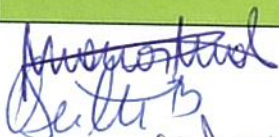
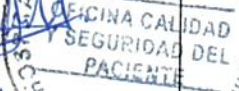


 UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	CODIFICACIÓN: GCL 1.12		Vigencia: 5 AÑOS
	PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		Fecha Aprobación: FEBRERO 2023
	VERSIÓN: 06	Pág: 14 Páginas.	Fecha término Vigencia: FEBRERO 2028
			UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

	Nombre	Fecha	Cargo	Firma
Elaborado por	Marcos Molina Arriagada	Febrero 2023	EU Supervisor CRAC	 Jocelyn Bravo Videla Rut: 15.005.479-6 Enfermera Jessica Gallardo Baeza Rut: 16.440.807-8 Enfermera Supervisora 
	Sylvana Contreras Boulet		EU Clínica CRAC	
	Jocelyn Bravo Videla		Eu Supervisora CRAC	
	Jesica Gallardo Baeza		EU Supervisora CRAC	
	Rubén Martínez Pizarro		Jefe de SOME	
Revisado por	Lorena Urbina Gómez	Febrero 2023	EU Coordinadora del CRAC del CHSJ	 Lorena Urbina Gómez ENFERMERA UNIVERSITARIA RUT: 10.916.422-4 
	Carolina Marin Quiroga		EU Encargada de Seguridad de Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	
	Nayarette Rubio Cofré		EU Jefe de Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente CHSJ	
Aprobado por	Jaime Carvajal Yáñez	Febrero 2023	Director CHSJ	 

1. FUNDAMENTO	3
2. DESARROLLO	3
2.1 OBJETIVOS DEL PROTOCOLO:	3
a) General:	3
b) Específicos:	3
2.2 RESPONSABLES	4
a) De la Ejecución	4
b) De la aplicación:	4
c) Del monitoreo:	5
2.3 CAMPOS DE APLICACIÓN	5
2.4 ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO	5
2.4.1 GENERALIDADES.	5
a) Tipo de Identificación.	5
b) Datos a incluir en el brazalete.	6
c) Obligatoriedad en el uso de brazalete.	6
2.4.2 PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	6
a) Identificar al paciente desde su ingreso al establecimiento.	6
b) Identificación del paciente durante su hospitalización.	6
c) Solicitud de nuevo brazalete para identificación del paciente.	7
d) Identificación del paciente al egreso hospitalario.	7
3. DEFINICIONES	7
4. DIAGRAMA DE FLUJO	8
5. DOCUMENTOS RELACIONADOS	9
6. REGISTROS	9
7. DISTRIBUCION Y DIFUSION	9
8. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO	10
9. ANEXOS	12
9.1 ANEXO 1: PAUTA DE EVALUACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.	12
9.2 ANEXO 2: INDICADOR.	13

1. FUNDAMENTO

En la atención sanitaria, la identificación correcta y oportuna de los pacientes hospitalizados ha sido una medida reconocida universalmente en la Prevención de Eventos Adversos, como los errores en la administración de medicamentos, errores de transfusión, procedimientos en la persona incorrecta y alta de recién nacidos que se entregan a las familias equivocadas. Esta práctica facilita la revisión de la identidad del paciente justo antes de efectuar la atención de una manera rápida y segura, incluso si el paciente no puede comunicarse con el personal de salud (por alteración de conciencia, edad, idioma).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la correcta identificación de los pacientes utilizando al menos dos datos de verificación individual y la verificación de la identidad antes de ejecutar la atención del paciente.

2. DESARROLLO

2.1 OBJETIVOS DEL PROTOCOLO:

a) General:

- Estandarizar el proceso de identificación del paciente en el Complejo Hospitalario San José de Maipo (CHSJM).

b) Específicos:

- Estandarizar un sistema de identificación del paciente en el CHSJM.
- Disminuir la incidencia de Eventos Adversos relacionados con los errores en la identificación del paciente.

2.2 RESPONSABLES

a) De la Ejecución

- **Servicio de Orientación Médico y Estadístico (SOME):** Área de recaudación-admisión ubicada en la Unidad de Urgencia, será la encargada de imprimir el brazalete en el momento del ingreso del paciente a Hospitalización en el CHSJM entregando 4 copias a disposición (en ficha clínica de paciente) para reposición.
- **Enfermera(o) y/o TENS de Servicio Urgencia:** Responsable de la instalación de brazalete de todo paciente que es derivado desde la red de salud o que es atendido en nuestro servicio de Urgencia.
- **Todo personal clínico a cargo del paciente:** Responsable de constatar la existencia de brazalete y de la verificación de los datos en el instrumento ya sea haciendo el reemplazo del instrumento o avisando la falta de él para su reposición.
- **Todo personal no clínico:** Dar aviso al área de enfermería de atención cerrada cuando se encuentre frente a la ausencia de éste en el paciente.
- **Enfermera (o) Clínica (o) y equipo a cargo:** Realizar el procedimiento de comprobación de la existencia de brazalete instalado y verificar los datos a diario registrándolo en Ficha Clínica única, supervisar el procedimiento de identificación cuando es realizado por el técnico paramédico, instalación de brazalete en el caso de reposición. Solicitar a través de correo electrónico los brazaletes termo imprimibles para completar stock en Ficha Clínica Única. La enfermera debe indicar reinstalación inmediata en otra extremidad si el brazalete debe ser retirado por edema, lesión, requerimiento de algún procedimiento u otro motivo. Si no se pueden instalar en extremidades, por ejemplo por quemaduras o edema, se instalará sobre los apósitos o vendas que cubren la zona.
- **La Unidad de Abastecimiento:** Asegurar un stock mínimo del insumo (brazalete) que permita llevar a cabo este protocolo.

b) De la aplicación:

- **Jefe de SOME:** Responsable de la supervisión del personal de Recaudación, para el cumplimiento del proceso.

- **Enfermeras Supervisoras y/o Enfermeras Jefes de Turno:** Responsables de supervisar la ejecución del procedimiento de identificación de pacientes realizado por EU Clínicas a través de "Pauta de evaluación de identificación de pacientes" de acuerdo a metodología¹.

c) Del monitoreo:

- **Enfermera Coordinadora:** Responsables de hacer que se cumpla este protocolo en la Institución.
- **Subdirección Médica del CHSJM:** Responsables de hacer que se cumpla este protocolo en la Institución.
- **Dirección del CHSJM:** Responsables de hacer que se cumpla este protocolo en la Institución.

2.3 CAMPOS DE APLICACIÓN

El protocolo se aplicará en todo paciente, sin excepción, con énfasis en pacientes con compromiso de conciencia, pediátricos y aquellos que no hablen el idioma español o que presenten alteraciones del lenguaje que se encuentren hospitalizados o en el servicio de Urgencias del CHSJM.

2.4 ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

2.4.1 GENERALIDADES.

a) Tipo de Identificación.

El CHSJM ha decidido que el sistema de identificación de pacientes a utilizar corresponde a un brazalete plástico con impresión térmica. Cuando éste no se encuentre en la ficha del paciente se podrá utilizar brazalete plástico de confección manual, de manera provisoria. La Enfermera a cargo del paciente enviará correo a SOME para informar que no se encuentran brazaletes con impresión térmica y esta unidad deberá dar respuesta en un máximo de 24 horas enviando los brazaletes correspondientes.

b) Datos a incluir en el brazalete.

Tipo de Paciente	Datos a incluir en brazalete
Adulto	Primer nombre Ambos apellidos N° de Cédula de identidad (RUT)
NN (*)	"NN" Sexo N° de DAU
Transexual	Nombre Social Nombre legal: Primer nombre - Ambos apellidos N° de Cédula de identidad (RUT)
Extranjero	Primer nombre Apellido (1 - Primero) N° de Identificación (país de origen) - Pasaporte

(*): Paciente sin identificación, (que no porta documentación y no tiene la capacidad de comunicarse), se registrará NN, sexo y N° de registro del Dato de Urgencia (DAU) asignado en el CHSJM, o bien con la identificación que traiga desde el Hospital

c) Obligatoriedad en el uso de brazalete.

Existe obligatoriedad en la identificación de todos los pacientes, sin excepción, incluyendo a pacientes con compromiso de conciencia, que se encuentren hospitalizados o en servicio de urgencia en el CHSJM.

2.4.2 PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

a) Identificar al paciente desde su ingreso al establecimiento.

Paciente cuando ingresa al establecimiento puede ser desde el Servicio de Urgencia o por una derivación desde la red de salud. En ambos casos el paciente debe realizar su ingreso administrativo en Recaudación-Admisión; ubicado en el Servicio de Urgencia.

El personal de Admisión realiza el ingreso administrativo y hace la impresión de 4 brazaletes, donde uno de ellos es instalado al paciente por el EU de Servicio de Urgencia.

b) Identificación del paciente durante su hospitalización.

Paciente luego de ser ingresado a área de hospitalizado, es obligación de todo personal que atiende a paciente la verificación diaria de los datos impresos en brazalete además de la legibilidad de éstos (consultando nombre y rut).

c) Solicitud de nuevo brazalete para identificación del paciente.

Si en la verificación diaria se observa la identificación del paciente ilegible, con datos incorrectos o con pérdida total o parcial de los datos, se debe indicar al técnico paramédico instalar brazalete que se encuentra disponible en ficha clínica. De no existir brazaletes en ficha clínica, la enfermera deberá solicitar vía correo a brazalete.chsjm@ssmso.cl, con nombre (primer nombre y dos apellidos) y rut de paciente, la reposición de los brazaletes faltantes.

d) Identificación del paciente al egreso hospitalario.

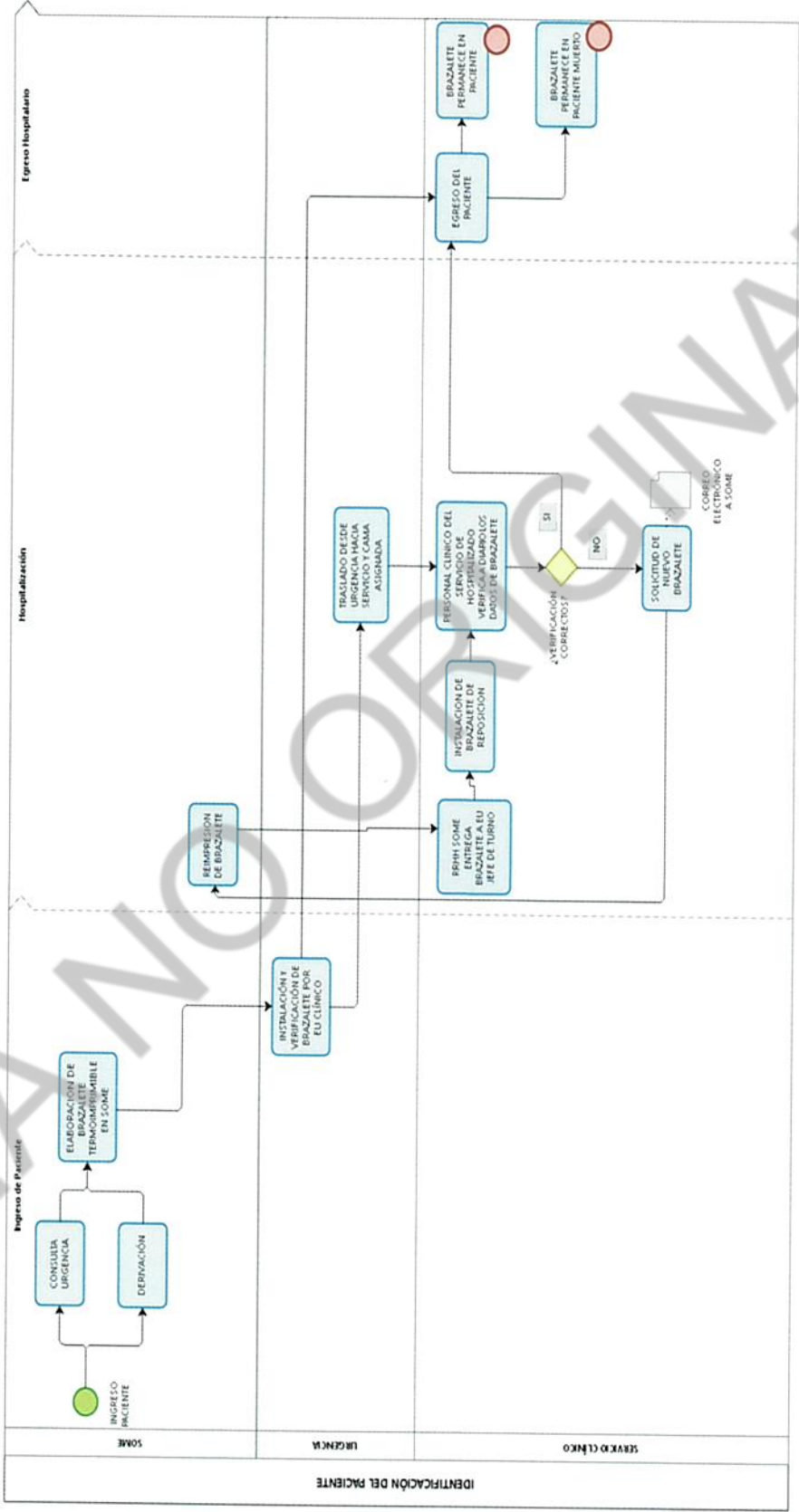
Luego del egreso administrativo del paciente, el equipo de enfermería prepara al paciente para su alta sin retirar el brazalete de identificación, indicando que sea retirado en su domicilio.

3. DEFINICIONES

- **CHSJM:** Complejo Hospitalario San José de Maipo.
- **Brazalete:** Pulsera de material plástico termo imprimible, en donde se señalan los datos establecidos por protocolo lo que asegura la identificación del paciente y la calidad y seguridad de la atención.
- **EU:** Enfermera Universitaria.
- **Datos básicos de Identidad:** Son los datos que por protocolo deben estar registrados en el brazalete y garantizan la correcta identificación del paciente.
- **Paciente o usuario con requerimiento obligatorio de brazalete:** Todo paciente que esté hospitalizado o en el servicio de urgencia en el CHSJM, con especial énfasis en aquellos pediátricos, con compromiso de conciencia, que no hable idioma español y/o con alteraciones de lenguaje.
- **Hospital Derivador:** otros centros de atención de mayor complejidad pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
- **Centro de Responsabilidad (CR):** Centro de Responsabilidad.
- **CRAA:** Centro de Responsabilidad de Atención Abierta.
- **CRAC:** Centro de Responsabilidad de Atención Cerrada.
- **SOME:** Servicio de Orientación Médica Estadística.

	CODIFICACIÓN: GCL 1.12		Vigencia: 5 AÑOS
	PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		Fecha Aprobación: FEBRERO 2023
	UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA		Fecha término Vigencia: FEBRERO 2028
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	VERSIÓN: 06	Pág: 15 Páginas.	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

4. DIAGRAMA DE FLUJO



5. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Resolución Exenta N° 000305 del 18 de Marzo del 2016 que establece "Protocolo GCL 1.12: Proceso de Identificación de paciente", Versión 05.
- Pauta de cotejo, Manual de Atención Cerrada. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile.
- Compendio de Circulares que instruyen a las entidades acreditadoras sobre la interpretación de las normas del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud, Intendencia de prestadores de Salud, Superintendencia de salud, Versión N°5, 26 de octubre de 2020.

6. REGISTROS

- Ficha clínica.
- Planilla de Identificación del Paciente.

7. DISTRIBUCION Y DIFUSION

- Dirección del CHSJM.
- Subdirección Médica del CHSJM.
- Subdirección Administrativa del CHSJM.
- Jefe de Centro de Responsabilidad de Atención Cerrada del CHSJM.
- Jefe de Centro de Responsabilidad de Unidades de Apoyo del CHSJM.
- Jefe de Servicio de Urgencia del CHSJM.
- EU Coordinadora del CHSJM.
- EU Supervisoras del CRAC del CHSJM.
- Unidad de SOME del CHSJM.
- Oficina de Calidad y Seguridad del paciente.
- Oficina de Partes del CHSJM.

8. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO

Código	Fecha Elaboración	Fecha Modificación	Breve Descripción
GCL 1.12 (Versión N°01)	Febrero 2012	Febrero 2017	Elaboración Protocolo de Identificación del paciente.
GCL 1.12 (Versión N°02)	Febrero 2012	Febrero 2017	- Actividades del procedimiento. - Se cambia pauta por planilla. - Se mejora redacción del punto 3 de ella. - Se ponen nuevos datos en el indicador en base a tabla estándar y se redacta la fórmula.
GCL 1.12 (Versión N°03)	Junio 2016	Junio 2021	cambio en el tipo de identificación institucional.
GCL 1.12 (Versión N°04)	Marzo 2018	Marzo 2023	Modificación de indicador.
GCL 1.12 (Versión N°05)	Marzo 2016	Marzo 2021	- Pacientes a evaluar. - Modificación del indicador. - Identificación de pacientes NN y otros.
GCL 1.12 (Versión N°06)	Febrero 2023	Febrero 2028	- Cambio de formato institucional. - Se modifican los objetivos del protocolo. - Se agrega nueva herramienta en casos de emergencia. - Se agrega a Enfermera(o) de Servicio de Urgencia como responsable de instalar brazalete en pacientes antes del traslado a servicio y cama asignada. - Se elimina el registro en libro de entrega de turno. - Se agrega registro de brazalete en evolución de Enfermería y

PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN EL CHSJM

			la verificación del brazalete según oportunidad de atención. • Se agrega proceso de solicitud de brazaletes. • Se elimina a paciente pediátrico. • Se complementa metodología de indicador. • Desarrollo de flujograma • Se cambia el nombre de Planilla de Identificación de pacientes por Pauta de evaluación de identificación de pacientes.
--	--	--	--

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1: PAUTA DE EVALUACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.



PAUTA DE EVALUACION DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

SERVICIO: _____ FECHA DE APLICACIÓN: _____

EVALUDOR(A): _____

RUT del Paciente						
PROCEDIMIENTOS	SI	NO	SI	NO	SI	NO
El paciente se encuentra con brazalete.						
Brazalete cuenta con registros mínimos establecidos.						
Los datos registrados en ficha clínica, concuerdan con el brazalete que el paciente lleva puesto.						

COMENTARIOS:

Tipo de Paciente	Datos a incluir en brazalete
Adulto	Nombre (1) Apellidos (2) N° de Cédula de identidad (RUT)
Niño	Nombre (1) Apellidos (2) N° de Cédula de identidad (RUT)
NN (*)	"NN" Sexo N° de DAU
Transexual	Nombre Social Nombre legal: Nombre (1) - Apellidos (2) N° de Cédula de identidad (RUT)
Extranjero	Nombre (1) Apellido (1 - Primero) N° de Identificación (país de origen) - Pasaporte

9.2 ANEXO 2: INDICADOR.

INDICADOR GCL 1.12	
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes hospitalizados identificados según protocolo.
DESCRIPCIÓN O JUSTIFICACIÓN	Una adecuada y oportuna identificación de paciente, minimiza el riesgo de ocurrencia de eventos adversos.
FÓRMULA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes hospitalizados identificados según protocolo en el periodo}}{\text{N}^\circ \text{ Total de pacientes hospitalizados en el periodo}} \times 100$
FUENTE DE INFORMACIÓN	Fuente Primaria: Brazaletes de identificación y Ficha Clínica. Fuente Secundaria: "Pautas de Supervisión de Identificación del Paciente".
PERIODICIDAD	Trimestral
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	Mayor o igual a 90%
METODOLOGÍA	Para el cálculo del tamaño muestral, se ocupará la cantidad de ingresos a hospitalización anuales del año anterior obtenido desde Ficha Clínica Electrónica (Desde Diciembre del año anterior, hasta el mes de Noviembre), el valor obtenido, se ingresará a la calculadora de tamaño muestral para indicadores de calidad sugerida por la SIS, donde el porcentaje esperado de cumplimiento sea un 90% y con un margen de error del 5% con un 95% de confianza. Este valor se dividirá por 4 para conocer el número de pautas trimestrales; que son los periodos a evaluar en el año (4 trimestres en un año), donde el resultado posteriormente debe dividirse en 3, para saber el

PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN EL CHSJM

	número de pautas a cursar de forma mensual. Para aleatorizar los días de aplicación de pautas en el mes, se aplicará programa de randomización https://www.randomizer.org/ En caso que el día randomizado coincida con un día feriado o en una situación de contingencia, se aplicarán las pautas el día hábil siguiente.
RESPONSABLES	Enfermera(o) Supervisor(a) y/o Enfermera(o) Referente de Calidad.
PUNTOS DE VERIFICACIÓN	Hospitalizados Médico – Quirúrgico Adulto.