

ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES



Alcaldía de
La Ceja del Tambo



**HOSPITAL
DE LA CEJA**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Acá te
cuidamos
con amor



TABLA DE CONTENIDO

1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA Y CONTENIDO INSTITUCIONAL.....	¡Error! Marcador no definido.
1.1 MISIÓN	¡Error! Marcador no definido.
1.2 VISIÓN	¡Error! Marcador no definido.
1.2 PRINCIPIOS	¡Error! Marcador no definido.
1.4 VALORES CORPORATIVOS	¡Error! Marcador no definido.
2. INTRODUCCIÓN	5
3. OBJETIVO	5
4. POBLACIÓN OBJETO O ALCANCE	5
5. DEFINICIONES	5
6. MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL	7
7. DESARROLLO DEL DOCUMENTO	8
7.1 TALENTO HUMANO REQUERIDO	9
7.2 RECURSOS: DISPOSITIVOS, MEDICAMENTOS, EQUIPOS BIOMEDICOS, MATERIALES	9
7.3 PROCEDIMIENTO	9
7.3.1. IDENTIFICACIÓN DOCUMENTAL Y VERIFICACIÓN VERBAL	9
7.3.2. IDENTIFICACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA SISTEMATIZADA	10
7.3.3. IDENTIFICACIÓN FÍSICA CON MANILLA	10
7.3.3.1. PACIENTES SUSCEPTIBLES DE IDENTIFICACIÓN CON PULSERA....	10
7.3.3.2. RESPONSABLES DE LA IDENTIFICACIÓN	10
7.3.3.3. REQUISITOS OBLIGATORIOS DE LAS MANILLAS IDENTIFICATIVAS.	11
7.3.3.4. TIEMPO DE PRESERVACIÓN DE SU PULSERA DE IDENTIFICACIÓN.	13
7.4 IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD:	13
7.5 IDENTIFICACIÓN DE CATÉTERES, EQUIPOS VENOCLISIS, SONDAS.	14
7.6. IDENTIFICACIÓN EN EL LABORATORIO CLÍNICO.	14
7.6.1 FASE PRE ANALÍTICA	14
7.6.2 FASE ANALÍTICA	16
7.6.3 FASE POS ANALÍTICA	16
7.7 SEGURIDAD: BARRERAS DE PROTECCIÓN	16
7.8 ENFOQUE DIFERENCIAL	17
8. ANEXOS	18
ANEXO 1 EVALUACIÓN DEL MONITOREO Y LA OCURRENCIA DE NO CONFORMIDADES EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE.....	18
ANEXO 2 MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE LOS USUARIOS EN LA ESE.	¡Error! Marcador no definido.
BIBLIOGRAFÍA	19
NOTAS DE CAMBIO	19



1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA Y CONTENIDO INSTITUCIONAL

1.1 MISIÓN

En la Empresa Social del Estado Hospital La Ceja, brindamos servicios de salud con calidad y seguridad, con un talento humano competente, con vocación de servicio, mediante un modelo de atención cercano a la comunidad y centrado en el ser, comprometidos con el mejoramiento continuo, la responsabilidad social, manteniendo el equilibrio financiero, aportando al bienestar de la población y a la formación del personal de salud

1.2 VISIÓN

A 2030 seremos un hospital con reconocimiento en La Ceja y el oriente antioqueño, por nuestra excelencia en la prestación de servicios de salud

1.3 OBJETIVOS CORPORATIVOS

- Mejorar la infraestructura y tecnología Institucional gestionando los recursos requeridos para adecuarla al desarrollo empresarial
- Fortalecer los procesos con atributos de calidad mediante el compromiso y la cultura del mejoramiento continuo para brindar servicios con calidad y Calidez generando confianza y fidelización en el usuario
- Formular e implementar un modelo de atención integral, equitativo, respetuoso y participativo, centrado en el ser y cercano a la comunidad, basado en la estrategia de atención primaria en salud y en la diversificación de la prestación de sus servicios, para lograr la corresponsabilidad del usuario, el posicionamiento en el sector y el mejoramiento del bienestar de la población.
- Disponer de un talento humano con competencias y responsabilidad social para el desarrollo del modelo de atención formulado, mediante el fortalecimiento de una vocación del servicio honesta y responsable, habilidades de atención al público, el trabajo en equipo y las competencias técnicas, para la innovación e implementación del modelo de atención con



calidad y calidez, centrado en el ser y cercano a la comunidad en un buen ambiente laboral

1.4 PRINCIPIOS Y VALORES CORPORATIVOS.

Principios:

- Atención centrada en el ser
- Vocación de servicio
- Trabajo en equipo
- Mejoramiento continuo

Valores

- Compromiso
- Responsabilidad
- Respeto
- Honestidad
- Solidaridad



2. INTRODUCCIÓN

El presente documento, contiene los lineamientos que deben ser aplicados y enfocados a una identificación segura de los usuarios, que acceden a los servicios asistenciales, como estrategia de implementación, de una de las metas internacionales de seguridad del paciente, propuesta por la OMS; con el fin, de disminuir los riesgos que se pueden presentar durante los diferentes procedimientos, a los cuales, puede ser sometido el usuario, durante su estancia hospitalaria. Para ello, se definen, los estándares de obligatorio cumplimiento que identifiquen al usuario que está siendo atendido y se garantice la correcta atención del mismo.

3. OBJETIVO

Estandarizar el procedimiento de identificación de los usuarios que ingresan a los servicios asistenciales, con el fin de que se disminuya la ocurrencia de riesgos o eventos adversos, relacionados con la realización de procedimientos no prescritos para el usuario correcto.

4. POBLACIÓN OBJETO O ALCANCE

Este documento debe aplicarse a los usuarios, que hacen uso de los servicios asistenciales y administrativos, como lo son urgencias, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, hospitalización, consulta externa, transporte asistencial básico; ya que son los servicios donde hay una permanencia largas y aumenta el riesgo de identificación inadecuada.

5. DEFINICIONES

Seguridad del paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Atención en salud: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.



Indicio de atención insegura: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Falla de la atención en salud: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.

Fallas activas o acciones inseguras: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).

Fallas latentes: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo)

Evento adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- **Evento adverso prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Factores contributivos: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- **Paciente:** un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- **Tarea y tecnología:** toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.



- Individuo: el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- Equipo de trabajo: todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
- Ambiente: referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- Organización y gerencia: referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- Contexto institucional: referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

Incidente: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

6. MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL

¿Por qué es importante garantizar una correcta identificación de los pacientes?

La identificación incorrecta de los pacientes está determinada como causa fundamental de muchos errores, la Comisión conjunta, en Estados Unidos de América, ubicó la mejora de la exactitud de la identificación del paciente en el primer lugar de sus objetivos nacionales para la seguridad del paciente, presentados en 2003 y éste continúa siendo un requisito para la acreditación. La Organización Mundial de la Salud, OMS, incluye la identificación de pacientes dentro de las «Nueve soluciones para la seguridad del paciente» a fin de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo. Estandarizar los procesos de atención, tales como bandas de identificación del paciente, es una forma importante de reducir los riesgos de seguridad del paciente.



¿Cuáles son las fallas más comunes que conllevan a los errores en la identificación de los pacientes?

La identificación del paciente y su preparación para un tratamiento previsto es una actividad que se realiza de forma rutinaria en todos los ámbitos de atención. Los riesgos para la seguridad del paciente se producen cuando hay un desacuerdo entre la identificación del paciente y los componentes de su cuidado ya sean diagnósticos, terapéuticos o de apoyo. A lo largo de la atención de salud, la identificación incorrecta debe considerar fallas como captura incompleta de datos, ausencia de identificación en los pacientes con urgencia vital, manillas con información incorrecta, similitud de nombres y datos inexactos, traslados del paciente con inadecuado proceso de identificación, ausencia de manillas, inexistencia de protocolos estandarizados que ocasionan errores en la persona equivocada, los procedimientos del lugar equivocados, errores de medicación, los errores de transfusión y los errores de las pruebas de diagnóstico.

¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces para evitar eventos adversos relacionados con la identificación del paciente?

Se recomienda que las instituciones organicen una serie de procedimientos para la identificación de los pacientes en el momento de su ingreso al sistema y posteriormente en cada uno de los pasos involucrados del proceso de tratamiento, por los diferentes miembros del equipo de salud involucrado en su atención. El proceso debe incluir, por lo menos, dos identificadores, el primero inicia con el nombre completo del paciente y el segundo se relaciona con la fecha de nacimiento, número de historia clínica u otro número de identificación disponible para el paciente; así mismo considerar especificidades para la adecuada identificación de pacientes con barreras de lenguaje u otras necesidades especiales.

7. DESARROLLO DEL DOCUMENTO

La correcta identificación del paciente debe iniciar desde el ingreso. Los datos de identificación obligatorios deben estar conformados por los nombres y apellidos completos del paciente (dos si los tiene), el número del documento de identificación y fecha de nacimiento. (Mínimo 3 datos).

La codificación por colores de las pulseras facilita el reconocimiento visual rápido de los riesgos identificados en el paciente.

Se deberá realizar identificación verbal de todos los pacientes desde que ingresan a la institución corroborando la información con el documento de identidad.



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

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

El personal de salud antes de realizar cualquier procedimiento al paciente deberá verificar la identificación correcta revisando la manilla y el tablero de identificación confirmando verbalmente que sea correcto (chequeo cruzado), tener muy presente en procedimientos como:

- Toma de muestras para exámenes de laboratorio.
- Resultado de análisis de laboratorio
- Administración de cualquier medicamento.
- Realización de procedimientos invasivos.
- Antes de trasladar o recibir un paciente
- Realización de alguna imagen diagnóstica

7.1 TALENTO HUMANO REQUERIDO

Auxiliares de enfermería, enfermeros profesionales o médicos generales, personal de admisiones, personal de facturación, personal de odontología, personal del laboratorio clínico y personal de consulta externa.

7.2 RECURSOS: DISPOSITIVOS, MEDICAMENTOS, EQUIPOS BIOMEDICOS, MATERIALES

- Manillas de identificación
- Tablero de identificación
- Historia clínica
- Marcadores de punta fina.
- Plataforma de gestión de calidad para reporte de riesgos

7.3 PROCEDIMIENTO

7.3.1. IDENTIFICACIÓN DOCUMENTAL Y VERIFICACIÓN VERBAL.

Solicitar y revisar documento de identidad ejemplo, registro civil, tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía, carné si posee, teniendo en cuenta la edad del paciente.



Verificar afiliación en ADRES, bases de datos y demás medios electrónicos y con historia clínica previa si aplica.

7.3.2. IDENTIFICACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA SISTEMATIZADA.

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

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

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

7.3.3. IDENTIFICACIÓN FÍSICA CON MANILLA.

7.3.3.1. PACIENTES SUSCEPTIBLES DE IDENTIFICACIÓN CON PULSERA.

La identificación mediante manilla: será obligatoria para todos aquellos usuarios que ingresan al hospital por urgencias o desde consulta externa y que permanecerán en el servicio de urgencias o que serán ingresados al servicio de hospitalización para internación.

7.3.3.2. RESPONSABLES DE LA IDENTIFICACIÓN.

La auxiliar de salud de la Institución que tiene el primer contacto con el paciente será el responsable de identificarlo físicamente. Todos los demás son responsables de realizar las comprobaciones establecidas previas a la realización de los procedimientos de riesgo ya descritos.



7.3.3.3. REQUISITOS OBLIGATORIOS DE LAS MANILLAS IDENTIFICATIVAS.

La información que debe contener la manilla es:

- Nombre completo del paciente.
- Fecha de nacimiento
- Documento de identidad.
- Observaciones.

El instrumento para utilizar será una manilla de identificación siempre será la blanca, esta permitiría colocar unos puntos de identificación, definida por colores según el riesgo evaluado en el paciente de la siguiente manera:

- Blanca: Identificación general, pacientes sin riesgos
- Amarilla: Paciente con riesgo de caída, movilidad reducida o fuga
- Rojo: Paciente con alergia a medicamentos o anticoagulados
- Verde: Riesgo de Lesiones por presión

COLOR SEGÚN RIESGO	
BLANCA	
ROJA	

Paciente del servicio sin riesgo

Paciente con riesgo

Uso adecuado de la manilla:

- Se utilizará marcador de punta fina, que permita escribir claramente sobre la manilla.
- La manilla de identificación debe ser diligenciada a mano, con letra clara y debe contener los datos completos.
- El sitio de colocación de las manillas idealmente será la mano derecha del paciente, **en caso de que se tenga alguna condición especial** se pondrá en la mano izquierda o en extremidades inferiores.
- Si es un usuario que haya perdido todas sus extremidades se procederá a realizar una tarjeta de identificación tipo escarapela que le será colocada al paciente colgada del cuello.
- A todo paciente que requiere colocación de la manilla de identificación debe informársele el motivo, por el cual se lo identifica, indicándole que mientras dura la atención hospitalaria debe permanecer con la manilla durante todo el tiempo, debe cuidarla, y si por algún motivo se pierde o daña la manilla debe informar al



- personal de salud para colocarle una nueva.
- Será responsabilidad de los usuarios o representantes aportar información veraz de los datos solicitados en el proceso de identificación. Siendo exigible por el personal encargado del procedimiento, el documento de identidad.
- La identificación de los recién nacidos se llevará a cabo en sala de partos y será responsabilidad del auxiliar de enfermería que recibe al neonato, se colocará en el brazo izquierdo, de no ser posible, se colocará en la otra extremidad. De acuerdo a los criterios de inclusión, la manilla será de color blanco, sin hacer referencia a algún tipo de orientación sexual.

Identificación con la manilla en casos especiales:

- Recién nacido: Se diligencian los datos con HIJO DE y nombre completo de la madre, número de identificación de la madre y fecha nacimiento del recién nacido.
- Identificación del paciente que llega solo o con personas que no lo conocen: Si el paciente llega solo verifique los datos con algún documento de identificación, si está consciente y no sabe o no recuerda el número de identificación, solicite nombres y apellidos completos y la fecha de nacimiento y proceda a verificar en el sistema, en caso de que el paciente llegue inconsciente y además no cuente con ningún tipo de documento, registrar como NN, en la manilla, además del sexo y tratar en la medida de lo posible de buscar algún familiar y lograr su identificación, si el paciente llega acompañado es importante que verifique los datos revisando el documento de identidad y preguntando a sus familiares o personas responsables que acompañan al paciente, corrobore la información para que los datos que dice el paciente sean iguales a los que refieren sus familiares y los que se encuentran en los documentos de identificación.

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

- Número de Historia clínica.
 - Sexo.
 - NN (en lugar del nombre) fecha de atención
 - Observaciones.
- Pacientes con el mismo nombre: se debe diligenciar todos los campos de la manilla y en la parte de observaciones se debe marcar como HOMONIMO.
 - Identificación de la unidad: La unidad asignada al paciente igualmente debe ser identificada con letra clara y legible y contener los siguientes datos en el tablero de identificación:

- 
- Nombres y apellidos
 - Número de identificación
 - Edad
 - Nombre su aseguradora
 - Clasificación de riesgos. (morse, mcdeems, bradem, bartel, alergias, y otros riesgos identificados) según sea el caso.

Este tipo de identificación permite proporcionar una atención más segura gracias a que el personal que atiende al paciente puede conocer en todo momento su nombre y dirigirse a él de forma personalizada, favoreciendo la humanización y el trato personal en el proceso de atención, además de la identificación continua de los riesgos.

Realizar confirmación verbal con el paciente o familiares de los datos consignados.

Eliminar o borrar el tablero inmediatamente después del alta hospitalaria.

- Retiro de la manilla: La manilla de identificación será retirada por el personal de enfermería al momento del alta hospitalaria.

7.3.3.4. TIEMPO DE PRESERVACIÓN DE SU PULSERA DE IDENTIFICACIÓN.

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

En caso de deterioro la pulsera de identificación, el auxiliar de enfermería a cargo del paciente es el responsable de reemplazarlo por uno nuevo.

Si por algún motivo durante el transcurso de la atención, al paso de un proceso a otro o en el proceso de facturación se evidencia que los datos de los usuarios son erróneos, la persona que capte esta inconsistencia, hará la corrección de datos y notificará a los servicios que están prestando la atención al paciente.

7.4 IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD:

Se realizará la identificación con tarjeta de cabecera, se debe tener en cuenta:

- Se debe elaborar inmediatamente que es asignada la cama o camilla al paciente.
 - Debe ser identificada con letra clara y legible
 - Anotar por lo menos tres datos del paciente.
 - Realizar confirmación verbal con el paciente o familiares de los datos consignados.
 - Durante la instancia hospitalaria se debe evitar el cambio.
- 

- 
- Educación de pacientes y familiares en la necesidad de confirmar durante los procesos asistenciales la identificación y colaborar con el personal asistencial en la recolección de esta información.

Este tipo de identificación permite proporcionar una atención más segura gracias a que el personal que atiende al paciente puede conocer en todo momento su nombre, interrogar sobre su nombre y dirigirse a él de forma personalizada, favoreciendo la humanización y el trato personal en el proceso de atención.

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

7.5 IDENTIFICACIÓN DE CATÉTERES, EQUIPOS VENOCLISIS, SONDAS.

El equipo de venoclisis y bureta se marca con la fecha y hora de instalación y se cambiará al vencimiento, que es a las 72 horas.

La bolsa o frasco de solución que se le administre al paciente debe llevar rotulo con los datos de nombre completo del paciente , numero de historia, servicio, solución y cantidad, medicamento agregado, volumen de infusión , fecha y hora de instalación, y fecha y hora de finalización.

En el sitio de la venopunción se escribe sobre el esparadrapo los siguientes datos.

- Fecha y hora de inserción
- Calibre del catéter.
- Nombre de la persona que realiza el procedimiento.

7.6. IDENTIFICACIÓN EN EL LABORATORIO CLÍNICO.

El proceso de identificación del paciente y de sus muestras biológicas, comienza en el mismo momento en el que se recibe al paciente en admisión y finaliza con el informe de sus resultados, la comunicación de estos resultados y acciones sobre el paciente que se derivan de ellos.

Se trata de un proceso complejo que comprende múltiples fases (admisión, pre analítica, analítica, pos analítica.), diferentes ámbitos de actuación (Atención Hospitalaria y Atención Primaria) y múltiples profesionales de diferentes estamentos (administrativos, médicos, enfermeras, auxiliares.) interviniendo en cada una de ellas.

7.6.1 FASE PRE ANALÍTICA

Con respecto a la identificación del paciente/muestra en la fase pre analítica recomienda:





Revisar la orden de laboratorio. Debe incluir: Nombre, apellido, sexo del paciente e identificación personal; identificación del médico que solicito las pruebas; pruebas solicitadas; cualquier información clínicamente relevante sobre el paciente y su preparación con el fin de realizar correctamente los exámenes e interpretar los resultados.

Para las muestras que se han extraído fuera del laboratorio, hay que añadir: Fecha y hora de recogida de muestras; Nombre de la persona que realizó la recolección; Tipo de muestra.

Identificación del paciente, punto clave en el procesamiento: la correcta identificación se basa en al menos tres identificaciones independientes (código de laboratorio, nombre completo y documento de identidad). La identificación se debe realizar de acuerdo con las instrucciones siguientes:

Etiquetar los tubos. Etiquetarlos justo después de verificar la identificación del paciente y adecuada preparación, y antes de la punción venosa. Si el tubo tiene que ser etiquetado después de la venopunción, se debe hacer frente al paciente, antes de que se vaya, de lo contrario existe la posibilidad de que se deje sin etiquetar.

En el momento de la toma de muestra, pedir al paciente que indique nombre completo, número de identificación. Las preguntas deben formularse de la siguiente forma: "Por favor diga su nombre", o "Por favor, indique su número de cedula", no "¿Es usted Rodrigo Acosta?" o "¿Es su número de cedula 43123567?".

Comparar la información obtenida directamente por el paciente con la que hay en la orden de laboratorio. Cualquier discrepancia debe ser informada, registrada y resuelta antes de la recogida de muestras. Tener en cuenta que hay circunstancias que pueden limitar una identificación correcta del paciente (niños, pacientes con deterioros cognitivos, extranjeros que desconocen el idioma, etc). En tales casos, la identificación del paciente debe ser complementada con la asistencia de un representante legal, padre o acompañante. Todos los datos deben ser idénticos a los de la orden de laboratorio y se debe informar del nombre de la persona que verifica la identidad.

Verificar la correcta preparación del paciente, para aportar información adicional y fundamental: estado de ayuno del paciente, preparación específica para ciertas pruebas. La falta de esta información puede dar lugar a la toma inadecuada de la muestra, siendo los resultados no fiables.

Dependiendo del examen solicitado (por ejemplo restricciones especiales en la dieta), la preparación del paciente antes de la recolección de la muestra es esencial. La guía, en función de las pruebas solicitadas, proporciona una lista de preguntas que se deben realizar al paciente antes de la punción venosa. Si el paciente no está debidamente preparado para la recogida de muestras, se le debe informar de los efectos sobre los resultados de laboratorio, posponer la venopunción y dar al paciente toda la información necesaria para la preparación adecuada. Si, por alguna razón, la flebotomía no puede ser pospuesta, la no conformidad observada se debe documentar en el formulario de solicitud y en la información proporcionada al laboratorio

Las muestras nunca deberán ser demarcadas en las tapas de los recipientes como única forma de identificación.



7.6.2 FASE ANALÍTICA

Se debe realizar comprobación de las muestras y evitar en lo posible el reenvase de muestras, en caso de ser necesario se deberán marcar igual a la muestra original con verificación por parte del funcionario de los datos.

En caso de resultados en donde se tenga duda se deberá repetir el examen.

7.6.3 FASE POS ANALÍTICA

Todo resultado deberá ser verificado y al momento de la entrega al usuario por impresión se deberán comprobar los datos del usuario pidiendo verificación de datos al usuario. Los datos que emergen directamente a la historia clínica deberán ser verificados por el médico tratante verificando identificación del paciente con nombres y apellidos y documento de identidad así mismo verificara si los resultados corresponden a lo ordenado, en caso de existir incongruencia deberá solicitar nuevamente el examen.

7.7 SEGURIDAD: BARRERAS DE PROTECCIÓN

La incorrecta identificación de pacientes puede llevar a errores en el diagnóstico, tratamiento, medicación, 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 los usuarios, cualquier evento relacionado con una incorrecta identificación debe ser notificado a través de la plataforma de riesgos en la página de calidad y se deben tener en cuenta las siguientes barreras de seguridad:

- Escalas de identificación de riesgos del paciente (Braden, Morse, Mcdems, Bartell)
 - Identificación de alergias y anticoagulación, mediante adecuada anamnesis.
 - Capacitación del personal.
 - Contar con los medios de identificación como son manillas y brazaletes e identificadores en la habitación y cama del pacientes.
 - Definición del número de pacientes por personal asistencial.
 - Realizar la identificación por medio de los datos personales y realizar identificación cruzada.
 - Informar al paciente sobre la importancia de exigir su correcta identificación en todos los procesos asistenciales.
 - Auditoria semestral de adherencia a la identificación, análisis y el respectivo plan de mejora según los hallazgos.
- 



Oportunidades de participación del paciente y de la familia:

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

7.8 ENFOQUE DIFERENCIAL

El enfoque diferencial, se establece de acuerdo al **PROTOCOLO DE ATENCION DEL USUARIO CON ENFOQUE DIFERENCIAL**, aplicando medidas de atención según el tipo de preferencias especiales del usuario o a alteraciones físicas, en este caso se tienen en cuenta las siguientes definiciones para adaptar el uso de este documento:

Enfoque de Género: El enfoque de género constituye una categoría de análisis sobre las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres o entre los ámbitos 'masculino' y 'femenino' en torno a la distribución del poder, en el cual, las mujeres han estado en una posición de subordinación frente a los hombres. Estas desigualdades se expresan en diferentes esferas como la económica, laboral, educativa, política, comunitaria, de salud, la familia y en medios de comunicación, entre otras. Por ejemplo, en el ámbito económico se evidencia el fenómeno de la feminización de la pobreza ya que la mayoría de la población pobre en el mundo son mujeres, o en la educación, en donde la mayor proporción de personas que no saben leer y escribir está representada en mujeres.

Sexo: Se entiende como la clasificación de los seres en términos biológicos a partir de los marcadores endocrinos (Progesterona, estrógenos / Testosterona) cromosómicos (cromosoma xx/cromosoma xy) y gonadales (ovarios / testículos). ¿Qué es género? El concepto de género es entendido como la construcción social, histórica y cultural a partir de la diferencia sexual (biológica) en la que se establecen características, atributos, comportamientos, actividades y los ámbitos sociales asignados a hombres y mujeres.

Orientación sexual: Hace referencia a la dirección del deseo erótico y la afectividad de las personas en razón al sexo o identidad de género de las otras personas

Identidad de género: La forma como cada persona se construye, se define, se expresa y vive en relación con su sexo y los elementos de género que adopta. Así, independientemente de su sexo.

Teniendo claras, las definiciones anteriores, se estandariza la manilla de color blanco, para todos los usuarios, y será colocada en un lugar visible, de acuerdo a sus posibilidades físicas específicas.

8. ANEXOS

ANEXO 1 EVALUACIÓN DEL MONITOREO Y LA OCURRENCIA DE NO CONFORMIDADES EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE.

Estará a cargo de los líderes de proceso a través del seguimiento a riesgos, rondas de seguridad, por la auditora internas.

Indicador

INDICADOR			Proporción de pacientes identificados incorrectamente
FICHA TÉCNICA	JUSTIFICACIÓN		La identificación incorrecta de los pacientes está determinada como causa fundamental de muchos errores. La Comisión Conjunta, en Estados Unidos de América, determinó la mejora de la exactitud de la identificación del paciente, en el primer lugar de sus Objetivos nacionales para la seguridad del paciente, presentados en 2003, y este continua siendo un requisito para la acreditación. La monitorización del proceso de identificación del paciente, es importante para los procesos de calidad en la institución y para establecer estrategias de seguridad del paciente.
	CARACTERÍSTICA EN EL SOGCS		SEGURIDAD
	NÚM.		Total de pacientes que fueron identificados de forma incorrecta en un periodo
	DENOM		Total de pacientes atendidos en el periodo
	ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	NÚM.	Reporte de seguimiento a riesgos
		DENOM	Software
	UNIDAD DE MEDICIÓN		Relación porcentual
	META		1%



	PERIODICIDAD DE MEDICIÓN DEL INDICADOR	Capacitación continuada al personal y evaluación del mismo
	RESPONSABLES DEL ANÁLISIS DEL INDICADOR, DE LAS TENDENCIAS Y DEL CUMPLIMIENTO DE METAS	Comité de seguridad del paciente
	TENDENCIA ESPERADA	Negativa a la disminución

BIBLIOGRAFÍA

República de Colombia. Ministerio de salud y protección social. Paquete Instruccional, Guía de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/asegurar-identificacion-paciente-procesos-asistenciales.pdf>

NOTAS DE CAMBIO

DESCRIPCIÓN		FECHA
Elabora: Personal asistencial		Diciembre 2024
Revisa: Comité de calidad		Diciembre 2024
Aprueba: Gerencia		Diciembre 2024
CONTROL DE ACTUALIZACIONES		
Versión	Fecha	Cambios
01	Julio de 2018	Se crea el documento
02	Diciembre 2024	Se actualiza todo el documento