GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

Nº 279 -2023-GRL-GRDS-DIRESA-HHHO-SBS-DE

HOSPITAL DE HUACHO

Resolución Directoral

Huacho, 05 de junio del 2023

VISTOS:

El Oficio Nº 042-2023-GRL-DIRESA-HHHO-SBS-UGC, de fecha 10 de mayo de 2023, emitido por la Jefatura de Gestión de la Calidad y el Memorando N° 501-2023-GRL-GRDS-DIRESA-SBS-HHHO-DE, de fecha 25 de mayo de 2023, emitido por la Dirección Ejecutiva, mediante el cual se autoriza la emisión del acto resolutivo.

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público, y que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; así pues, resulta responsabilidad del Estado reducir el impacto negativo en la población ante la existencia de situaciones de riesgo elevado para la salud y la vida de los pobladores, así como mejorar las condiciones sanitarias y la calidad de vida de su población.

Que, el artículo 1º de la Ley Nº 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, declara al estado en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano.

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 826-2021/MINSA, se aprueba el documento denominado: "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; con el propósito de contar con un instrumento de gestión más expeditivo en concordancia con la normatividad vigente, con los objetivos específicos de establecer la aplicación de etapas estandarizadas, transparentes y explícitas para la emisión de los Documentos Normativos del Ministerio de Salud; así como, brindar a las instancias proponentes de la regulación del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas.

Que, bajo ese contexto se aprobó la Directiva Administrativa Nº 01-2021-DG/OEPP "Directiva para la formulación, aprobación y actualización de Directivas en la Dirección Regional de Lima y Órganos Desconcentrados" aprobada mediante Resolución Directoral Nº 63-GRL-GRDS-DIRESA LIMA/DG, cuyo objetivo es establecer los criterios para el proceso de formulación, aprobación y actualización de Directivas que expida la Dirección Regional de Salud Lima y sus Órganos Desconcentrados.

Que, mediante Directiva Sanitaria Nº 092-MINSA/2020/DGAIN, Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del paciente para la Gestión de Riesgo en la Atención de Salud, cuya finalidad es contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPRRES pública, privada y mixta del Sector Salud, entre las practicas que se debe cumplir considera la identificación correcta del paciente, mediante un brazalete o una tarjeta visible, ambos con los datos completos y correctos del paciente.

Que, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente implica la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria, en particular, la reducción a un mínimo aceptable, de los riesgos de daños innecesarios relacionados con la atención de salud. Un mínimo aceptable alude a las nociones colectivas de los actuales conocimientos, los

recursos disponibles y el contexto en el que se dispensa la atención, sopesados con respecto al riesgo de no dispensar ningún tratamiento o dispensar otro diferente.

Que, con la finalidad de velar por la ejecución exitosa de las estrategias de seguridad del paciente, se necesitan políticas claras, capacidad de liderazgo, datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales sanitarios cualificados y la participación efectiva de los pacientes en su atención, por lo que la OMS reconoce que la seguridad del paciente es una prioridad sanitaria mundial, la Asamblea de la Salud adoptó una resolución sobre la seguridad del paciente siendo una prioridad sanitaria mundial en que se establecieron las acciones en pro de la seguridad del paciente.

Que, en ese contexto normativo, mediante Oficio Nº 042-2023-GRL-DIRESA-HHHO-SBS-UGC, de fecha 11 de mayo de 2023, emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad propone el proyecto **"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL HUACHO"**, el cual tiene como objetivo, establecer los criterios técnicos que permita estandarizar la identificación correcta de los pacientes en todos los servicios asistenciales de la entidad.

Que, por las razones expuestas en los documentos de Vistos y párrafos precedentes la máxima autoridad administrativa de la Entidad, autoriza emitir el Acto Resolutivo que disponga aprobar la **"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL HUACHO"**, siguiendo las formalidades previstas en el Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con Decreto Supremo Nº 004-2019-JUS.

Con el visto bueno de las Unidades de Calidad, Personal y Asesoría Jurídica del Hospital Huacho Huaura Oyón y Servicios Básicos de Salud.

En uso de las facultades administrativas conferidas mediante Resolución Directoral N° 167-2023-GRL-GRDS-DIRESA LIMA-DG, de fecha 08 de marzo de 2023.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR la **"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL HUACHO"**, elaborado por la Unidad de Gestión de la Calidad, que forma parte integrante el presente acto, como anexo en diecinueve (19) folios.

ARTÍCULO SEGUNDO. - ENCARGAR a Unidad de Gestión de la Calidad, el seguimiento, cumplimiento, monitoreo y difusión del documento aprobado en el Artículo Primero.

ARTÍCULO TERCERO. - ENCARGAR a la Unidad de Estadística e Informática, la publicación del documento aprobado en el artículo primero, en el Web site Institucional.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
HOSPITAL HUACHO HUAURA ÓYON y S.B.S.

DIRECCION EJECUTIVA

DR. EDWIN EFRAÍN SUÁREZ ALVARADO
DIRECTOR EJECUTIVO

EESA/EJRZ//MPDA/DJSM7Zoraida
Distribución:
- DIRECCIÓN EJECUTIVA
- ASESORIA JURIDICA
- GESTION DE LA CALIDAD
- OCI
- ESTADIISTICA E INFORMATICA
- ARCHIVO

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

HOSPITAL REGIONAL HUACHO

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2023-DE/UGC

DIRECTIVA PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON Y SBS.

Huacho – Perú

2023

CONTROL DEL DOCUMENTO

ROL	ORGANO	FECHA	V° B°
ELABORADO POR	UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	10-04-23	
REVISADO POR	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÌA	26-04-23	GOBIERNO REGIONAL DE LIMA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE LIMA HOSPITAL HUACHO HUAURA OYÓN y S.B.S. Dra. ISABEL TERESA DURAND GONZALES JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	17.05.2023	
	UNIDAD DE ASESORIA JURIDICA	24.05.2023	
APROBADO POR	DIRECCIÒN EJECUTIVA		

CONTENIDO

I. OBJETIVOS..... Pág. 4

2.1 OBJETIVO GENERAL..... Pág. 4

2.2 OBJETIVO ESPECIFICO..... Pág. 4

II. FINALIDAD..... Pág. 4

III. AMBITO DE APLICACIÓN..... Pág. 4

IV. BASE LEGAL ..... Pág. 4

V. DISPOSICIONES GENERALES..... Pág. 5

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS..... Pág. 5

VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS..... Pág. 7

VII. RESPONSABILIDADES..... Pág. 10

VIII. DISPOSICIONES FINALES..... Pág. 10

IX. ANEXOS.....Pág. 12

I. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer los lineamientos y disposiciones técnicas para la identificación correcta del paciente en los servicios asistenciales del Hospital Regional de Huacho.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Establecer criterios técnicos que permita estandarizar la identificación correcta de los pacientes en todos los servicios asistenciales del Hospital Regional de Huacho.

2.- Proveer de herramientas e instrumentos de fácil aplicación a los servicios asistenciales del Hospital Regional de Huacho, para implementación del proceso de identificación del paciente mediante uso de brazalete.

3.- Fortalecer la cultura de Identificación del Paciente que permita ofrecer mayor seguridad en la atención del paciente.

4.- Disminuir el riesgo de errores relacionados con la identificación de pacientes, en todos los procesos y procedimientos de atención en el Hospital Regional de Huacho.

5. Involucrar a los pacientes y familia en aspectos relacionados con la seguridad en la atención de salud para prevenir errores de identificación.

II. FINALIDAD

Fomentar una cultura de calidad y seguridad en la atención, con la identificación correcta de los pacientes de los servicios de hospitalización, de observación emergencia, UCI y centro quirúrgico, previniendo riesgos o daño potencial asociado a la atención de salud.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva administrativa para la Identificación del Paciente, se aplicará a todos los usuarios que requieran hospitalización, cirugía ambulatoria u observación en emergencia en el Hospital Regional de Huacho.

IV. BASE LEGAL

1. Ley Nº 26842, Ley General de Salud, Ley Nº 27604 y su Reglamento aprobado por el D.S. Nº 016-2002-SA.
2. Ley Nº 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal y su Reglamento aprobado por D.S. N° 008-2010-SA.
3. Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

4. D.S. N° 013-2006-SA, "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
5. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
6. Resolución Ministerial No 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Nº 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
7. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. Dirección de Calidad en Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud.
8. Resolución Ministerial N° 616-2003-SA/DM – Aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.
9. Resolución Ministerial N° 163-2020 que aprueba la Directiva Sanitaria N° 092/MINSA 2020/DGAIN "Rondas de Seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
10. R.D. Nº 63-GRL-GRDS-DIRESA LIMA/DG, que aprueba Directiva Administrativa Nº 01-2021-DG/OEPP "Directiva para la Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas en la Dirección Regional de Lima y Órganos Desconcentrados"

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:

1. **Seguridad del Paciente:** Es la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención de salud.
2. **Evento Adverso en Salud:** Todo accidente o suceso, que ha causado daño involuntario al paciente como resultado de la atención en salud y que no está relacionado con el curso de la enfermedad.
3. **Incidente:** Acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un evento adverso, pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna.
4. **Identificación correcta del paciente:** Procedimiento que permite al equipo de salud tener certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención, lo que significa que se está atendiendo a la persona correcta, en el sitio correcto y en el momento correcto: así mismo poder conocer situaciones de riesgo de exposición.
5. **Identificación cruzada del paciente:** procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica al usuario/paciente a través de dos mecanismos como mínimo, por ejemplo: verbal y a través de el brazalete; verbal y un documento de identificación personal, verbal y lectura de la tarjeta de cabecera, verbal y lectura de brazalete etc.

6. **Pulsera o brazalete de Identificación:** Dispositivo gráfico con los datos de identificación inequívocos del paciente, sirve para verificar que se trata de la persona correcta durante el proceso de atención.
7. **Tarjeta de Identificación**: Dispositivo gráfico con los datos de identificación del paciente: nombre y apellido, indicadores de riesgo como: caídas, UPP, grado de dependencia, colocado en la cabecera de la cama del paciente.
8. **Verificación Verba**l: Validación de los datos identificativos del paciente, se debe obligatoriamente repetir de manera verbal en todos los contactos de la atención sanitaria y para la administración de medicamentos, procedimientos clínicos y /o quirúrgicos.
9. **Datos identificativos inequívocos:** son aquellos datos que pertenecen a un solo paciente. Los datos definidos como inequívocos para los brazaletes de identificación son: nombres y apellidos completos del paciente, número de historia clínica, edad del paciente.
   a) El procedimiento de identificación será obligatorio para la atención del paciente en Hospitalización, observación emergencia – UCI, Centro quirúrgico y centro obstétrico, constará de portar un brazalete de identificación en la muñeca izquierda, salvo circunstancias que lo impidan (se colocará en muñeca derecha o en los miembros inferiores) y una tarjeta de identificación en la cabecera de la cama, con los datos de identificación inequívocos del paciente, legibles, que permita en todo momento conocer su filiación.
   b) La identificación del paciente se deberá realizar con la verificación del DNI vigente del usuario o carnet de extranjería, cuyos datos se recolectarán en la admisión y/o servicio social de requerirlo en caso de no contar con DNI, (cuenta corriente o SIS)
   c) En caso de no contar con el DNI o carnet de extranjería, se procederá a la verificación mediante la página web de la RENIEC, y con cargo del paciente a su regularización del documento en el área de admisión.
   d) Se promoverá la participación de los pacientes en todas las etapas del proceso solicitándole la información necesaria para su correcta identificación, de no poder asumirlo el paciente, se realizará la verificación con el familiar responsable o acompañante.
   e) El brazalete será entregado al tecnico en Enfermeria en admision central y/o admisión de emergencia, según corresponda, con la orden de hospitalización, indicación de cirugía ambulatoria o indicación de observación en emergencia.
   f) Todo paciente programado para cirugía ambulatoria, así como paciente de consultorios externos o emergencia que se hospitalice ira portando su brazalete de identificación.

g) Color de los brazaletes de identificación:
- Rosados y celestes: para recién nacidos
- Blanco: pacientes en general

h) La tarjeta de identificación se encontrará en cada servicio asistencial.

VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

6.1 Datos de Identificación de Pacientes: letra legible de imprenta, con marcador permanente color negro.

6.2 Si el paciente tiene algún tipo de alergia se dibujará un círculo con marcador permanente de color rojo (relleno) en el extremo superior izquierdo del brazalete.

6.3 Si el paciente tiene riesgo de caída, se dibujará un triángulo con marcador permanente de color azul (relleno) en el extremo superior derecho del brazalete.

6.4 **Información que debe constar en el brazalete de identificación**:

6.4.1 BRAZALETE COLOR ROSADO Y CELESTE:
- Apellido paterno y materno del recién nacido.
- Hora de nacimiento.
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Nº de cuna
- Nombre y Apellido de la madre.

6.4.2 BRAZALETE COLOR BLANCO:
- Nombres y Apellidos del paciente.
- Número de historia clínica
- Edad del paciente
- Fecha de ingreso: día/ mes/ año.
- Paciente con algún tipo de alergia dibujar un círculo con marcador permanente de color rojo (relleno) en el extremo superior izquierdo.
- Paciente con riesgo de caída dibujar un triángulo con marcador permanente de color azul (relleno) en el extremo superior derecho.

6.5 **Datos e información que debe constar en la tarjeta de Identificación:**
- Apellidos y nombres del paciente.
- Número de DNI
- Número de historia clínica
- Grado de dependencia
- Tipo de seguro.
- Alergia
- Riesgos (caída, ulceras por presión, flebitis, aspiración)

6.6. Si el ingreso del paciente a hospitalización es por consultorios externos, la identificación del paciente y colocación del brazalete será realizado por la enfermera asignada al consultorio.

6.7. En caso de hospitalización de paciente de un consultorio donde no este asignada una enfermera, la identificación y colocación del brazalete será realizado por la enfermera del consultorio de enfermería.

6.8. En caso de pacientes programados para intervención quirúrgica o cirugía ambulatoria, la identificación y colocación del brazalete será realizado por la enfermera del consultorio de enfermería.

6.9. Si el paciente ingresa a observación de emergencia, la enfermera (o) coloca el brazalete y la tarjeta de identificación en un lapso de 30 minutos y debe registrar en la historia clínica del paciente.

6.10 El brazalete de Identificación del Paciente se colocará en la muñeca del lado derecho y si no fuera posible colocar en la muñeca izquierda; si a pesar de ello no es posible, colocar en tobillo lado derecho y sino en tobillo de lado izquierdo.

6.11 En pacientes pediátricos el sitio de primera elección será el tobillo, por la necesidad de tener las muñecas disponibles para la colocación de una vía venosa e inmovilización.

6.12 En el caso del recién nacido serán identificados en la mano derecha al momento del nacimiento, con el brazalete color rosado (sexo femenino) y celeste (sexo masculino) en sala de partos, centro quirúrgico o emergencia, dependiendo del caso también se podrá colocar en el brazo izquierdo o en el pie derecho o izquierdo.

6.13 En el caso que el recién nacido ingrese transferido de otra institución, o reingresa al hospital, se colocará el brazalete de identificación con la información descrita en el punto 6.4. 1.

Al alta de todo recién nacido se debe comparar el brazalete de identificación, con la tarjeta de identificación del hospital y se entregará a la madre o el padre, quien firmará en la historia clínica su conformidad y también firmará el personal responsable del recién nacido.

6.14 El enfermero que realice el proceso de admisión del 'paciente en hospitalización, o en la URPA, será responsable del llenado de los datos y la colocación de la tarjeta de identificación en la cabecera de la cama, en un lapso de 30 minutos.

6.15 En sala de partos la responsable del llenado de los datos y la colocación de la tarjeta de identificación en la cabecera de la cama del paciente, en un lapso de 30 minutos, será la obstetra responsable del paciente.

6.16 El personal deberá confirmar los datos del paciente al momento de realizar algún procedimiento relacionado con:

- valoración de signos vitales
- Toma de muestra de sangre (laboratorio).
- Transfusión sanguínea.
- Administración de medicamentos.
- Toma de biopsia diagnóstica.
- Exámenes de apoyo al diagnóstico.
- Interconsultas.
- Referencias.
- Transferencias.
- Procedimientos invasivos.
- Confirmación de una muerte.
- Identificación de la gestante y su recién nacido.

6.17 Todo paciente que se encuentre hospitalizado, en centro quirúrgico o sala de partos, debe estar con su brazalete de identificación para lo cual el equipo de salud educará al paciente y/o a sus familiares sobre la importancia de mantener su identificación durante su estadía en el hospital.

6.18 Todo personal que detecte la ausencia de brazalete de identificación en un paciente comunicará el hecho a la Enfermera responsable del paciente y se solicitara un duplicado al área de admisión. No se debe realizar procedimientos al paciente sin brazalete.

6.19 Se prohíbe terminantemente que se retire el brazalete al realizar algún procedimiento profiláctico, diagnóstico o terapéutico EVALUAR EXCEPCIONES.

6.20 El personal de enfermería realizará la limpieza del brazalete con agua y jabón y la desinfección con alcohol al 70%.

6.21 En caso de alta hospitalaria, el personal responsable del retiro del brazalete es el personal de enfermería (retirando y desechando el brazalete al momento de su salida) además verificará el alta con el voucher de pago registrado por caja y/o contabilidad.

6.22 Al retirarse el paciente del servicio, el personal técnico en enfermería retirara la tarjeta de identificación de la cabecera de la cama.

6.23 En el caso de fallecimiento del paciente, el cuerpo permanecerá con el brazalete de identificación; el personal de Vigilancia verificará si los datos del brazalete de identificacion coinciden con el certificado de defunción.

6.24 **Situaciones especiales**:

- De ser el caso que el paciente no pueda ser identificado en un primer momento registrar **"NN", sexo, número de H.C. y fecha y hora de ingreso,** hasta que se logre conocer su identidad.

- En situaciones de emergencia o en que la vida del paciente pueda ser afectada, tienen prioridad los cuidados antes que la identificación del paciente y en cuanto sea posible la Enfermera a cargo del paciente será la encargada de su identificación, colocación del brazalete y tarjeta de identificación.
- En el caso de que el paciente rechace llevar el brazalete a pesar de ser informado de los riesgos de no llevar su identificación, se registrará en las anotaciones de Enfermería y en el formato de plan de cuidados.
- En casos de intolerancia por alergias, se dejará constancia por escrito en la historia clínica.

6.25 **Situaciones para cambio del brazalete de identificación**:

- Daño de piel (erosión, lesión)
- Necesidad de acceso vascular
- Necesidad de contención física del paciente
- Toma de examen sin tener otro acceso
- Problemas de lectura de los datos (borroso, deteriorado)
- El cambio del brazalete debe realizarse con presencia de un testigo.

VII. RESPONSABILIDADES:

- El personal de Enfermería del Hospital Regional de Huacho será el responsable del llenado correcto del brazalete de identificación y tarjeta de identificación de los pacientes.
- La Unidad de estadística e informática será el responsable de facilitar los datos identificatorios inequívocos del paciente al personal de salud y entregar el brazalete de identificación.
- El Departamento de Enfermería y jefes de servicio de Enfermería serán los responsables de la implementación y monitoreo de la presente directiva.
- Departamento de Servicio Social
- Jefes de Departamento, Jefes de Servicio,

VIII. DISPOSICIONES FINALES:

8.1 De la Implementación en los servicios:

Son responsables de la implementación de la presente directiva en el Hospital Regional de Huacho:

- La jefatura de la oficina de estadística e informática.
- El Departamento de Enfermería.
- Las jefaturas de Departamento, jefaturas de servicio.

8.2 De la Publicación y Difusión:

- La oficina de Gestión de la Calidad realizará la difusión de la directiva a los Departamentos Asistenciales y Administrativos.
- La jefatura de los Departamentos y servicios serán los responsables de la difusión en sus áreas respectivas.
- La Jefatura de Estadística e Informática publicara la directiva en la página Web de la institución.

8.3 Del seguimiento y Mejora:

- El departamento de Enfermería a través de las supervisoras monitorizará y retroalimentarán el proceso de implementación de acuerdo a los resultados.
- La oficina de Gestión de la Calidad brindará asistencia técnica y reportará mensualmente la incidencia de eventos adversos asociados a error de identificación de pacientes notificados en los servicios.

IX. ANEXOS

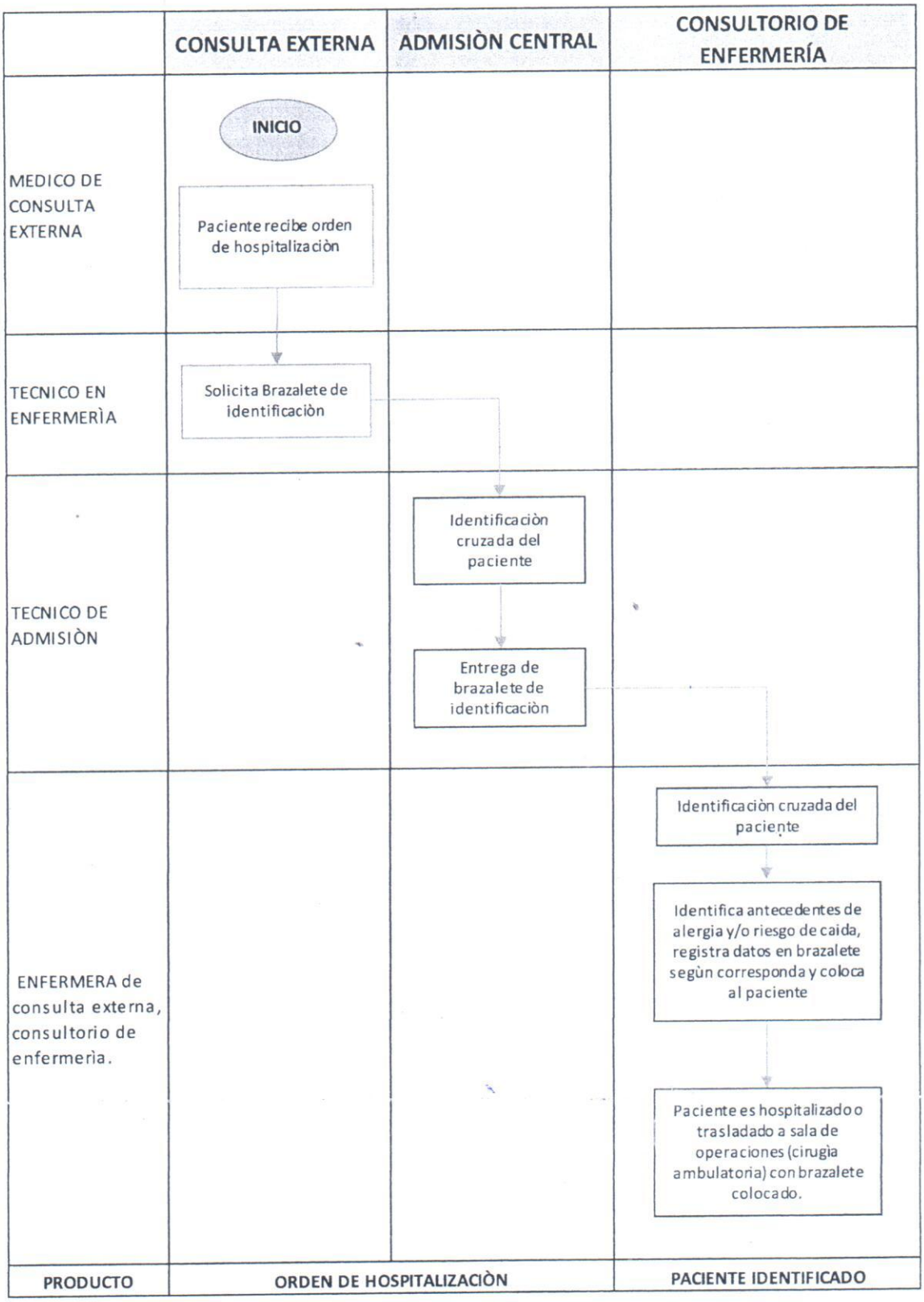
ANEXO N°1

PROCESO DE IDENTIFICACIÒN DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO

	TOPICO EMERGENCIA	ADMISIÒN DE EMERGENCIA	OBSERVACIÒN EMERGENCIA
MEDICO DE GUARDIA:Tòpico Cirugìa, medicina, pediatrìa, gineco obstetricia, shock trauma.	INICIO Emite orden de ingreso a sala de observaciòn y/o hospitalizaciòn		
TECNICO EN ENFERMERÌA: Tòpico Cirugìa, medicina, pediatrìa, gineco obstetricia, shock trauma.	Solicita Brazalete de identificaciòn		
PERSONAL DE ADMISIÒN		Identificaciòn cruzada del paciente Entrega brazalete	
ENFERMERA DE OBSERVACIÒN EMERGENCIA (Cirugìa, medicina, pediatrìa, gineco obstetricia, shock trauma, UVI)			Identificaciòn cruzada del paciente Identifica antecedentes de alergia y/o riesgo de caida, registra datos en brazalete segùn corresponda y coloca al paciente Retiro del brazalete al momento del alta
PRODUCTO	ORDEN DE HOSPITALIZACIÒN		PACIENTE IDENTIFICADO

ANEXO N° 2

PROCESO DE IDENTIFICACIÒN DEL PACIENTE QUE SE HOSPITALIZA POR CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL HUACHO



ANEXO 3

ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL BRAZALETE DE IDENTIFICACION ADULTO

CARACTERÍSTICAS:

- Polietileno u otro material de características similares, suave.
- Libre de látex.
- Hipo alergénico.
- Flexible.
- Resistente al agua.
- Cierre con broche de material de plástico en un extremo, diseñado de manera que una vez que se efectué el cierre del brazalete, no permita que se abra con el uso normal.
- El extremo opuesto debe tener perforaciones equidistantes para su ajuste con la muñeca del paciente.
- Presentación en color blanco

DIMENSIONES:

- Longitud total: 24.5 cm.
- Longitud (porción más ancha): 8.5 cm
- Ancho (porción más ancha): 2.5 cm
- Longitud (cinta con perforaciones): 14 cm
- Espesor total: 0.1 cm

DATOS IMPRESOS CON LETRA COLOR NEGRO:

- Nombres y Apellidos: **Nomb. Ap.**
- número de historia clínica: **N°H.C.**
- número de DNI: **N° DNI**
- Edad del Paciente: **Edad**
- Fecha de ingreso: **F.I día/mes/año**

Brazalete en su conjunto:

- libre de: roturas; bordes filosos, partes débiles, burbujas, deformaciones, rebabas, partes infusibles, partes decoloradas.

HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON S.B.S.S. AREA DE ORGANIZACION

UNIDAD GESTION DE LA CALIDAD

ANEXO 4

ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL BRAZALETE DE IDENTIFICACION PEDIATRICO

CARACTERÍSTICAS:

- Polietileno u otro material de características similares, suave.
- Libre de látex.
- Hipo alergénico.
- Flexible.
- Resistente al agua.
- Cierre con broche de material de plástico en un extremo, diseñado de manera que una vez que se efectué el cierre del brazalete, no permita que se abra con el uso normal.
- El extremo opuesto debe tener perforaciones equidistantes para su ajuste con la muñeca del paciente.
- Presentación en color blanco.

DIMENSIONES:

- Longitud total: 19.5 cm.
- Longitud (porción más ancha): 6.5 cm
- Ancho (porción más ancha): 2.5
- Longitud (cinta con perforaciones): 11 cm
- Espesor total: 0.1 cm

DATOS IMPRESOS CON LETRA COLOR NEGRO:

- Nombres y Apellidos: **Nomb. Ap.**
- número de historia clínica: **N°H.C**.
- número de DNI: **N° DNI**
- Edad del Paciente: **Edad**
- Fecha de ingreso: **F.I día/mes/año**

Brazalete en su conjunto:

- libre de roturas; bordes filosos, partes débiles, burbujas, deformaciones, rebabas, partes infusibles, partes decoloradas.

HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON S.B.S. ÁREA DE ORGANIZACION RED DE SALUD HUAURA OYON

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ANEXO 5

NOMBRE DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE PACIENTES CON BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN
DEFINICIÓN	Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de identificación correcta de pacientes mediante el uso de brazalete, según especificaciones de la presente directiva.
TIPO	**PROCESO**
OBJETIVO	Cuantificar la adherencia del personal de Enfermería al proceso de identificación del paciente con el uso del brazalete
JUSTIFICACIÓN	La identificación incorrecta de pacientes es una de las principales causas de incidentes y eventos adversos durante el proceso de atención, por lo que es importante mantener un monitoreo continuo que permita garantizar la seguridad del paciente.
TIPO DE MEDIDA	Porcentual
FORMULA	N° de pacientes con brazalete de identificación con datos correctos en un servicio y tiempo determinado _____ X 100 N° total de pacientes en el servicio y tiempo determinado
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	Se obtendrá el, **Numerador:** Es el número de pacientes que cuentan con brazalete de identificación, que luego de la verificación cumplan con el registro completo de identificación según especificaciones establecidas en la presente directiva. **Denominador:** Es el número total de pacientes en los servicios de atención asistencial.
ESTANDAR	100% Bueno 85 – 99% Aceptable < de 85%: Deficiente
FUENTE DE DATOS	Hoja de monitoreo
RESPONSABLE	Enfermera
PERIODICIDAD	Mensual

ANEXO 6

NOMBRE DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CON TARJETA DE IDENTIFICACIÓN
DEFINICIÓN	Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de identificación correcta de pacientes mediante el uso de tarjeta de identificación, según especificaciones de la presente directiva.
TIPO DE INDICADOR	PROCESO
OBJETIVO	Cuantificar la adherencia del personal de Enfermería al proceso de identificación del paciente con el uso de tarjeta de identificación.
JUSTIFICACIÓN	La identificación incorrecta de pacientes es una de las principales causas de incidentes y eventos adversos durante el proceso de atención, por lo que es importante mantener un monitoreo continuo que permita garantizar la seguridad del paciente.
TIPO DE MEDIDA	Porcentual
FORMULA	N° de pacientes con tarjeta de identificación en un servicio en un periodo de tiempo / N° total de pacientes en el servicio en el mismo periodo X 100
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	Se obtendrá el, **Numerador:** Es el número de pacientes que cuentan con tarjeta de identificación, que luego de la verificación cumplan con el registro completo de identificación según especificaciones establecidas en la presente directiva. **Denominador:** Es el número total de pacientes en los servicios de atención asistencial.
ESTANDAR	100% Bueno 85 – 99% Aceptable < de 85%: Deficiente
FUENTE DE DATOS	Hoja de monitoreo
RESPONSABLE	Enfermera
PERIODICIDAD	Mensual

ANEXO 7

NOMBRE DEL INDICADOR	**PORCENTAJE DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA IDENTIFICACION ERRONEA DE LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE ATENCION ASISTENCIAL HRH**
DEFINICION	Este indicador mide la eficacia respecto a las prácticas seguras para la identificación correcta de pacientes en los servicios asistenciales del HRH.
TIPO DE INDICADOR	**RESULTADO**
OBJETIVO	Determinar la ocurrencia de eventos relacionados con la identificación errónea o no identificados, de los pacientes en los servicios asistenciales del HRH.
JUSTIFICACIÓN	Este indicador nos permite establecer medidas basales y con ello, poder efectuar comparaciones periódicas de los procesos implantados y los resultados obtenidos.
TIPO DE MEDIDA	Porcentual
NÚMERADOR	N° de pacientes con brazalete de identificación e identificadores correctos en un servicio y tiempo determinado.
FORMULA	**N° de eventos adversos asociados a la identificación errónea en el servicio y tiempo determinado.** ——— **X** **100** **N° total de pacientes en el servicio y tiempo determinado**
PROCEDIMIENTO DE MEDICION	Se obtendrá el, **Numerador:** Es el número de pacientes que se reportan con algún evento adverso asociado a la identificación errónea. **Denominador:** Es el número total de pacientes hospitalizados en los servicios de atención asistencial.
VALOR UMBRAL DEL INDICADOR	< 0.1%
FUENTE DE DATOS	Formato de Notificación de eventos adversos.
RESPONSABLE	Enfermera
PERIODICIDAD	Mensual

ANEXO 8

FORMATO DE MONITOREO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON BRAZALETE CONTIENE: DATOS LEGIBLES, LETRA IMPRENTA, COLOR NEGRO; COLOCADO EN MUÑECA DERECHA, SALVO CIRCUNSTANCIAS QUE LO IMPIDAN, CON CIRCULO COLOR ROJO EN EXTREMO SUPERIOR DERECHO SI ES ALERGICO; CON TRIANGULO COLOR AZUL SI TIENE RIESGO DE CAIDA, EN BUENAS CONDICIONES (NO DETERIORADO)																															
SERVICIO: ..... RESPONSABLE DEL SERVICIO EVALUADO:..... MES:..... AÑO: 2023																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Nº pacientes con brazalete de identificación correctamente llenado.																															
Nº de pacientes hospitalizados																															
total																															

ANEXO 9

FORMATO DE MONITOREO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES: TARJETA DE IDENTIFICACIÓN TARJETA DE IDENTIFICACIÓN CONTIENE: DOS NOMBRES, DOS APELLIDOS, FECHA DE NACIMIENTO, N° DE HISTORIA CLÍNICA, Nº DE DNI, GRADO DE DEPENDENCIA, TIPO DE SEGURO, ALERGIA, RIESGO DE CAIDAS, UPP, FLEBITIS, ASPIRACIÒN.																														
SERVICIO: ..... RESPONSABLE DEL SERVICIO EVALUADO:..... MES:..... AÑO: 2023																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Nº de paciente que portan Tarjeta de identificación																															
Nº Total de pacientes hospitalizados																															
TOTAL																															

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

HOSPITAL REGIONAL HUACHO

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2023-DE/UGC

DIRECTIVA PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON Y SBS.

Huacho – Perú

2023

CONTROL DEL DOCUMENTO

ROL	ORGANO	FECHA	V° B°
ELABORADO POR	UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	10-04-23	UNIDAD GESTION DE LA CALIDAD
REVISADO POR	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÌA	26-04-23	GOBIERNO REGIONAL DE LIMA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE LIMA HOSPITAL HUACHO HUAURA OYÓN y S.B.S. Dra. ISABEL TERESA DURAND GONZALES JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
	OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	17.05.2023	HOSPITAL HUACHO HUAURA OYÓN S.B.S. OFICINA DE ORGANIZACIÓN RED DE SALUD HUAURA OYÓN
	UNIDAD DE ASESORIA JURIDICA	24-05.2023	HOSPITAL HUACHO HUAURA OYÓN S.B.S. UNIDAD DE ASESORIA JURIDICA SERVICIOS BASICOS
APROBADO POR	DIRECCIÒN EJECUTIVA		

CONTENIDO

I. OBJETIVOS..... Pág. 4

2.1 OBJETIVO GENERAL..... Pág. 4

2.2 OBJETIVO ESPECIFICO..... Pág. 4

II. FINALIDAD..... Pág. 4

III. AMBITO DE APLICACIÓN..... Pág. 4

IV. BASE LEGAL ..... Pág. 4

V. DISPOSICIONES GENERALES..... Pág. 5

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS..... Pág. 5

VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS..... Pág. 7

VII. RESPONSABILIDADES..... Pág. 10

VIII. DISPOSICIONES FINALES..... Pág. 10

IX. ANEXOS.....Pág. 12

I. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer los lineamientos y disposiciones técnicas para la identificación correcta del paciente en los servicios asistenciales del Hospital Regional de Huacho.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Establecer criterios técnicos que permita estandarizar la identificación correcta de los pacientes en todos los servicios asistenciales del Hospital Regional de Huacho.

2.- Proveer de herramientas e instrumentos de fácil aplicación a los servicios asistenciales del Hospital Regional de Huacho, para implementación del proceso de identificación del paciente mediante uso de brazalete.

3.- Fortalecer la cultura de Identificación del Paciente que permita ofrecer mayor seguridad en la atención del paciente.

4.- Disminuir el riesgo de errores relacionados con la identificación de pacientes, en todos los procesos y procedimientos de atención en el Hospital Regional de Huacho.

5. Involucrar a los pacientes y familia en aspectos relacionados con la seguridad en la atención de salud para prevenir errores de identificación.

II. FINALIDAD

Fomentar una cultura de calidad y seguridad en la atención, con la identificación correcta de los pacientes de los servicios de hospitalización, de observación emergencia, UCI y centro quirúrgico, previniendo riesgos o daño potencial asociado a la atención de salud.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva administrativa para la Identificación del Paciente, se aplicará a todos los usuarios que requieran hospitalización, cirugía ambulatoria u observación en emergencia en el Hospital Regional de Huacho.

IV. BASE LEGAL

1. Ley Nº 26842, Ley General de Salud, Ley Nº 27604 y su Reglamento aprobado por el D.S. Nº 016-2002-SA.
2. Ley Nº 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal y su Reglamento aprobado por D.S. N° 008-2010-SA.
3. Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

4. D.S. N° 013-2006-SA, "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
5. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
6. Resolución Ministerial No 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Nº 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
7. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. Dirección de Calidad en Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud.
8. Resolución Ministerial N° 616-2003-SA/DM – Aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.
9. Resolución Ministerial N° 163-2020 que aprueba la Directiva Sanitaria N° 092/MINSA 2020/DGAIN "Rondas de Seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
10. R.D. Nº 63-GRL-GRDS-DIRESA LIMA/DG, que aprueba Directiva Administrativa Nº 01-2021-DG/OEPP "Directiva para la Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas en la Dirección Regional de Lima y Órganos Desconcentrados"

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:

1. **Seguridad del Paciente:** Es la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención de salud.
2. **Evento Adverso en Salud:** Todo accidente o suceso, que ha causado daño involuntario al paciente como resultado de la atención en salud y que no está relacionado con el curso de la enfermedad.
3. **Incidente:** Acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un evento adverso, pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna.
4. **Identificación correcta del paciente:** Procedimiento que permite al equipo de salud tener certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención, lo que significa que se está atendiendo a la persona correcta, en el sitio correcto y en el momento correcto; así mismo poder conocer situaciones de riesgo de exposición.
5. **Identificación cruzada del paciente:** procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica al usuario/paciente a través de dos mecanismos como mínimo, por ejemplo: verbal y a través de el brazalete; verbal y un documento de identificación personal, verbal y lectura de la tarjeta de cabecera, verbal y lectura de brazalete etc.

6. **Pulsera o brazalete de Identificación:** Dispositivo gráfico con los datos de identificación inequívocos del paciente, sirve para verificar que se trata de la persona correcta durante el proceso de atención.
7. **Tarjeta de Identificación**: Dispositivo gráfico con los datos de identificación del paciente: nombre y apellido, indicadores de riesgo como: caídas, UPP, grado de dependencia, colocado en la cabecera de la cama del paciente.
8. **Verificación Verbal**: Validación de los datos identificativos del paciente, se debe obligatoriamente repetir de manera verbal en todos los contactos de la atención sanitaria y para la administración de medicamentos, procedimientos clínicos y /o quirúrgicos.
9. **Datos identificativos inequívocos:** son aquellos datos que pertenecen a un solo paciente. Los datos definidos como inequívocos para los brazaletes de identificación son: nombres y apellidos completos del paciente, número de historia clínica, edad del paciente.
   a) El procedimiento de identificación será obligatorio para la atención del paciente en Hospitalización, observación emergencia – UCI, Centro quirúrgico y centro obstétrico, constará de portar un brazalete de identificación en la muñeca izquierda, salvo circunstancias que lo impidan (se colocará en muñeca derecha o en los miembros inferiores) y una tarjeta de identificación en la cabecera de la cama, con los datos de identificación inequívocos del paciente, legibles, que permita en todo momento conocer su filiación.
   b) La identificación del paciente se deberá realizar con la verificación del DNI vigente del usuario o carnet de extranjería, cuyos datos se recolectarán en la admisión y/o servicio social de requerirlo en caso de no contar con DNI, (cuenta corriente o SIS)
   c) En caso de no contar con el DNI o carnet de extranjería, se procederá a la verificación mediante la página web de la RENIEC, y con cargo del paciente a su regularización del documento en el área de admisión.
   d) Se promoverá la participación de los pacientes en todas las etapas del proceso solicitándole la información necesaria para su correcta identificación, de no poder asumirlo el paciente, se realizará la verificación con el familiar responsable o acompañante.
   e) El brazalete será entregado al técnico en Enfermería en admisión central y/o admisión de emergencia, según corresponda, con la orden de hospitalización, indicación de cirugía ambulatoria o indicación de observación en emergencia.
   f) Todo paciente programado para cirugía ambulatoria, así como paciente de consultorios externos o emergencia que se hospitalice ira portando su brazalete de identificación.

g) Color de los brazaletes de identificación:
- Rosados y celestes: para recién nacidos
- Blanco: pacientes en general

h) La tarjeta de identificación se encontrará en cada servicio asistencial.

VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

6.1 Datos de Identificación de Pacientes: letra legible de imprenta, con marcador permanente color negro.

6.2 Si el paciente tiene algún tipo de alergia se dibujará un círculo con marcador permanente de color rojo (relleno) en el extremo superior izquierdo del brazalete.

6.3 Si el paciente tiene riesgo de caída, se dibujará un triángulo con marcador permanente de color azul (relleno) en el extremo superior derecho del brazalete.

6.4 **Información que debe constar en el brazalete de identificación**:

6.4.1 BRAZALETE COLOR ROSADO Y CELESTE:
- Apellido paterno y materno del recién nacido.
- Hora de nacimiento.
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Nº de cuna
- Nombre y Apellido de la madre.

6.4.2 BRAZALETE COLOR BLANCO:
- Nombres y Apellidos del paciente.
- Número de historia clínica
- Edad del paciente
- Fecha de ingreso: día/ mes/ año.
- Paciente con algún tipo de alergia dibujar un círculo con marcador permanente de color rojo (relleno) en el extremo superior izquierdo.
- Paciente con riesgo de caída dibujar un triángulo con marcador permanente de color azul (relleno) en el extremo superior derecho.

6.5 **Datos e información que debe constar en la tarjeta de Identificación:**
- Apellidos y nombres del paciente.
- Número de DNI
- Número de historia clínica
- Grado de dependencia
- Tipo de seguro.
- Alergia
- Riesgos (caída, ulceras por presión, flebitis, aspiración)

6.6. Si el ingreso del paciente a hospitalización es por consultorios externos, la identificación del paciente y colocación del brazalete será realizado por la enfermera asignada al consultorio.

6.7. En caso de hospitalización de paciente de un consultorio donde no este asignada una enfermera, la identificación y colocación del brazalete será realizado por la enfermera del consultorio de enfermería.

6.8. En caso de pacientes programados para intervención quirúrgica o cirugía ambulatoria, la identificación y colocación del brazalete será realizado por la enfermera del consultorio de enfermería.

6.9. Si el paciente ingresa a observación de emergencia, la enfermera (o) coloca el brazalete y la tarjeta de identificación en un lapso de 30 minutos y debe registrar en la historia clínica del paciente.

6.10 El brazalete de Identificación del Paciente se colocará en la muñeca del lado derecho y si no fuera posible colocar en la muñeca izquierda; si a pesar de ello no es posible, colocar en tobillo lado derecho y sino en tobillo de lado izquierdo.

6.11 En pacientes pediátricos el sitio de primera elección será el tobillo, por la necesidad de tener las muñecas disponibles para la colocación de una vía venosa e inmovilización.

6.12 En el caso del recién nacido serán identificados en la mano derecha al momento del nacimiento, con el brazalete color rosado (sexo femenino) y celeste (sexo masculino) en sala de partos, centro quirúrgico o emergencia, dependiendo del caso también se podrá colocar en el brazo izquierdo o en el pie derecho o izquierdo.

6.13 En el caso que el recién nacido ingrese transferido de otra institución, o reingresa al hospital, se colocará el brazalete de identificación con la información descrita en el punto 6.4. 1.

Al alta de todo recién nacido se debe comparar el brazalete de identificación, con la tarjeta de identificación del hospital y se entregará a la madre o el padre, quien firmará en la historia clínica su conformidad y también firmará el personal responsable del recién nacido.

6.14 El enfermero que realice el proceso de admisión del 'paciente en hospitalización, o en la URPA, será responsable del llenado de los datos y la colocación de la tarjeta de identificación en la cabecera de la cama, en un lapso de 30 minutos.

6.15 En sala de partos la responsable del llenado de los datos y la colocación de la tarjeta de identificación en la cabecera de la cama del paciente, en un lapso de 30 minutos, será la obstetra responsable del paciente.

6.16 El personal deberá confirmar los datos del paciente al momento de realizar algún procedimiento relacionado con:

- valoración de signos vitales
- Toma de muestra de sangre (laboratorio).
- Transfusión sanguínea.
- Administración de medicamentos.
- Toma de biopsia diagnóstica.
- Exámenes de apoyo al diagnóstico.
- Interconsultas.
- Referencias.
- Transferencias.
- Procedimientos invasivos.
- Confirmación de una muerte.
- Identificación de la gestante y su recién nacido.

6.17 Todo paciente que se encuentre hospitalizado, en centro quirúrgico o sala de partos, debe estar con su brazalete de identificación para lo cual el equipo de salud educará al paciente y/o a sus familiares sobre la importancia de mantener su identificación durante su estadía en el hospital.

6.18 Todo personal que detecte la ausencia de brazalete de identificación en un paciente comunicará el hecho a la Enfermera responsable del paciente y se solicitara un duplicado al área de admisión. No se debe realizar procedimientos al paciente sin brazalete.

6.19 Se prohíbe terminantemente que se retire el brazalete al realizar algún procedimiento profiláctico, diagnóstico o terapéutico EVALUAR EXCEPCIONES.

6.20 El personal de enfermería realizará la limpieza del brazalete con agua y jabón y la desinfección con alcohol al 70%.

6.21 En caso de alta hospitalaria, el personal responsable del retiro del brazalete es el personal de enfermería (retirando y desechando el brazalete al momento de su salida) además verificará el alta con el voucher de pago registrado por caja y/o contabilidad.

6.22 Al retirarse el paciente del servicio, el personal técnico en enfermería retirara la tarjeta de identificación de la cabecera de la cama.

6.23 En el caso de fallecimiento del paciente, el cuerpo permanecerá con el brazalete de identificación; el personal de Vigilancia verificará si los datos del brazalete de identificación coinciden con el certificado de defunción.

6.24 **Situaciones especiales**:

- De ser el caso que el paciente no pueda ser identificado en un primer momento registrar **"NN", sexo, número de H.C. y fecha y hora de ingreso,** hasta que se logre conocer su identidad.

- En situaciones de emergencia o en que la vida del paciente pueda ser afectada, tienen prioridad los cuidados antes que la identificación del paciente y en cuanto sea posible la Enfermera a cargo del paciente será la encargada de su identificación, colocación del brazalete y tarjeta de identificación.
- En el caso de que el paciente rechace llevar el brazalete a pesar de ser informado de los riesgos de no llevar su identificación, se registrará en las anotaciones de Enfermería y en el formato de plan de cuidados.
- En casos de intolerancia por alergias, se dejará constancia por escrito en la historia clínica.

6.25 **Situaciones para cambio del brazalete de identificación**:

- Daño de piel (erosión, lesión)
- Necesidad de acceso vascular
- Necesidad de contención física del paciente
- Toma de examen sin tener otro acceso
- Problemas de lectura de los datos (borroso, deteriorado)
- El cambio del brazalete debe realizarse con presencia de un testigo.

VII. RESPONSABILIDADES:

- El personal de Enfermería del Hospital Regional de Huacho será el responsable del llenado correcto del brazalete de identificación y tarjeta de identificación de los pacientes.
- La Unidad de estadística e informática será el responsable de facilitar los datos identificatorios inequívocos del paciente al personal de salud y entregar el brazalete de identificación.
- El Departamento de Enfermería y jefes de servicio de Enfermería serán los responsables de la implementación y monitoreo de la presente directiva.
- Departamento de Servicio Social
- Jefes de Departamento, Jefes de Servicio,

VIII. DISPOSICIONES FINALES:

8.1 De la Implementación en los servicios:

Son responsables de la implementación de la presente directiva en el Hospital Regional de Huacho:

- La jefatura de la oficina de estadística e informática.
- El Departamento de Enfermería.
- Las jefaturas de Departamento, jefaturas de servicio.

8.2 De la Publicación y Difusión:

- La oficina de Gestión de la Calidad realizará la difusión de la directiva a los Departamentos Asistenciales y Administrativos.
- La jefatura de los Departamentos y servicios serán los responsables de la difusión en sus áreas respectivas.
- La Jefatura de Estadística e Informática publicara la directiva en la página Web de la institución.

8.3 Del seguimiento y Mejora:

- El departamento de Enfermería a través de las supervisoras monitorizará y retroalimentarán el proceso de implementación de acuerdo a los resultados.
- La oficina de Gestión de la Calidad brindará asistencia técnica y reportará mensualmente la incidencia de eventos adversos asociados a error de identificación de pacientes notificados en los servicios.

IX. ANEXOS

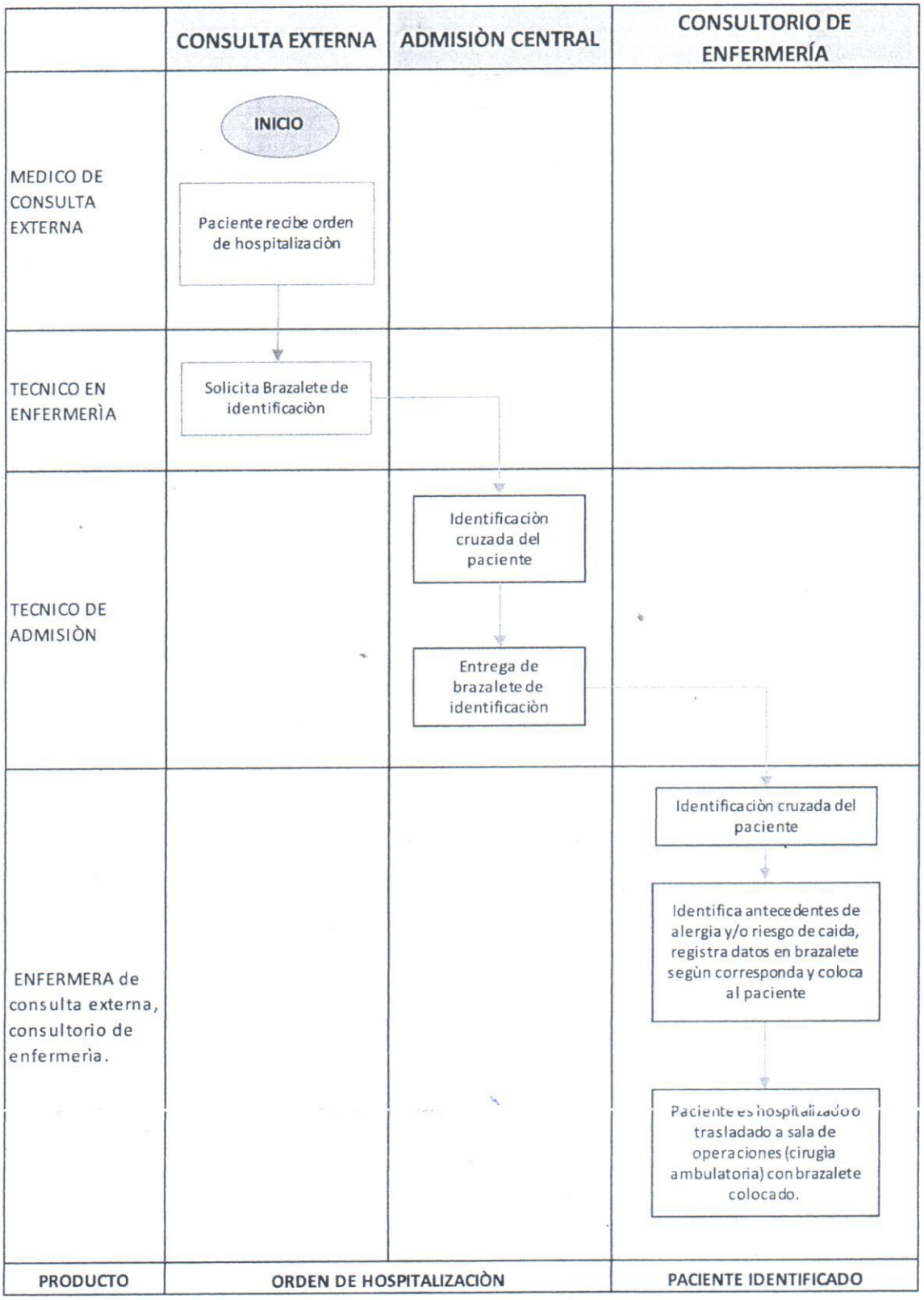
ANEXO N°1

PROCESO DE IDENTIFICACIÒN DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO

	TOPICO EMERGENCIA	ADMISIÒN DE EMERGENCIA	OBSERVACIÒN EMERGENCIA
MEDICO DE GUARDIA:Tòpico Cirugìa, medicina, pediatrìa, gineco obstetricia, shock trauma.	INICIO Emite orden de ingreso a sala de observaciòn y/o hospitalizaciòn		
TECNICO EN ENFERMERÌA: Tòpico Cirugìa, medicina, pediatrìa, gineco obstetricia, shock trauma.	Solicita Brazalete de identificaciòn		
PERSONAL DE ADMISIÒN		Identificaciòn cruzada del paciente Entrega brazalete	
ENFERMERA DE OBSERVACIÒN EMERGENCIA (Cirugìa, medicina, pediatrìa, gineco obstetricia, shock trauma, UVI)			Identificaciòn cruzada del paciente Identifica antecedentes de alergia y/o riesgo de caida, registra datos en brazalete segùn corresponda y coloca al paciente Retiro del brazalete al momento del alta
PRODUCTO	ORDEN DE HOSPITALIZACIÒN		PACIENTE IDENTIFICADO

ANEXO N° 2

PROCESO DE IDENTIFICACIÒN DEL PACIENTE QUE SE HOSPITALIZA POR CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL HUACHO



ANEXO 3

ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL BRAZALETE DE IDENTIFICACION ADULTO

CARACTERÍSTICAS:

- Polietileno u otro material de características similares, suave.
- Libre de látex.
- Hipo alergénico.
- Flexible.
- Resistente al agua.
- Cierre con broche de material de plástico en un extremo, diseñado de manera que una vez que se efectué el cierre del brazalete, no permita que se abra con el uso normal.
- El extremo opuesto debe tener perforaciones equidistantes para su ajuste con la muñeca del paciente.
- Presentación en color blanco

DIMENSIONES:

- Longitud total: 24.5 cm.
- Longitud (porción más ancha): 8.5 cm
- Ancho (porción más ancha): 2.5 cm
- Longitud (cinta con perforaciones): 14 cm
- Espesor total: 0.1 cm

DATOS IMPRESOS CON LETRA COLOR NEGRO:

- Nombres y Apellidos: **Nomb. Ap.**
- número de historia clínica: **N°H.C**.
- número de DNI: **N° DNI**
- Edad del Paciente: **Edad**
- Fecha de ingreso: **F.I día/mes/año**

Brazalete en su conjunto:

- libre de: roturas; bordes filosos, partes débiles, burbujas, deformaciones, rebabas, partes infusibles, partes decoloradas.

HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON S.B.S. JEFA DE ORGANIZACION RED DE SALUD HUAURA-OYON

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LIMA HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON S.B.S. UNIDAD GESTION DE LA CALIDAD

ANEXO 4

ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL BRAZALETE DE IDENTIFICACION PEDIATRICO

CARACTERÍSTICAS:

- Polietileno u otro material de características similares, suave.
- Libre de látex.
- Hipo alergénico.
- Flexible.
- Resistente al agua.
- Cierre con broche de material de plástico en un extremo, diseñado de manera que una vez que se efectué el cierre del brazalete, no permita que se abra con el uso normal.
- El extremo opuesto debe tener perforaciones equidistantes para su ajuste con la muñeca del paciente.
- Presentación en color blanco.

DIMENSIONES:

- Longitud total: 19.5 cm.
- Longitud (porción más ancha): 6.5 cm
- Ancho (porción más ancha): 2.5
- Longitud (cinta con perforaciones): 11 cm
- Espesor total: 0.1 cm

DATOS IMPRESOS CON LETRA COLOR NEGRO:

- Nombres y Apellidos: **Nomb. Ap.**
- número de historia clínica: **N°H.C.**
- número de DNI: **N° DNI**
- Edad del Paciente: **Edad**
- Fecha de ingreso: **F.I día/mes/año**

Brazalete en su conjunto:

- libre de roturas; bordes filosos, partes débiles, burbujas, deformaciones, rebabas, partes infusibles, partes decoloradas.

ANEXO 5

NOMBRE DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE PACIENTES CON BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN
DEFINICIÓN	Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de identificación correcta de pacientes mediante el uso de brazalete, según especificaciones de la presente directiva.
TIPO	**PROCESO**
OBJETIVO	Cuantificar la adherencia del personal de Enfermería al proceso de identificación del paciente con el uso del brazalete
JUSTIFICACIÓN	La identificación incorrecta de pacientes es una de las principales causas de incidentes y eventos adversos durante el proceso de atención, por lo que es importante mantener un monitoreo continuo que permita garantizar la seguridad del paciente.
TIPO DE MEDIDA	Porcentual
FORMULA	N° de pacientes con brazalete de identificación con datos correctos en un servicio y tiempo determinado ——————————————— X 100 N° total de pacientes en el servicio y tiempo determinado
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	Se obtendrá el, **Numerador:** Es el número de pacientes que cuentan con brazalete de identificación, que luego de la verificación cumplan con el registro completo de identificación según especificaciones establecidas en la presente directiva. **Denominador:** Es el número total de pacientes en los servicios de atención asistencial.
ESTANDAR	100% Bueno 85 – 99% Aceptable < de 85%: Deficiente
FUENTE DE DATOS	Hoja de monitoreo
RESPONSABLE	Enfermera
PERIODICIDAD	Mensual

ANEXO 6

NOMBRE DEL INDICADOR	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CON TARJETA DE IDENTIFICACIÓN
DEFINICIÓN	Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de identificación correcta de pacientes mediante el uso de tarjeta de identificación, según especificaciones de la presente directiva.
TIPO DE INDICADOR	PROCESO
OBJETIVO	Cuantificar la adherencia del personal de Enfermería al proceso de identificación del paciente con el uso de tarjeta de identificación.
JUSTIFICACIÓN	La identificación incorrecta de pacientes es una de las principales causas de incidentes y eventos adversos durante el proceso de atención, por lo que es importante mantener un monitoreo continuo que permita garantizar la seguridad del paciente.
TIPO DE MEDIDA	Porcentual
FORMULA	N° de pacientes con tarjeta de identificación en un servicio en un periodo de tiempo / N° total de pacientes en el servicio en el mismo periodo X 100
PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	Se obtendrá el, **Numerador:** Es el número de pacientes que cuentan con tarjeta de identificación, que luego de la verificación cumplan con el registro completo de identificación según especificaciones establecidas en la presente directiva. **Denominador:** Es el número total de pacientes en los servicios de atención asistencial.
ESTANDAR	100% Bueno 85 – 99% Aceptable < de 85%: Deficiente
FUENTE DE DATOS	Hoja de monitoreo
RESPONSABLE	Enfermera
PERIODICIDAD	Mensual

ANEXO 7

NOMBRE DEL INDICADOR	**PORCENTAJE DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA IDENTIFICACION ERRONEA DE LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE ATENCION ASISTENCIAL HRH**
DEFINICION	Este indicador mide la eficacia respecto a las prácticas seguras para la identificación correcta de pacientes en los servicios asistenciales del HRH.
TIPO DE INDICADOR	**RESULTADO**
OBJETIVO	Determinar la ocurrencia de eventos relacionados con la identificación errónea o no identificados, de los pacientes en los servicios asistenciales del HRH.
JUSTIFICACIÓN	Este indicador nos permite establecer medidas basales y con ello, poder efectuar comparaciones periódicas de los procesos implantados y los resultados obtenidos.
TIPO DE MEDIDA	Porcentual
NÚMERADOR	N° de pacientes con brazalete de identificación e identificadores correctos en un servicio y tiempo determinado.
FORMULA	**N° de eventos adversos asociados a la identificación errónea en el servicio y tiempo determinado.** ——— **X** **100** **N° total de pacientes en el servicio y tiempo determinado**
PROCEDIMIENTO DE MEDICION	Se obtendrá el, **Numerador:** Es el número de pacientes que se reportan con algún evento adverso asociado a la identificación errónea. **Denominador:** Es el número total de pacientes hospitalizados en los servicios de atención asistencial.
VALOR UMBRAL DEL INDICADOR	< 0.1%
FUENTE DE DATOS	Formato de Notificación de eventos adversos.
RESPONSABLE	Enfermera
PERIODICIDAD	Mensual

ANEXO 8

FORMATO DE MONITOREO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON BRAZALETE CONTIENE: DATOS LEGIBLES, LETRA IMPRENTA, COLOR NEGRO; COLOCADO EN MUÑECA DERECHA, SALVO CIRCUNSTANCIAS QUE LO IMPIDAN, CON CIRCULO COLOR ROJO EN EXTREMO SUPERIOR DERECHO SI ES ALERGICO; CON TRIANGULO COLOR AZUL SI TIENE RIESGO DE CAIDA, EN BUENAS CONDICIONES (NO DETERIORADO)																															
SERVICIO: ..... RESPONSABLE DEL SERVICIO EVALUADO:.....MES:.....AÑO: 2023																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Nº pacientes con brazalete de identificación correctamente llenado.																															
Nº de pacientes hospitalizados																															
total																															

ANEXO 9

FORMATO DE MONITOREO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES: TARJETA DE IDENTIFICACIÓN TARJETA DE IDENTIFICACIÓN CONTIENE: DOS NOMBRES, DOS APELLIDOS, FECHA DE NACIMIENTO, N° DE HISTORIA CLÍNICA, Nº DE DNI, GRADO DE DEPENDENCIA, TIPO DE SEGURO, ALERGIA, RIESGO DE CAIDAS, UPP, FLEBITIS, ASPIRACIÒN.																															
SERVICIO: ..... RESPONSABLE DEL SERVICIO EVALUADO:.....MES:.....AÑO: 2023																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Nº de paciente que portan Tarjeta de identificación																															
Nº Total de pacientes hospitalizados																															
TOTAL																															