicación de este procedimiento todos los profesionales sanitarios y no sanitarios implicados, que tienen contacto directo en algún momento con pacientes.

### *Equipo Directivo*

- Poner en marcha las acciones y medios necesarios para definir, implantar el protocolo unificado y cumplimiento del mismo.
- Difundir el protocolo entre los profesionales.
- Concienciar al personal del proceso de identificación de pacientes.
- Asegurar que el protocolo se desarrolla según los objetivos previstos con eficacia y eficiencia.
- Solicitar los resultados de la evaluación del protocolo con una periodicidad semestral.
- Ser el interlocutor con los supervisores de enfermería sobre la marcha del protocolo, manteniendo una comunicación periódica.
- Asegurarse de disponer de material necesario para la información al paciente (carteles, separadores, trípticos, guías de acogida, etc.)

### *Servicio de Suministro*

- Abastecer a los centros sanitarios de los recursos materiales adquiridos a la empresa adjudicataria por contratación única.

*Responsable de Calidad y/o Seguridad de Pacientes* o en su defecto el que la Dirección designe para tal fin:

- Colaborar junto al equipo directivo en la puesta en marcha e implantación del protocolo y darlo a conocer en todas las unidades y servicios del centro.
- Realizar periódicamente recogida de datos e indicadores para evaluar la implementación y/o el resultado de la aplicación del protocolo.
- Analizar aquellas notificaciones que estén relacionadas con errores en la identificación y puesta en marcha de planes de mejora si procede.

### *Servicios de Admisión y/o Unidades de Admisión de Urgencias. Responsables y personal de admisión.*

- Verificar verbal y/o documentalmente los datos identificativos inequívocos del paciente, preservando la intimidad del mismo.
- Garantizar la disponibilidad de pulseras para la correcta identificación de pacientes en los puestos de admisión.
- Imprimir desde los puestos de admisión las pulseras de identificación, verificando los datos personales del paciente [nombre y apellidos, fecha de nacimiento y código de identificación personal (CIP), antes de su impresión.
- Los auxiliares administrativos encargados de imprimir las pulseras de identificación, serán los encargados de cambiar la cinta en las impresoras.
- Adjuntar la pulsera de identificación a la documentación de ingreso (hoja de ingreso/asistencia y etiquetas)
- Suministrar una nueva pulsera en caso de solicitud por deterioro o rotura.

### *Supervisión de Enfermería y/o coordinadores de Atención Primaria*

- Garantizar que todos los pacientes estén correctamente identificados.
- Asegurar que el proceso de identificación de pacientes es realizado adecuadamente por el equipo de enfermería del servicio.
- Proponer mejoras a la Dirección de Enfermería.
- Realizar la evaluación del seguimiento del protocolo en su unidad, según se detalla en el apartado correspondiente.

### *Personal médico*

- El personal médico que vaya a realizar cualquier procedimiento al paciente deberá verificar que los datos de identificación de la pulsera son los correctos.
- En el caso de ser el primer sanitario que recibe al paciente, como pudiera ocurrir por ejemplo en el servicio de urgencias, comprobará los datos de identificación del paciente y colocará la pulsera identificativa.

### *Personal de enfermería*

- Comprobar los datos de identificación del paciente y colocar la pulsera si el paciente aún no viene identificado. Si el paciente viniese identificado desde el Servicio de Urgencias, otra unidad distinta u hospital de la región, comprobará los datos con la documentación del paciente y con el propio paciente si procede.
- El personal de enfermería de la Unidad/Servicio que recibe y sea responsable del paciente será el encargado de informar al paciente y sus acompañantes de cuál es la finalidad y significado de la pulsera de identificación.
- El personal de enfermería que valore al paciente al ingreso añadirá el distintivo de paciente de alto riesgo si procede.
- Vigilar el estado de la pulsera de identificación y reponerlo o bien solicitar uno nuevo en caso de deterioro o rotura, al Servicio de Admisión.
- Registrar cualquier incidencia relacionada con la identificación del paciente.

### *Matronas*

- Realizar la correcta identificación madre-hijo en el momento del parto y la inmediata colocación de las pulseras de identificación.

### *Personal técnico y auxiliar*

- Aquel personal técnico y auxiliar que vaya a realizar un procedimiento al paciente deberá verificar los datos de identificación de la pulsera.

### *Celadores*

- Verificar que la identificación y documentación del paciente que va a trasladar es la correcta.

### *Resto de personal sanitario y no sanitario*

- Cualquier profesional sanitario que vaya a realizar cualquier procedimiento al paciente deberá verificar los datos de identificación de la pulsera.
- Cualquier profesional sanitario o no sanitario que detecte la ausencia de la pulsera de identificación en un paciente deberá de informar del hecho al personal de enfermería responsable del paciente.

### *Responsables de los sistemas de información:*

- Garantizar en todo momento el correcto funcionamiento del sistema de información en los puestos de admisión.

## **RECURSOS MATERIALES**

- Pulseras identificativas de distintos tamaños.
- Kits de pulseras madre-hijo.
- Pulseras identificativas de transfusión.
- Distintivo identificativo de paciente con alergia medicamentosa y/o alimenticia o alergia al látex.

### *Características*

*Comodidad- Seguridad- Adaptabilidad- Resistencia- Color.*

#### *A. Comodidad*

- Las pulseras deben tener bordes suaves con la piel, incluso si se usan durante periodos prolongados.
- Deben colocarse holgados, dejar un espacio de un dedo entre el cierre y la muñeca.
- Se compondrá de un material flexible y suave.

- Transpirable y de anchura justa y suficiente para la identificación de datos.
- Fácil limpieza.
- Adaptado a la duración de la estancia.

### *B. Seguridad*

- Utilizar pulseras no transferibles con precinto de seguridad.
- Las pulseras de identificación en las transfusiones irán codificadas.
- Material libre de látex, ftalatos, sin alérgenos.
- Cierre seguro con broche no manipulable.
- Cierres especiales en recién nacidos (RN) que permitan ajustar las pulseras a la pérdida de peso de los RN en los primeros días de vida.
- Imposible la reutilización tras la rotura del cierre de seguridad.
- Ajustada a la normativa vigente en materia de calidad y protección del medio ambiente.

### *C. Adaptabilidad*

- Las pulseras deben ajustarse a todas las formas y tamaños desde el neonato al adulto.

### *D. Resistencia*

- Resistente al agua, la tensión y rotura en cualquier dirección, ya sea en seco o en mojado.
- Pulsera resistente a líquidos comunes; agua, alcoholes, desinfectantes de manos, detergentes, cremas.
- Tinta indeleble e impresión resistente a la abrasión y al agua.

### *E. Color*

- Las pulseras de identificación deben ser de color verde con el logotipo del SES.
- Texto en negro, letra común y tamaño legible.
- Distintivo de color amarillo para pacientes con alergias medicamentosas y/o alimenticias.
- Pulseras codificadas de color rojo para transfusión.
- Pulsera verde con motivos infantiles para pacientes pediátricos.

## *Identificadores*

Los datos que se consideran inequívocos, que pertenecen a un solo paciente y que serán los que se identifiquen tanto en las pulseras como en la comprobación verbal serán:

- Nombre y apellidos del paciente.
- Fecha de Nacimiento día/mes/año.
- CIP. Código de Identificación Personal.



## PROCEDIMIENTO

### *Identificación documental y verificación verbal*

Los pacientes que requieran asistencia sanitaria en el Servicio Extremeño de Salud, deberán proceder a identificarse siempre como mínimo con la Tarjeta Sanitaria y DNI o en su defecto otro documento que acredite su identidad en el servicio de admisión del centro hospitalario al que asisten para recibir atención.

La verificación de la identidad del paciente se deberá realizar durante todo el proceso de la atención sanitaria, comprobando al menos los siguientes datos del paciente: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y CIP.

*Se preservará en todo momento la privacidad y protección de datos del paciente, evitando comprobar datos como lugar de residencia o teléfonos de contacto.*

### *Identificación documental*

Cuando a un paciente se le tenga que realizar una recogida de datos administrativos en el Servicio Extremeño de Salud, se le solicitará un documento acreditador de su identidad (tarjeta sanitaria, DNI, NIF/NIE y/o pasaporte, libro de familia) que nos permita obtener sus datos de filiación con certeza. De esta manera evitaremos los posibles equívocos favorecidos por la transmisión oral.

Si ya disponemos de sus datos recogidos previamente, se procederá a la comprobación y actualización si así se requiere solicitando al paciente uno de los documentos de identidad anteriormente descritos para corroborar su filiación, y verificar los datos existentes en nuestro sistema documental y/o informático.

### *Verificación verbal*

La verificación verbal de la identidad del paciente se deberá realizar durante todo el proceso de la atención sanitaria. La aplicación de los procedimientos de identificación segura es responsabilidad de los profesionales sanitarios y no sanitarios que tengan contacto directo con el paciente a lo largo de la asistencia sanitaria. Se debe transmitir a los profesionales la necesidad de comprobar la identidad de los pacientes y certificar que se trata del paciente correcto y del procedimiento indicado antes de realizarlo.

Entendemos por verificación verbal el proceso mediante el cual el profesional sanitario o no sanitario comprueba la identidad del paciente preguntándole directamente a él el **nombre, apellidos y fecha de nacimiento, siendo el paciente el que conteste a estos datos preferiblemente si es posible.**

Esta información la cotejará con la información documental disponible en Jara preferentemente o en papel.

La verificación verbal siempre se debe realizar con el nombre y apellidos y fecha de nacimiento.

En el hipotético caso de obtener a dos o más pacientes con mismo nombre y apellidos y misma fecha de nacimiento, comprobar con un tercer dato como el CIP.

Realizar al paciente preguntas "abiertas" para que las conteste mientras el profesional comprueba (ejemplo: ¿Cuál es su nombre y apellidos? y no realizar preguntas que permitan ser contestadas con sí o no, ejemplo: ¿es usted José?).

### *Verificación verbal en la recepción de pacientes*

En la recepción de un paciente en una unidad o servicio, se deberá comprobar y verificar verbalmente que los datos de la pulsera de identificación correspondan con la identidad del paciente y certificar que se trata del paciente correcto.

### *Verificación verbal en el traslado de pacientes*

Así mismo, el personal que traslade a un paciente a otra unidad o servicio clínico, dentro o fuera del centro, deberá comprobar y verificar verbalmente con el paciente que los datos de la pulsera de identificación corresponden a la identidad del paciente.

En el ***paciente consciente y orientado*** se confirmará con su información verbal, mientras que en el ***paciente inconsciente*** se comprobará y verificará los datos con el acompañante, historia clínica y/o documentos acreditativos de su identidad.

***No deberá realizarse ningún procedimiento a los pacientes que no se les haya identificado correctamente, salvo en situaciones críticas vitales.***

### *Identificación en Atención Primaria*

No identificar a los pacientes de forma correcta supone el riesgo de identificación incorrecta de las muestras, generando aumento de costes, repetición de pruebas.

Resumir nombres en la identificación o utilizar siglas son factores de riesgo importantes.

#### *Identificadores*

Atendiendo a recomendaciones internacionales, se utilizarán los siguientes criterios para identificar a los pacientes en Atención Primaria:

- 1- Nombre y dos apellidos
- 2.- Fecha de nacimiento
- 3.- CIP.
- 4.- Número de DNI o pasaporte.

#### *Proceso de identificación en AP*

La identificación se realizará a cada uno de los usuarios que acudan al Centro de Salud o Consultorio local.

Será responsable de la primera identificación, el primer profesional que entre en contacto con el paciente, sanitario o no sanitario, normalmente se encargará de la **identificación documental**. Puede realizarse en el cualquier momento de la asistencia sanitaria, tanto en la solicitud de cita o asistencia del paciente.

La segunda identificación se realizará de **forma verbal**, comprobando la coincidencia de los datos de identificación del paciente de forma verbal.

### *Vías de comunicación*

Se identificará a todos los pacientes independientemente de la vía de acceso al centro de salud o consultorio local, sea vía telefónica, presencial o domicilio. La identificación se llevará a cabo antes de:

- Confirmación de una cita o interconsulta.
- Asistencia para la toma de muestras biológicas.
- Pruebas invasivas: Analítica, cualquier tipo de extracción, toma de muestras para biopsias, sondajes, inyectables, vacunas, cirugía menor ambulatoria.
- Pruebas no invasivas: EKG, espirometrías, ecografías y pruebas radiológicas.
- Atención directa en consulta, responsabilidad del profesional que lo atienda: Consulta de Medicina, de Enfermería, de Matrona, de Pediatra, de Fisioterapia, Odontología, Podología, etc.
- Atención en urgencias.
- Atención a domicilio.

### *Identificación de ingresos hospitalarios con pulsera.*

Todo paciente que ingresa en un hospital DEBE ser inmediatamente identificado y llevar su pulsera identificativa cuando así se requiera según las situaciones recogidas en este protocolo. Los pacientes de urgencia, no son una excepción.

La pulsera se debe colocar en un lugar visible del paciente, generalmente en la muñeca **dominante**, ya que es menos probable que se retire si el paciente necesita una vía de acceso periférico u otra técnica invasiva. Si no es posible, se coloca en la no dominante o en los tobillos.

En los pacientes a los que no se les puede colocar la pulsera (p.ej. niños prematuros en incubadoras, grandes quemados, pacientes edematosos, pacientes de UCI con numerosos dispositivos invasivos, miembros amputados, pacientes obesos, etc.) se colocará en la incubadora o cama del paciente, asegurándonos mediante identificación verbal cada vez que vayamos a realizar una técnica asistencial, que la pulsera colocada en la cama o incubadora, es el paciente correcto.

### *Ingresos Programados*

#### *Hospitalización y Hospital de Día*

- El paciente ingresa en la fecha y hora previamente comunicada.
- El Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) u Hospital de Día proporcionará la identificación documental y se encargarán de la impresión de las pulseras que se generará en el mismo momento del contacto para ingreso.

- Los pacientes atendidos en Hospital de Día llevarán pulsera identificativa en el momento de la atención, proporcionada directamente en el propio hospital de día.
- La pulsera deberá ser colocada por el personal sanitario que reciba al paciente en la planta, previa identificación verbal con el propio paciente o su familiar si el paciente no está capacitado para ello.
- Quedarán excluidos los pacientes del servicio de hemodiálisis, siempre y cuando no reciban transfusión sanguínea, momento en el cual se seguirá el proceso de identificación para transfusiones sanguíneas.

### *Ingresos Urgentes*

#### *Desde Urgencias*

- Si el paciente es ingresado desde el servicio de Urgencias, este será identificado mediante la pulsera identificativa que porta desde este servicio.
- En los pacientes que portan pulsera con datos provisionales, tan pronto como se le haya asignado sus datos inequívocos definitivos (Nombre, apellidos, fecha de nacimiento y CIP) la enfermera responsable deberá sustituir la pulsera provisional por la definitiva.
- La enfermera de la Unidad dónde ingresa el paciente, al realizar el protocolo de acogida, debe comprobar y ratificar de forma activa que la identificación del paciente coincide con los datos de la pulsera y con los documentos acreditativos.

#### *Desde consultas y pruebas diagnósticas*

- Estos ingresos se gestionan igual que los ingresos programados desde el SADC, en el punto de contacto para ingreso.

### *Identificación en Urgencias*

La identificación con pulsera en el Servicio de Urgencias se articulará de la siguiente manera;

- Los pacientes que acuden a Urgencias, se dirigen a la Unidad de Admisión, dónde deben identificarse tal y como recoge el proceso de identificación documental. El personal de admisión imprime la pulsera identificativa, el resto de documentación e historia clínica debería encontrarse en soporte digital dentro de JARA, de no ser aun así, se adjuntaría la pulsera a la documentación impresa necesaria.
- La pulsera impresa se traslada a la consulta de triaje.
- Desde la consulta de triaje avisarán al paciente. La enfermera de triaje, tras la identificación activa y verbal del paciente, colocará la pulsera identificativa en la muñeca dominante (salvo excepciones expuestas en este protocolo). En caso de no existir consulta de triaje, será el primer personal sanitario en contacto con el paciente responsable de la valoración quien se encargue de la identificación activa y verbal del paciente, así como de la colocación de la pulsera.

- En el caso de pacientes pediátricos, la pulsera identificativa se coloca en el Servicio de Urgencias Pediátricas por el personal de enfermería que realice la primera valoración o el personal de enfermería de triaje. Previamente se realizará, a ser posible, identificación activa y verbal de la identidad del paciente pediátrico con un familiar o acompañante. Siempre que se pueda se colocará en la muñeca dominante.
- Los pacientes atendidos en el servicio de urgencias que no aporten documentación y sea imposible identificarlos, se pondrá en la pulsera siguiendo el proceso de identificación de paciente desconocido. Será necesario recabar los datos a posteriori y con la mayor brevedad posible en las primeras 24 horas, para modificar la pulsera.

### *Identificación intrahospitalaria e interhospitalaria*

#### *Antes de abandonar la unidad de procedencia;*

- Cuando sea necesario realizar un traslado de pacientes intrahospitalario o interhospitalario, el profesional encargado de la Unidad emisora del paciente verificará que va correctamente identificado verificando que la documentación que acompaña al paciente, es la correcta. Comunicará a la unidad receptora del traslado del paciente en cuestión.

#### *Recepción del paciente en la nueva unidad;*

- El personal encargado de la Unidad que le recibe comprobará igualmente de manera activa y verbal con el propio paciente o acompañante si procede, la correcta identificación del paciente. Comprobará que los datos de la pulsera identificativa coinciden con el nombre, dos apellidos, fecha de nacimiento y CIP del paciente trasladado y lo verificará con el resto de la documentación que aporta.
- Cuando el traslado interhospitalario se realice dentro del Servicio Extremeño de Salud, no será necesario cambiar la pulsera, siempre y cuando el paciente lleve la pulsera unificada del SES y ningún dato haya sido modificado.

### *Etiquetado de alergias*

Se colocará un distintivo identificativo o pulsera de color amarillo si el paciente tiene alergias medicamentosas conocidas y/o alimenticias, así como alergia al látex. Será en la historia clínica donde se recojan y comprueben otros tipos de riesgos para el paciente.

### *Retirada de la pulsera al alta*

El paciente deberá llevar puesta la pulsera de identificación desde el momento de admisión, durante su estancia en el hospital y hasta el momento del alta hospitalaria, el personal que le comunique el alta, le indicará que se retire la pulsera en su domicilio.

El paciente que fallezca en el hospital pasará al mortuorio con la pulsera puesta.

## *Cuando verificar la identidad. Momentos y situaciones de identificación.*

### *Norma general de identificación*

- Se debe realizar de manera sistemática la comprobación de la identidad del paciente antes de practicarle cualquier maniobra o acto asistencial.
- Todos los pacientes atendidos en el Servicio Extremeño de Salud desde el mismo momento que reciben asistencia sanitaria, ya sea hospitalaria o ambulatoria, será identificado por cualquier profesional sanitario o no sanitario que intervenga en cualquier momento de su asistencia.

### *Momentos específicos de identificación*

- En los pacientes hospitalarios.
- En la extracción de cualquier muestra biológica para su análisis.
- En la administración de un medicamento intravenoso o de alto riesgo.
- En la administración de un componente sanguíneo.
- En la realización de cualquier prueba radiológica o de otro tipo no invasivo.
- En la realización de un procedimiento invasivo diagnóstico o terapéutico.
- Antes de entrar en quirófano.
- Antes de cambiar al paciente de Unidad.
- Al recibir al paciente procedente de otra unidad u otro hospital.
- Antes de realizar un traslado del paciente para consultas, pruebas diagnósticas.
- Cuando el paciente vuelve de realizarse una prueba extrahospitalaria o de valoración.
- En el momento de proporcionar las dietas alimenticias.

## *Situaciones especiales de identificación inequívoca.*

### *Paciente que rechaza la pulsera identificativa*

Si el paciente se quita o rechaza llevar la pulsera identificativa, este deberá ser informado de los riesgos de no llevarla puesta. Dicho evento debe ser presenciado por otro testigo (miembro del equipo) y claramente reflejado en las notas de enfermería, en la Historia Clínica y cumplimentar la Hoja de Incidencias.

### *Paciente que no puede llevar pulsera identificativa*

En casos muy excepcionales y debidamente justificado y registrado en la hoja de incidencias, en los cuales los pacientes no puedan llevar pulsera identificativa en ninguno de sus miembros inferiores y superiores dadas sus condiciones físicas o clínicas (Ej.: Pacientes

quemados, edematosos, politraumatismo severo, etc.) se procederá a identificar o etiquetar con sus datos identificativos la cama del

paciente, comprobando los datos con la historia clínica, en caso de transferencia del paciente de una cama a otra, deberá asegurarse la correcta identificación y reevaluar las condiciones que permitan colocar nuevamente, lo antes posible, la pulsera identificativa en uno de sus miembros disponibles, tanto superiores como inferiores.

*Otras medidas adicionales a tener en cuenta en estos casos excepcionales son;*

- Confirmación de la identidad del paciente con sus familiares y/o acompañantes.
- Confirmación de la identidad del paciente con otros profesionales, especialmente en el cambio de turno.
- Si la información del paciente está disponible en el monitor, cotejar la información con el mismo.

### *Pacientes sometidos a procesos quirúrgicos con sedación o anestesia*

#### *A su llegada a quirófano*

- Se procederá a la identificación activa y verbal del paciente, cotejando la información dada por el mismo con la pulsera identificativa.
- Se procederá igualmente a la identificación del paciente mediante la **Lista de Verificación Quirúrgica**.

#### *Antes de la sedación o anestesia*

- Es responsabilidad del Anestesiista identificar verbal y activamente al paciente antes de la inducción. Esta debe ser corroborada con la pulsera identificativa o mediante el Listado de Verificación Quirúrgica.

#### *Condiciones especiales en quirófano*

- Si la identificación del paciente requiere ser retirada de los miembros del paciente, esta será colocada en un lugar visible del paciente durante el procedimiento, el profesional sanitario (médico o enfermero) a cargo de su cuidado en quirófano, se asegurará que la pulsera vuelva a ser recolocada antes de abandonar el quirófano (si es necesario, solicitar nueva pulsera al Servicio de Admisión).

### *Identificación en procesos no invasivos*

En la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas, la identificación se realizará en las diferentes partes del proceso:

- Si el paciente está ingresado, antes de abandonar la unidad de procedencia.
- En el traslado del paciente.
- En el Servicio de realización de la prueba, confirmando de forma activa con el paciente la pulsera identificativa, y la petición de la prueba.

### *Identificación del exitus;*

En caso de exitus se confirmará la pulsera identificativa con la Hª Clínica del paciente, y con la tarjeta identificativa.

### *Paciente con enfermedad mental ingresados en unidades de psiquiatría.*

En algunos momentos la persona con enfermedad mental puede sufrir una afectación de sus capacidades que hace necesario un especial cuidado en la identificación inequívoca.

Se seguirá el mismo procedimiento de identificación, a excepción de evitar el uso de pulseras identificativas en el ámbito hospitalario.

### *Ámbito ambulatorio*

En el ámbito ambulatorio se seguirá el mismo procedimiento que el explicado anteriormente en este protocolo para Atención Primaria, utilizando la identificación verbal activa y verificación documental por parte de los profesionales involucrados en el proceso asistencial.

Si momentáneamente la persona con enfermedad mental se encontrase con sus capacidades afectadas se contará con los apoyos disponibles en ese momento que posibiliten su identificación, por ejemplo, otro profesional o acompañante.

### *Ámbito hospitalario;*

Se recomienda no colocar la pulsera identificativa para minimizar los riesgos de seguridad del paciente que pudieran derivarse de ello.

### *Identificación del paciente con enfermedad mental al ingreso;*

El proceso de ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría se realiza a través de los servicios de urgencias, previa evaluación por el psiquiatra de guardia. Por tanto, el procedimiento a seguir es el mismo que el descrito para los ingresos desde el Servicio de Urgencias, a excepción de la no colocación de la pulsera identificativa. .

La pulsera irá anexa a la documentación del ingreso acompañada de fotografía si es posible.

Una vez en la planta, el personal de enfermería comprueba la identidad del paciente con los datos de la Historia y la tarjeta sanitaria, manteniendo la pulsera en la historia clínica.

Se recomienda en todo momento la identificación verbal activa del paciente con preguntas abiertas, evitando que el paciente conteste a cuestiones de identificación con un sí o un no. Es recomendable el uso de otros recursos disponibles en ese momento, como los acompañantes del paciente.

En caso de otras de Unidades de Hospitalización como la Unidad de Media Estancia o de Rehabilitación Hospitalaria, el ingreso se realiza por el servicio de admisión. De nuevo hay que tener en cuenta el uso de la verificación activa y documental y la NO colocación de la pulsera identificativa.



### *Situaciones de emergencia vital*

En emergencias o en situaciones en las que la vida del paciente se puedan ver afectadas.

Tienen prioridad los cuidados antes que la identificación del paciente. En cuanto sea posible, la enfermera que esté a cargo del paciente será la encargada de identificar al paciente y colocar la pulsera identificativa.

En el caso de que la pulsera no pueda ser colocada en los brazos del paciente debido a su patología (tratamiento dermatológico, múltiples accesos venosos, grandes quemados, etc.) se colocará la identificación en el tobillo o en la cabecera del paciente.

### *Paciente desconocido.*

En situaciones en las que el paciente no puede ser identificado por no disponer de documentación o por ser incapaz de responder (inconsciente, obnubilado, etc.), se emitirá una pulsera con código alfanumérico en el cual aparecerán las dos primera letras del área seguido de 5 dígitos ordenados y seguido de sexo femenino o masculino, por lo tanto;

- **Área de Badajoz:** BA00001, BA00002, BA00003...
- **Área de Mérida:** ME00001, ME00002, ME00003...
- **Área de Don Benito-Vva. de la Serena:** DB00001, DB00002, DB00003...
- **Área de Llerena- Zafra:** ZF00001, ZF00002, ZF00003...
- **Área de Cáceres:** CC00001, CC00002, CC00003...
- **Área de Plasencia:** PL00001, PL00002, PL00003...
- **Área de Coria:** CO00001, CO00002, CO00003...
- **Área de Navalmoral de la Mata:** NV00001, NV00002, NV00003...

No debe pasar más de 24 horas sin tener a un paciente correctamente identificado.

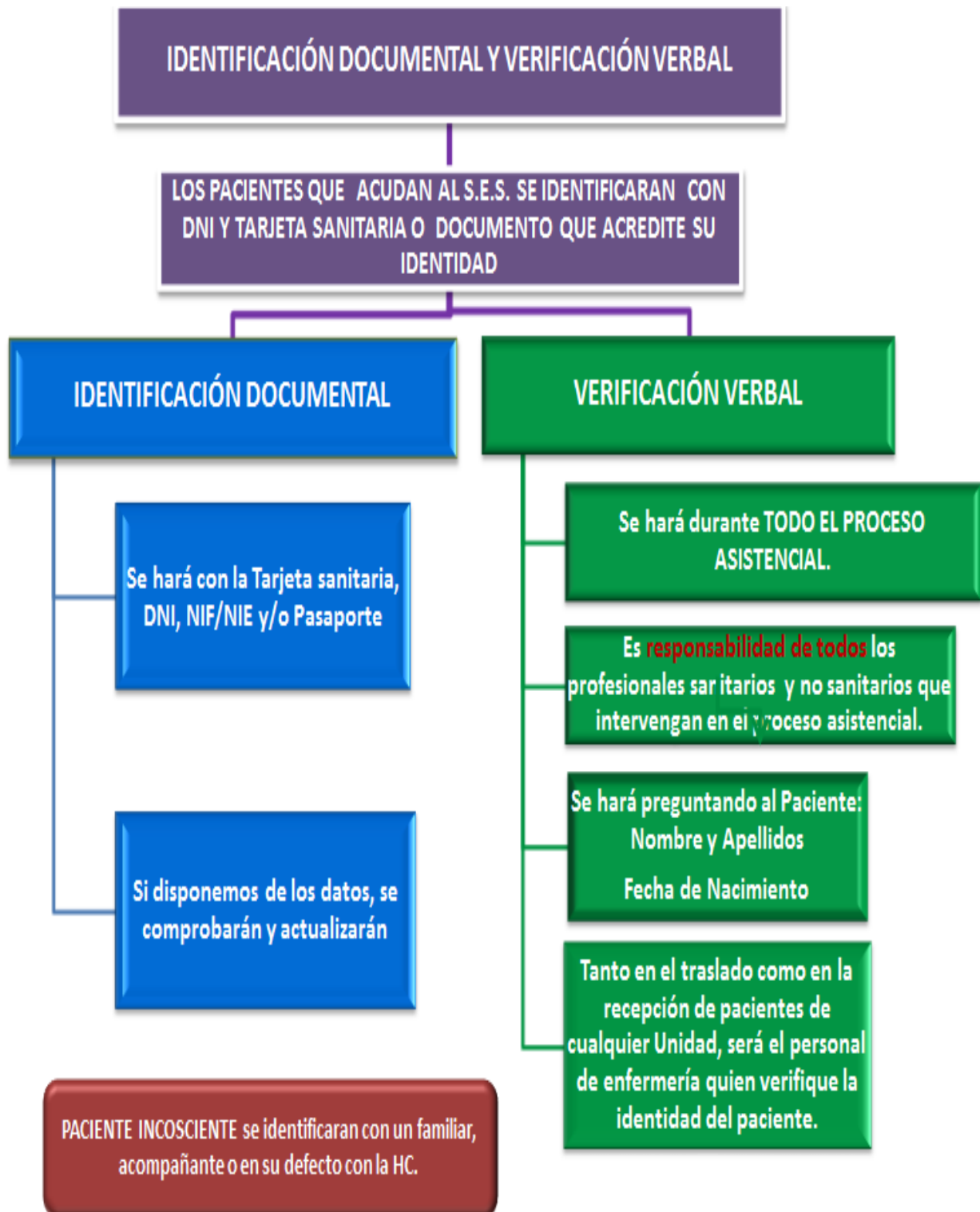
Una vez recabados y actualizados los datos correctos, es **muy importante** que desde el Servicio de Admisión se busque al paciente en Civitas y se fusione con los datos provisionales previos. Si el paciente no estuviera registrado en Civitas, se procedería a su registro con los datos definitivos, sin olvidar fusionarlos con los datos previos provisionales.

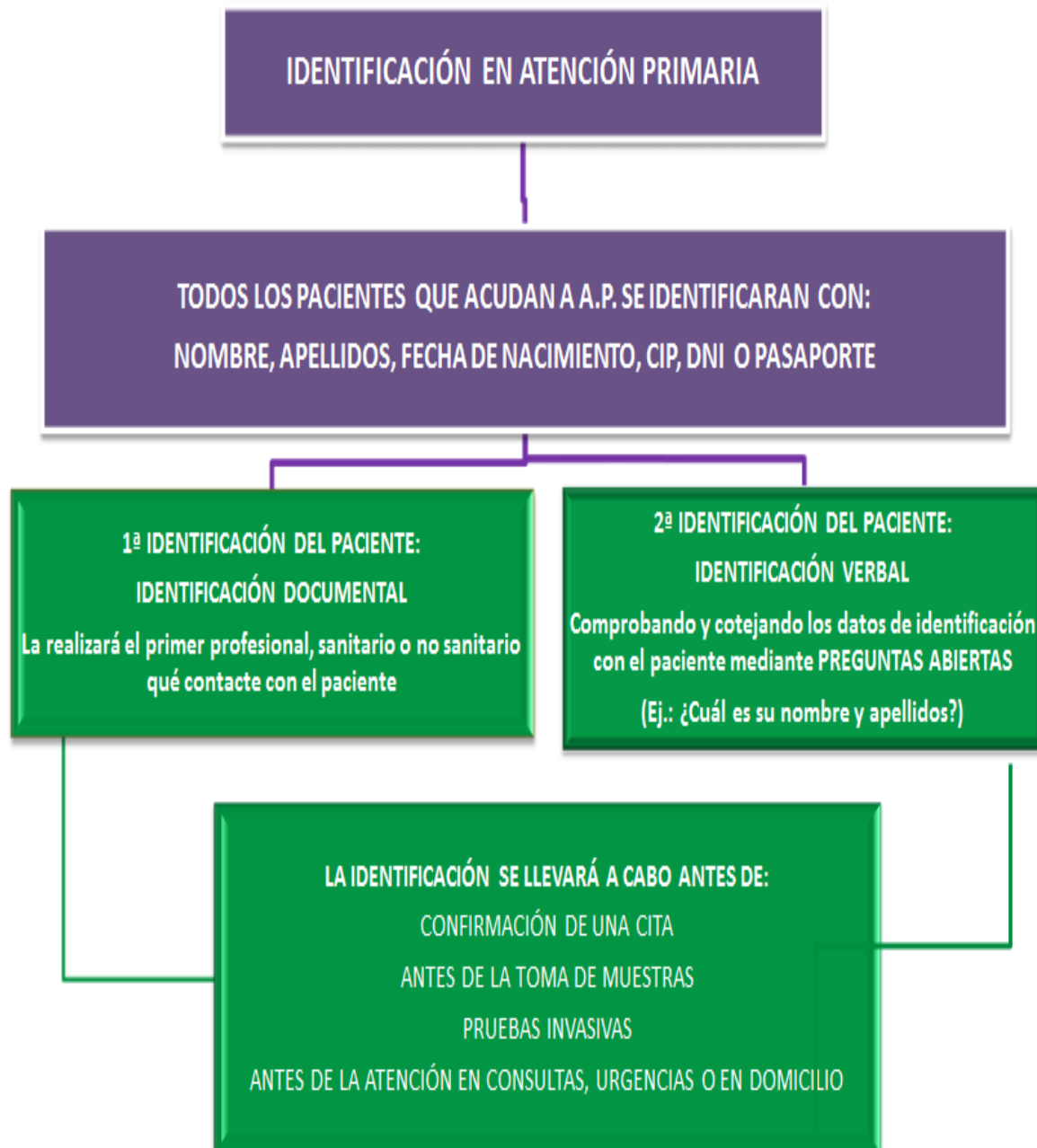
Imprimir la nueva pulsera identificativa que deberá ser reemplazada por la que contiene los datos correctos, verificando los datos con los de la Historia Clínica y si es posible, con el paciente y/o acompañante. Será colocada por la enfermera responsable de la asistencia del paciente en ese momento.

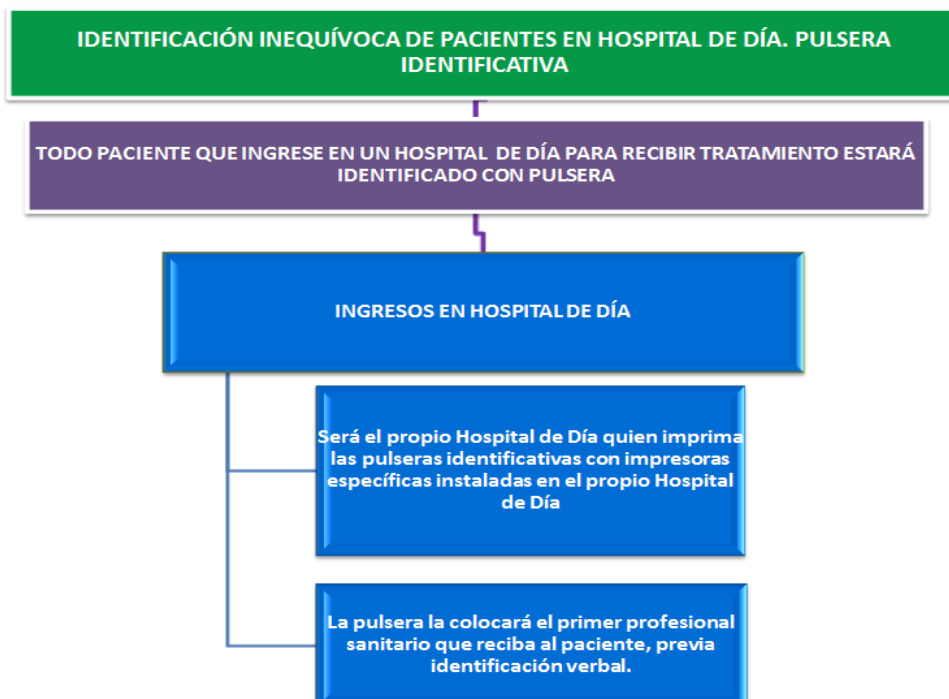
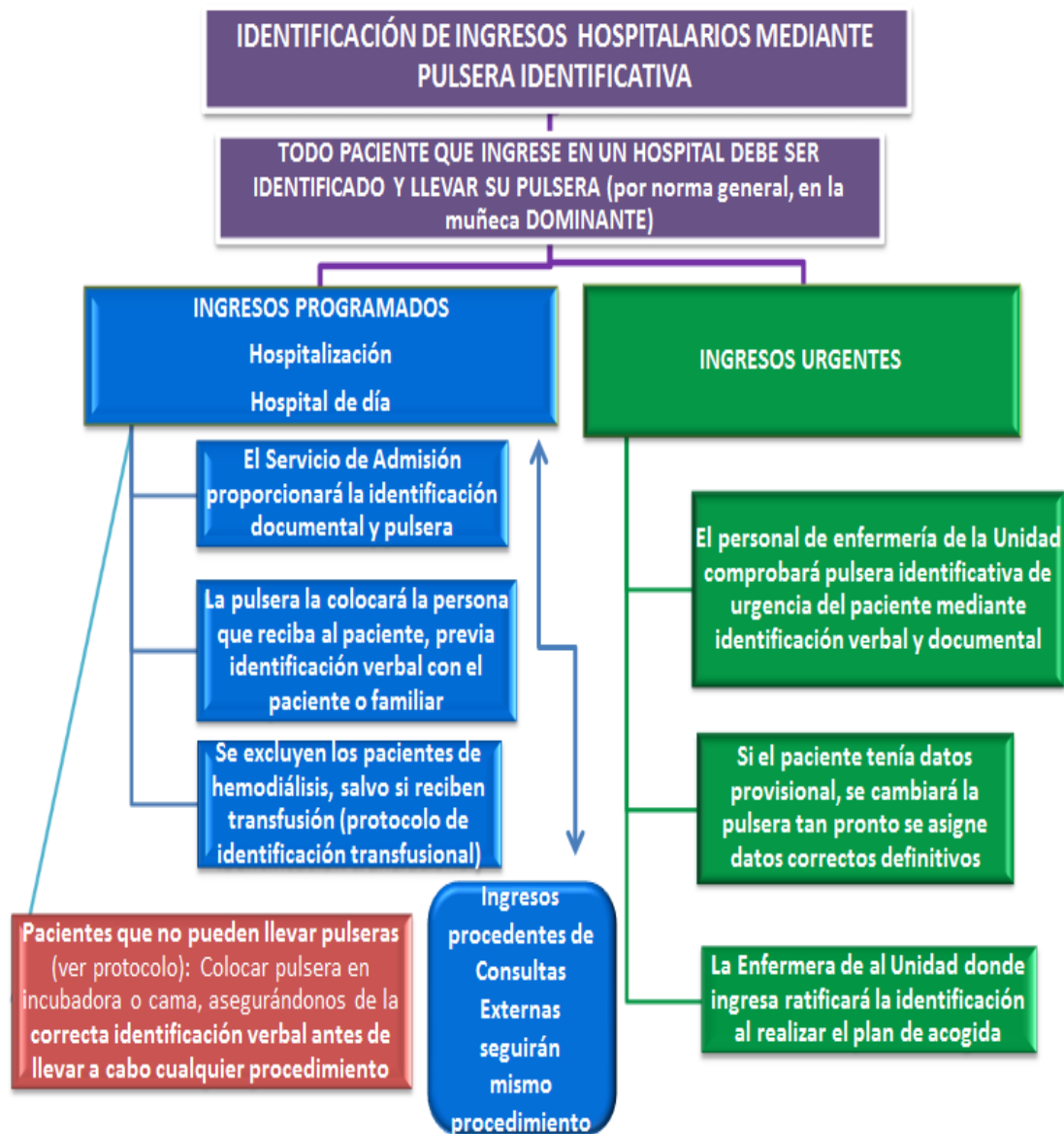
## **NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS**

La incorrecta identificación de pacientes puede llevar a errores en el diagnóstico, tratamiento, medicación, transfusiones, los cuales pueden dar como resultado desde pequeños incidentes a eventos adversos más graves. Con el fin de mejorar en la práctica diaria y en la seguridad de nuestros pacientes, recomendaremos que cualquier evento relacionado con una incorrecta identificación de nuestros pacientes sea notificado a través de la **plataforma SINASP** como método de aprendizaje para que tales errores no vuelvan a ocurrir.

## ALGORITMOS

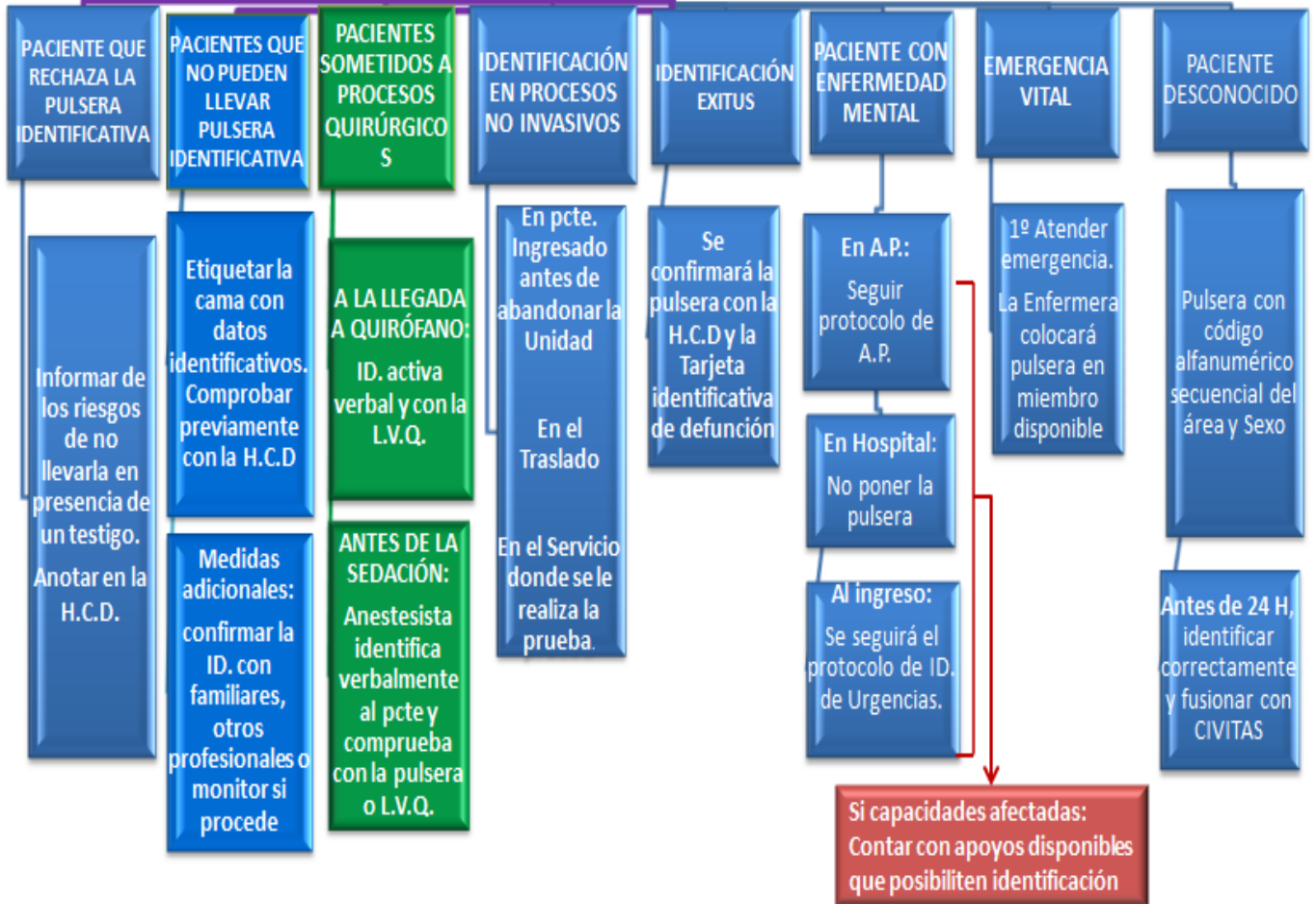








## SITUACIONES ESPECIALES DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA



## HOJA DE REGISTRO DE INCIDENCIAS

### HOJA DE REGISTRO DE INCIDENCIAS PULSERAS IDENTIFICATIVAS

#### DATOS DEL PACIENTE

Nombre	<input type="text"/>	Apellidos	<input type="text"/>
C.I.P.	<input type="text"/>	Nº Historia Clínica	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>
Unidad	<input type="text"/>	Cama	<input type="text"/>

#### DATOS DE INCIDENCIA

Fecha de incidencia	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Hora de incidencia	<input type="text"/> : <input type="text"/>
Lugar de la incidencia	<input type="text"/>		
Tipo de incidencia:			
Deterioro de la pulsera	<input type="checkbox"/>	Datos erróneos	<input type="checkbox"/>
Extravío o pérdida	<input type="checkbox"/>	Datos ilegibles	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Robo	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Rotura	<input type="checkbox"/>
Paciente viene de otra unidad sin pulsera identificativa	<input type="checkbox"/>		
Indique Unidad:	_____		
Paciente se quita o rechaza la pulsera identificativa	<input type="checkbox"/>		
Paciente y/o familiares informados de los riesgos de no estar correctamente identificado	<input type="checkbox"/>		
La pulsera identificativa le produce reacción alérgica	<input type="checkbox"/>	Tipo de reacción:	_____
Por motivos de la propia patología, el paciente no puede llevar pulsera. Indique motivo;	<input type="text"/>		
Otras incidencias:	_____		

#### DATOS DE NOTIFICANTE DE INCIDENCIA

Nombre y Apellidos:	_____
Categoría Profesional:	_____

## EVALUACIÓN E INDICADORES

### *Evaluación en la Implantación del protocolo.*

Damos por hecho, que el porcentaje de centros adscritos una vez publicado y difundido el Protocolo Único de Identificación de Pacientes del SES ( PUIP ) será del 100% .

*Enunciado del indicador:* **Porcentaje de centros adscritos del SES con implantación del PUIP.**

*Descripción:* N° centros del SES con implantación del PUIP x 100 / total centros SES.

*Estándar:* 100%.

*Responsables:* Consejería y Dirección del Centro. Unidad de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de las áreas.

*Medición:* Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área.

*Metodología:* Observación directa

*Evaluación:* Semestral.

### *Evaluación pulseras identificativas.*

Las pulseras serán normalizadas para todas las Áreas de Salud del SES, con criterios de Calidad y Seguridad (identificación, forma, tamaño, resistencia e inocuidad) establecidos en este protocolo.

#### *A. Indicadores de Estructura. Disponibilidad.*

Las pulseras de identificación estarán accesibles 24 horas en todas las Unidades del Centro adscritos al PUIP.

*Enunciado del indicador:* **Número de unidades con posibilidad de acceso, las 24h del día, a las pulseras identificativas x 100/ Número total de unidades.**

Nota: Se considerará el acceso a las mismas cuando estén disponibles en la Unidad o se emitan desde el Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC).

*Estándar:* 100%

*Responsables:* Consejería y Dirección del Centro. Unidad de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de las áreas.

*Medición:* Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área

*Metodología:* Observación directa

*Evaluación:* Semestral

#### *B. Indicadores de proceso. Uso*

Todos los pacientes incluidos en el PIP tienen que tener colocadas las pulseras identificativas en las zonas anatómicas predeterminadas por el PIP.

*Enunciado del indicador:* **N° de pacientes con su pulsera identificativa x 100 / n.º total de pacientes ingresados en la unidades Clínicas.**



Nota: El estudio se podrá hacer por Unidad, por hospital o a nivel central, dependiendo del estudio que deseemos realizar.

*Estándar:* 100%

*Responsables:* Dirección del Centro. Jefes de Servicios, Supervisoras. Unidad de Calidad y/o Seguridad de Pacientes.

*Medición:* Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes.

*Metodología:* Observación directa

*Evaluación:* Semestral.

### C. Indicadores de Resultado. Sucesos/Eventos adversos

Identificación y análisis de los incidentes de seguridad relacionados con errores en la identificación de pacientes e incorporación de elementos de mejora.

*Enunciado del indicador:* **Nº de notificaciones relacionadas con la identificación del paciente/Nº total de notificaciones.**

*Estándar:* Sin estandar

*Responsable:* Dirección del centro. Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes.

*Fuente:* Sistemas de notificación de incidentes.

*Metodología:* Auditoria de la documentación generada: (Informe del incidente, seguimiento de las mejoras identificadas

*Evaluación:* Anual

En este apartado se podrían incluir los problemas derivados de deterioro de la pulseras identificativas.

## REVISIÓN

La revisión del presente protocolo será **cada 2 años** y será llevada a cabo por el equipo de expertos de identificación inequívoca de pacientes vigente en el momento de la revisión junto con los coordinadores de Seguridad de Pacientes de las áreas.

Será aprobado por la Comisión Central de Seguridad de Paciente y/o el Consejo de Dirección del Servicio Extremeño de Salud.

Edición	Redactado por	Revisado y aprobado por	Aprobado por
1ª Edición 2017	Ver autores	Comisión Central Seguridad de Pacientes <b>27/09/2016</b>	Consejo de Dirección del Servicio Extremeño de Salud <b>Fecha: 12/01/2017</b>

## GLOSARIO Y ABREVIATURAS

**CMA:** Cirugía Mayor Ambulatoria. Se consideran los actos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos realizados en un quirófano en pacientes que el mismo día de la intervención vienen y vuelven a su domicilio, sin ingreso pre ni posquirúrgico, que consten en el registro y en los que en la historia clínica del paciente conste hoja de cirugía e informe de alta.

**CIP:** Es un código de identificación personal que aparece en la tarjeta sanitaria. Las nuevas tarjetas comienzan con CAEX seguidas por una numeración única para cada paciente. Ej.: GRNS780642983520 ó CAEX780642983520.

**Código ético:** Conjunto de directrices que tienen por objeto establecer las conductas aceptables para los miembros de un grupo en particular, asociación, o profesión.

**Código Deontológico:** Es un documento que recoge un conjunto más o menos amplio de criterios, apoyados en la deontología con normas y valores que formulan y asumen quienes llevan a cabo correctamente una actividad profesional.

**Datos identificativos inequívocos:** Son aquellos que pertenecen a un solo paciente y que no pueden ser compartidos por otros. Los datos definidos como inequívocos son:

- Nombre y Apellidos.
- Fecha de Nacimiento.
- Código de identificación personal (CIP).

**Documento acreditador:** Aquel que prueba o justifica la identidad de la persona subsidiaria de atención sanitaria.

**Error:** no realizar una acción tal como se planeó, o utilizar un plan equivocado para alcanzar un objetivo.

**Estancias en Hospital de día:** Se considera la permanencia en régimen ambulatorio de un paciente en un puesto de Hospital de día para recibir tratamiento farmacológico, la realización de un procedimiento terapéutico, o la observación tras la realización de una técnica diagnóstica o terapéutica que así lo exija, con el objetivo de evitar su ingreso hospitalario en camas convencionales de hospitalización.

**Evento adverso:** una lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente. Incluye todos los aspectos de la atención tales como diagnóstico y tratamiento así como los sistemas y equipamientos utilizados.

**Guía de acogida:** Documento de información práctica dirigida a los pacientes hospitalizados y sus acompañantes. La guía recoge los consejos y las normas que rigen en los centros sanitarios, para hacer más acogedora la estancia y facilitar a los profesionales su labor asistencial, lo que redundará en una mejor atención, tratamiento y cuidados.

**Hospitalización:** Es la permanencia de un usuario, comprobable y justificada, para la atención sanitaria. Inicia con el ingreso y concluye con el alta médica.

**Hospitalización de día:** Se consideran los puestos específicamente dotados y destinados a tratamiento diurno de menos de 14 horas.

**Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS):** También llamadas infecciones hospitalarias o nosocomiales. Se producen por numerosas causas relacionadas tanto con los sistemas y procesos de la prestación de la atención sanitaria como con comportamientos individuales. Como consecuencia, algunas personas se enferman más gravemente que si no se hubieran infectado. Algunas deben permanecer más tiempo en el hospital, otras quedan discapacitadas por un largo periodo y otras mueren. Además del costo en vidas humanas, esta situación genera una carga económica adicional importante para los sistemas de salud.

**JARA:** Sistema de información sanitaria integrado. Herramienta de gestión asistencial, que permite a todos los profesionales información clínica y única y de valor para la promoción de la salud y prevención. Custodia la información con seguridad y confidencialidad.

**Juramento hipocrático:** Es un juramento público que hacen las personas que se gradúan en medicina. Se hace ante los otros médicos, doctores y ante la comunidad. Su contenido es de carácter ético, para orientar la práctica de su oficio. Es también el juramento que se basa a partir de la responsabilidad del ser humano y conciencia de ella.

**Kit de identificación madre-hijo:** dos o más pulseras idénticas, en caso de parto gemelar, con cierre inviolable, que incluyen: nombre y apellidos de la madre y datos del recién nacido (sexo, fecha y hora del nacimiento).

**Lista de Verificación Quirúrgica (LVQ):** Es una herramienta para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables propuesta por la OMS. Consta de un conjunto de controles de seguridad, simples, medibles y efectivos, que podrían realizarse en cualquier quirófano de la región a través de JARA.

**Seguridad de pacientes:** La seguridad del paciente ha sido definida, en sentido estricto, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida.

**SINASP:** Sistema de notificación y aprendizaje de seguridad del paciente. Herramienta que le permite al profesional a través de la página web del SINASP registrar de forma anónima y no punitiva cualquier evento adverso que hubiera causado o hubiese podido causar daño al paciente, con el fin de aprender de los errores.

**Sucesos o incidentes centinela:** Son aquellos sucesos infrecuentes, de manifiesta gravedad y con evidentes posibilidades de prevención. Son hechos inesperados que producen o pueden producir muerte o lesión grave de índole física o psíquica.

El término *centinela* refleja la relevancia del accidente, tanto por su gravedad, como por su presunta evitabilidad y por la necesidad de realizar inmediatamente un análisis cuidadoso para valorar cuales han sido los factores condicionantes que han facilitado su aparición y establecer los cambios precisos para que no vuelva a ocurrir.

**Paciente de riesgo:** Cualquier paciente, que por diferentes circunstancias, es vulnerable a sufrir un evento adverso durante la intervención sanitaria. El riesgo debe ser registrado y comprobado en Jara en la historia clínica digital.

**Patología:** Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen.

**Población diana:** Conjunto de individuos con características clínicas y demográficas concretas en los que se va a llevar a cabo el estudio. Por ejemplo, conjunto de pacientes a los que se generalizan los resultados.

**Procedimiento diagnóstico y/o terapéutico invasivo:** Procedimiento en el cual el cuerpo es "invadido" o penetrado generalmente por un objeto punzante, sonda u otro dispositivo con fin diagnóstico y/o terapéutico y que entraña un riesgo para la seguridad del paciente.

**Pulsera identificativa:** Dispositivo que se le coloca al paciente, generalmente en la muñeca o en otra zona corporal, en la que figuran los datos identificativos inequívocos del paciente.

**Verificación verbal:** Proceso mediante el cual se comprueba la identidad del paciente verificando con él mismo o acompañante mediante preguntas abiertas de nombre, apellidos y fecha de nacimiento que no den lugar a un simple sí o no por respuesta.

## AUTORÍA

### Coordinadora y autora:

- García Sanguino, Nazaret. **Coordinadora Regional de Seguridad de Pacientes del SES.**

### Grupo autor y redactor:

- Beneitez Moralejo, Belén. F.E.A. **Unidad de Codificación. Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara. (Cáceres).**
- Bernal Rodríguez, M<sup>a</sup> Fernanda. D.U.E. **Supervisora de Unidad de Traumatología del Hospital de Don Benito Villanueva de la Serena (Don Benito. Badajoz).**
- Bodeguero Romero, Miguel Ángel. D.U.E. **Supervisor del Servicio de Urgencias. Hospital Virgen del Puerto (Plasencia. Cáceres).**
- Cuevas Suárez, Antonia Isabel. D.U.E. **Coordinadora de Seguridad de Pacientes del Área de Salud Don Benito Villanueva de la Serena.**
- Fontán Crespo, M<sup>a</sup> Belén. D.U.E. **Supervisora del Servicio de Urgencias del Hospital Tierra de Barros (Mérida. Badajoz).**
- Fraile Bravo, Mercedes. D.U.E. **Coordinadora cuidados de enfermería. Servicio Extremeño de Salud (Mérida).**
- Rejero Hernández, M<sup>a</sup> del Mar. D.U.E. **Directora de Enfermería de Atención Especializada del Área de Salud de Plasencia. (Plasencia. Cáceres).**
- Rodríguez Martínez, Remedios. D.U.E. **Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Llerena-Zafra. (Badajoz).**
- Sánchez García. José Antonio. F.E.A. **Coordinador de Calidad y Seguridad de Pacientes del Área de Salud de Coria (Coria. Cáceres).**
- Tiburcio Domínguez, Alejandra. D.U.E. **Responsable Docente y Seguridad de Pacientes del Área de Salud Llerena Zafra (Badajoz).**
- Torres Fernández, Carlota. D.U.E. **Hospital Infanta Cristina. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (Badajoz).**
- Vasco González. Isabel. D.U.E. **Coordinadora de Seguridad de Pacientes del Área de Salud de Mérida (Badajoz).**

Grupo revisor externo: Miembros de la Comisión Central de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de Salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Plan estratégico de seguridad de pacientes del Servicio Extremeño de Salud 2011-2016. Consejería de Sanidad y Dependencia. 2011.
2. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.
3. Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016. Osakidetza. Septiembre 2013.
4. Procedimiento General de Identificación de Pacientes. Anexo I. Estrategia para la seguridad del paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía. SSPA. Diciembre 2009.
5. Protocolo de Identificación Inequívoca del paciente del Área de Salud Don Benito y Villanueva de la Serena. Servicio Extremeño de Salud. 2016.
6. Protocolo de Identificación de Pacientes. Área de Salud Valladolid Oeste. Servicio de Salud de Castilla y León. Noviembre 2015.
7. Protocolo de Identificación de Pacientes Ingresados del Complejo Hospitalario Llerena-Zafra. Servicio Extremeño de Salud. Versión 02, año 2014.
8. Protocolo Identificación Inequívoca de Pacientes. Servicio Madrileño de Salud. Junio 2014.
9. Protocolo de Identificación de Pacientes de la Gerencia del Área de Salud de Cáceres. Complejo Hospitalario de Cáceres. Servicio Extremeño de Salud. Febrero 2011.
10. Protocolo de Identificación Inequívoca y Universal del paciente ingresado de Área de Salud de Mérida. Servicio Extremeño de Salud. Mayo 2010.
11. Protocolo de identificación del Paciente. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Salud de Castilla la Mancha. Mayo 2010.
12. Protocolo de Identificación Inequívoca del paciente del Área de Salud de Plasencia. Servicio Extremeño de Salud.
13. Mejorando la Seguridad del Paciente en los Hospitales: de las ideas a la acción. 2008. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Traducción de la documentación del Sistema Sanitario de Universidad de Michigan: "Patient Safety Toolkit". Disponible en: <http://www.med.umich.edu/patientsafetytoolkit/>
14. Seguridad del Paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Gestión del riesgo. Unidad 6. Agencia de Calidad del SNS. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-CD1/contenidos/unidad6.2.html>
15. Identificación Inequívoca de recién nacido mediante gotas de sangre del cordón umbilical. Programa de Seguridad del Paciente en la Región de Murcia. Servicio

Murciano de Salud. Noviembre 2011. Disponible en:  
<http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=183163&idsec=4974>

16. Sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Agencia de Calidad del SNS. Disponible en:  
[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp3.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf)
17. Standardising wristbands improves patient safety: guidance on implementing the Safer Practice Notice. National Safety Patient Agency. (SPN 24, July 2007).
18. Patient Identification. 2007. Volume 1. Solution 2. World Health Organization. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>
19. Wristband for hospital inpatients improves safety. Safer practices notice. National Patient Safety Agency. November 2005. Disponible en:  
<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60032>
20. Patient Identification Policy. Newcastle Upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust. National Health Service. January 2013.

