



**HOSPITAL GENERAL HOSNAG**

**GUAYAQUIL**

**PROTOCOLO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
"IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE"**

**HOSNAG-DTE-CSP-PRT-2023-005**

**2023**

## CLÁUSULA DE EXTENSIÓN DE RESPONSABILIDAD

La información contenida en este documento es de propiedad exclusiva del **Hospital General HOSNAG de la Armada del Ecuador**, excepto que se indique lo contrario. Este documento no puede ser actualizado o cambiado parcialmente o en su totalidad, sin previo consentimiento escrito del Gerente del Hospital.

La información en este documento es provista únicamente para propósitos de consulta administrativa. La **Unidad de Gestión de Calidad** del Hospital General HOSNAG, tiene como responsabilidad de asesorar a la normalización y estandarización de los documentos del Hospital.

La información contenida en este documento está sujeta a cambios solicitados por el presidente del Comité de Seguridad del Paciente.

## PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

En caso de necesidad de actualizar el contenido de la información, el Presidente del Comité deberá solicitar por escrito al Director Técnico Asistencial y al Gerente del Hospital, la autorización para el cambio respectivo del documento, con la finalidad de que convoque a una reunión con los involucrados del documento, para analizar y decidir el o los cambios de la información, haciendo conocer la resolución a la Unidad de Gestión de Calidad para que proceda a verificar y aprobar los cambios respectivos solicitados.

## PROPIETARIO DEL DOCUMENTO

Los principales contactos para preguntas respecto a este documento son:

	Elabora	Revisa	Aprueba	Autoriza
<b>Nombre:</b>	LCDA-MG Daysi González MG-Jenny Mayorga	CPNV-OD Irene Chehab CPCB-MD Miguel Molina Idrovo	CPNV-CSM Sara Benitez Burgos	CPNV-EMS Mario Pabón Vallejo
<b>Cargo:</b>	Lcda. Enf. Analista de Calidad Coordinación de Enfermería	Presidente del Comité Jefe de la Gestión de Calidad	Director Técnico Asistencial	Gerente del Hospital Naval HOSNAG
<b>Reparto:</b>	HOSNAG	HOSNAG	HOSNAG	HOSNAG
<b>Teléfono:</b>	3900101 Ext. 1239	3900101 Ext. 1239	3900101 Ext. 1239	3900101 Ext. 1239
<b>Email:</b>	dagonzalezg@armada.mil.ec jmayorga@armada.mil.ec	ichehab@armada.mil.ec mmolina@armada.mil.ec	sbenitez@armada.mil.ec	mpabon@armada.mil.ec
<b>Firma:</b>	 Firmado electrónicamente por: <b>DAYSI MARIBEL GONZALEZ GUERRA</b> Lcda. Enf. Analista de Calidad  Firmado electrónicamente por: <b>JENNY MARI CELA MAYORGA LOPEZ</b> Coordinación de Enfermería	 Firmado electrónicamente por: <b>IRENE MARCELL CHEHAB ROUAIHEB</b> Presidente del Comité  Firmado electrónicamente por: <b>MIGUEL AURELIO MOLINA IDROVO</b> Est. Dir. de Calidad	 Firmado electrónicamente por: <b>SARA MARGARITA BENITEZ BURGOS</b> Director Técnico Asistencial	 Firmado electrónicamente por: <b>MARIO ENRIQUE PABON VALLEJOS</b> Gerente del HOSNAG

ARMADA DEL ECUADOR. "Protocolo de seguridad del paciente - Identificación del Paciente". Guayaquil: Dirección de Sanidad de la Armada, Hospital General HOSNAG; 2023, Disponible en: <https://hospitalnaval.armada.mil.ec/seguridad-hosnag>

## ÍNDICE GENERAL

<b>01. Presentación.</b>	8
<b>02. Introducción.</b>	1
<b>03. Antecedentes y justificación.</b>	2
<b>04. Objetivos.</b>	3
04.01 Objetivo General .....	3
04.02 Objetivo Específico .....	3
<b>05. Alcance.</b>	3
<b>07. Glosario de Términos.</b>	3
<b>09. Generalidades.</b>	4
<b>10. Datos de configuración mínima que llevará el brazalete.</b>	5
09.01 Paciente Generales.....	5
09.02 Recién Nacidos.....	5
<b>10. Normas a cumplir en la identificación del paciente.</b>	5
<b>11. Procedimiento.</b>	7
<b>12. Referencias.</b>	8
<b>13. Anexos</b>	8
13.01 Negativa de colocación del brazalete .....	8
13.02 Registro de paciente sin brazalete de identificación.....	9
13.03 Instructivo de evaluación de identificación del paciente. ....	10
13.04 Integrantes del Comité .....	11



## **01. Presentación.**

La OMS y la OPS ha establecido las directrices de apoyo a las gestiones en todas las Instituciones de salud, a nivel de todos los sectores busca intervenir y disminuir el impacto que tienen sobre la Seguridad del paciente, los errores e incidentes vinculados con la atención en salud, están muy entrelazados con el cumplimiento de las prácticas seguras en este caso presentamos el protocolo de Identificación del paciente.

Otro aspecto importante a considerar es la base de reflexión ética que tiene el desempeño vinculado a la atención de salud (**OMS, 2019**). El manual de Seguridad del paciente, detallas las practicas seguras entre ellas está la Identificación del paciente. LA correcta identificación de los pacientes permite una atención de calidad, y la falta de esta identificación puede ocasionar errores en los procesos administrativos y financieros. incrementando los riesgos que se podrían suceder en cadena; aumentando no solo los tiempos en la atención, sino situaciones que podrían convertirse en eventos centinelas graves no evitables. Es necesario rectificar o corregir cuando se detecta los errores de identificación, estos errores también trascienden en la liquidación cuando son dados de alta. Por tan razón se determinó como estrategia de identificación la colocación del brazalete de identificación para cada paciente, incluyendo en el mismo la información básica y necesaria útil para los profesionales de la salud para la toma de decisiones. Esperando que este protocolo cumpla con el rol fundamental como herramientas de trabajo de apoyo a esta práctica segura, así como material de consulta a los profesionales de la salud, y que norme el accionar profesional conociendo las responsabilidades que deben cumplir los servidores públicos, acorde a los perfiles de puestos asignados, y con el propósito de evitar las infracciones a las leyes y ética profesional, se resuelve autorizar y aprobar la ejecución del protocolo expuesto en este documento.

**Guayaquil, diciembre del 2023**

Mario Pabón Vallejo  
**Capitán de Navío– EMS**  
**GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL HOSNAG**



## **02. Introducción.**

Este documento ha sido actualizado según las directrices de los organismos nacionales e internacionales de control, como son el Ministerio de Salud pública, Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, Con el fin de ser un instrumento de apoyo al desempeño profesional de todos los miembros del Equipo de Salud para la Seguridad de todos los pacientes y la Calidad de la atención. El cual incluye puntos específicos de responsabilidad y aplicabilidad para la ejecución del procedimiento según las directrices y señalamiento establecidas en el documento. Vale la pena resaltar que a través del tiempo en el desarrollo de las practicas asistenciales, dentro del deber ser de los profesionales, por múltiples factores se suscitan errores, incidentes y eventos adversos que podrían convertirse en eventos centinelas, que si no se previenen repercuten en el paciente. A lo largo de esta ultima década, las instituciones de salud, trabajan en mejorar sus procedimientos, sus decisiones al momento de ejecutar accionar que se encuentran direccionados con estándares de calidad y seguridad de atención, entre estas tenemos esta practica Administrativa vinculada a procesos asistenciales. El manual de seguridad del paciente Usuario (usuario, 2016) es uno de los pilares fundamentales que soporta bases para su proceder y guías de apoyo rápido y normatizado con el acuerdo Ministerial 0000115 por el Ministerio de Salud del Ecuador. (MSP, 2016)

## **03. Antecedentes y justificación.**

Actualmente según datos proporcionados por la Organización mundial de la salud, se sabe que en tema de seguridad los errores en relación a la atención en salud se mantienen; y están muy entrelazados unos con otros; así se cita, por ejemplo, los errores en la administración de medicamentos que ocurren por una falla o errónea identificación de los pacientes. Cada una de las estrategias que se implemente y se cumplan en las instituciones de salud será contribución directa a disminuir el costo que se genera con los daños que ocurren en los pacientes y destacar a su vez el impacto en la seguridad de los pacientes.

Las acciones inseguras que frecuentemente se asocian con la identificación muchas veces no adecuada del paciente, se dan al ingreso o llegada del paciente, en los procesos de seguimientos se pueden evidenciar problemas visibles de datos erróneos o incompletos, seguir incurriendo en



registrar datos que no son datos personales del paciente como por ejemplo: el número de habitación, la enfermedad del paciente o su diagnóstico entre los más frecuentes, la ausencia del brazalete o no llevar el adecuado proceso de identificación. Otra situación muy observada es la incorrecta verificación de los datos del paciente, la no verificación de los datos del paciente, en el momento de realización de procedimientos y tratamientos. El traslado y movilización de pacientes sin brazaletes. Situaciones que se relacionarían más con inexistencias de estándares de identificación correcta por parte del personal de profesionales (equipo de salud) que brinda atención asistencial.

## **04. Objetivos.**

### **04.01 Objetivo General**

Establecer y estandarizar un procedimiento para la identificación de pacientes hospitalizados que sirva como herramienta y estrategia para garantizar la seguridad del paciente en todos los procedimientos de salud.

### **04.02 Objetivo Específico**

- Reducir los eventos adversos generados por la incorrecta identificación del paciente durante su hospitalización.
- Implementar buenas prácticas que fomenten una cultura de seguridad que asegure prevención de errores en la identificación del paciente.
- Identificar al cliente interno por su nombre para fomentar la relación paciente /personal de salud.

## **05. Alcance.**

Médicos, Licenciados en Enfermería, Auxiliares en Enfermería, Tecnólogos Médicos, Internos/Estudiantes, Servicios Varios, Admisionistas, Familiares, Pacientes y toda persona que manipule al paciente y su entorno.

## **06. RESPONSABLES:**

### **06.01 Personal de Admisión**

### **06.02 Personal de Enfermería**

## **07. Glosario de Términos.**



**Brazalete.** - Es un dispositivo que se coloca en la muñeca o tobillo del paciente para verificar su identidad en una forma inequívoca, precisa y clara del propio paciente durante la hospitalización; confirmando con el familiar que la información sea correcta.

**Fallos del sistema.** - defecto, interrupción o disfunción de los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de una institución.

**Fallas Activas.** - Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. Son acciones Inseguras.

**Cuasi evento.** – Error por comisión u omisión que podría haber causado daño al paciente, pero que no produjo un daño grave gracias a la casualidad, a la prevención o a la atenuación

**Evento adverso.** – Evento que causa un daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o por el trastorno de fondo del paciente.

## **08. Material.**

### **08.01 Impresora de pulseras**

### **08.02 Brazalete de identificación con las siguientes características:**

- Fabricadas en polipropileno, antialérgico (libre de látex) e inocua para el paciente.
- Resistente a la tensión y ruptura en cualquier dirección.
- Los brazaletes deben tener agujeros de sujeción que ante la colocación del broche de seguridad permita ser adaptadas al tamaño del paciente.
- Resistentes al calor y a la humedad.
- Brazaletes se deberán rotular con tinta indeleble o impresión de tinta indeleble; resistente a la abrasión y al agua.
- Flexibles y cómodas, sin bordes cortantes.
- Cierre seguro, que cuente con seguridad no manipulable.
- Imposibilidad de reutilización tras la rotura del cierre de seguridad.
- El diseño de la manilla debe ser de tal manera que sea visible para las personas que la revisan y cómoda para el paciente.

## **09. Generalidades.**

Un primer paso en la correcta identificación del paciente/usuario es la utilización de un brazalete que permita en todo momento conocer su filiación. **Se establece obligatoriedad de su uso en los siguientes casos:**

- Hospitalización
- Observación,



Protocolo de seguridad del paciente  
Identificación del paciente

- Emergencia,
- Maternidad de corta estancia (madres y recién nacidos),
- Ambulatorios en los cuales se realizarán procedimientos, diagnósticos y/o terapéuticos invasivos con compromiso de consciencia y transferencias, referencias
- Derivaciones en vehículos de transporte sanitario. Únicamente en estos casos, se realizará la colocación del brazalete de identificación.

## **10. Datos de configuración mínima que llevará el brazalete.**

### **09.01 Paciente Generales**

- No. De cédula de ciudadanía
- Dos nombres y dos apellidos (si los tiene)
- Fecha de ingreso, día/mes/año.

Si no es posible conocer la identidad del paciente atendido por el servicio de emergencias, se escribirá en el brazalete de identificación como nombres, apellidos "NN" (No Nombre), sexo, fecha, hora de ingreso y número de atención (registro 008 -Historia Clínica), hasta obtener su identidad.

### **09.02 Recién Nacidos**

- Nombres y apellidos de la madre.
- Fecha de nacimiento, hora del nacimiento, sexo.
- A todo/a recién nacido/a con referencia, transferencia o derivación de otro establecimiento de salud, se colocará el brazalete de identificación con la información descrita en el punto anterior.
- En caso de el/la recién nacido/a abandonado/a, deben consignarse los siguientes datos:
  - Nombre: "RN NN"
  - Fecha y hora de ingreso por Emergencia y Sexo

## **10. Normas a cumplir en la identificación del paciente.**

- Todo/a recién nacido/a será identificado/a con la colocación del brazalete de preferencia en el pie, luego de aplicar los cuidados inmediatos del recién nacido (sala de partos o quirófanos).



Protocolo de seguridad del paciente  
Identificación del paciente

- Si se trata de un/a mortinato/a, el brazalete de identificación contará con los mismos datos de un recién nacido/a vivo/a.
- Durante su estancia en el establecimiento de salud se informará a la madre que, por ningún motivo, entregue al recién nacido a personas que no se encuentren identificadas como funcionarios/as del establecimiento de salud.
- Se solicitará a la madre verificar siempre q el/la recién nacido (a) porte su brazalete de identificación y q los datos sean correspondientes.
- Se entregará el/la recién nacido/a, a la madre, padre o representante legal, quién registrará su firma en la historia clínica indicando su conformidad conjuntamente con la persona responsable de su entrega.
- Al alta se realizará verificación cruzada, comparando los datos de la información del brazalete de identificación de el/la recién nacido/a, con la información de su tarjeta de identificación y con el brazalete de su madre.
- El personal de seguridad del establecimiento de salud procederá con la verificación cruzada señalada, antes que la madre y/o familiar abandone el establecimiento según proceda el caso del paciente.
- El brazalete de identificación se colocará en la muñeca del paciente adulto, si no es posible se lo hará en el tobillo.
- En aquellos pacientes en los que no sea posible la colocación del brazalete en ninguna de las extremidades, se colocará una identificación en alguna parte del cuerpo y que sea visible.
- Se verificará con el paciente, familiar, representante legal o cuidador que la información registrada en el brazalete sea la correcta.
- El brazalete de identificación será retirado en el domicilio.
- En caso de fallecimiento del mismo deberá permanecer con el brazalete de identificación hasta que se ejecuten los trámites legales.
- La colocación del brazalete se realizará dentro de los primeros 30 minutos posteriores al ingreso y se registrará en la historia clínica.
- En los servicios de emergencia o en situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, tiene prioridad los cuidados antes que la identificación del paciente. En cuanto sea posible se identificará correctamente al paciente.

El personal del equipo de salud antes de realizar cualquier procedimiento al paciente deberá verificar correctamente revisando el brazalete previo: **(personal de enfermería deberá hacerlo)**

- Toma de sangre para exámenes de laboratorio.



Protocolo de seguridad del paciente  
Identificación del paciente

- Medición de signos vitales
- Administración de cualquier medicamento.
- Administración de transfusiones o hemoderivados.
- Realización de procedimientos invasivos
- Antes de trasladar o recibir un paciente de otra unidad.
- Al enviar y recibir un paciente.
- Previa intervención quirúrgica
- Realización de Interconsulta
- Identificación de la gestante y su recién nacido
- Confirmación de fallecimiento

Si por cualquier razón personal el paciente o su familiar no desea que se le coloque el brazalete, se deberá llenar el Formato de Negativa de colocación de Brazalete de Identificación y adjuntarlo a la Historia Clínica.

## **11. Procedimiento.**

- En el caso que el ingreso sea por consulta externa el personal que realice el proceso de admisión del paciente, será responsable del llenado de los datos y la colocación del brazalete de identificación con los datos mencionados
- Si el ingreso es por el servicio de emergencia el brazalete será llenado por el personal que realice la admisión y entregado al familiar, y este a su vez entregará al personal de enfermería para su colocación de acuerdo al protocolo.
- En el Recién Nacido al confirmar su nacimiento se aplicará el mismo procedimiento anterior
- El personal de enfermería en conjunto con el familiar o paciente realizara la verificación de los datos para seguridad del paciente.
- Se debe colocar una Tarjeta de identificación con los datos en la cabecera de la cama (nombres completos número de cedula e Historia Clínica).

### **La sustitución del brazalete de identificación se realizará en los siguientes casos:**

- Cada vez que haya daño del brazalete de identificación (ruptura, datos borrosos, etc.).
- Si la piel presenta erosión, lesión, alergia, etc. Si hay la necesidad de acceso vascular, se requiere una toma de examen o proceso de diferente tipo (se considerará cambiar de localización del brazalete de identificación).
- Si es necesario contención física del paciente.

	<b>ARMADA DEL ECUADOR HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0 HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-005</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Identificación del paciente	

**El personal de enfermería de cuidado directo será el encargado de la vigilancia del brazalete de identificación y la sustitución del mismo.**

## 12. Referencias.

Manual de Seguridad del paciente.  
(Ministerio de Salud Pública, 2016)  
(OMS, 2019)

## 13. Anexos

### 13.01 Negativa de colocación del brazalete

	<b>NEGATIVA DE COLOCACIÓN DE BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN</b>			
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>				
NOMBRE:			HISTORIA CLÍNICA:	
APELLIDOS:			HORA	
FECHA:				
ISSFA	MSP	ISSPOL	IESS	OTROS
<b>NEGATIVA EN LA COLOCACION DE BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN</b>				
DECLARO LA PROHIBICIÓN DE LA COLOCACION DEL BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN QUE ES OTORGADA POR ESTA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA BAJO MI RESPONSABILIDAD DEBIDAMENTE CERTIFICADA Y, EXONERO AL PROFESIONAL DE SALUD Y AL PERSONAL ADMINISTRATIVO POR LOS RIESGOS DE SALUD QUE SE ME HAN ADVERTIDO CLARAMENTE.				
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	N° CÉDULA	FIRMA
NOMBRE DE TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	N° CÉDULA	FIRMA
NOMBRE PERSONAL ENCARGADO	PARENTESCO	TELÉFONO	N° CÉDULA	FIRMA



	<b>ARMADA DEL ECUADOR</b> <b>HOSPITAL GENERAL HOSNAG</b>	<b>CÓDIGO: Ver. 2.0</b> <b>HOSNAG-DTE-CSP-PTR-2023-005</b>
	Protocolo de seguridad del paciente Identificación del paciente	

**13.03 Instructivo de evaluación de identificación del paciente.**

	<h1>ARMADA DEL ECUADOR</h1>																																
	<h2>INSTRUCTIVO DE EVALUACIÓN IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE</h2>																																
<b>AREA:</b>																																	
<b>FECHA:</b>																																	
<b>INSTRUCTIVO :</b>																																	
1. Realice la medición diariamente, hasta completar la muestra de 30 observaciones																																	
2. En el casillero correspondiente del instrumento , en sentido vertical registre el número de historia Clínica del paciente observado																																	
3. A través de la observación verifique si esta colocado el brazalate de identificación y si cumple con lo indicado en la norma																																	
4. Coloque signo positivo si cumple, signo negativo si no lo cumple																																	
5. Sume todos los positivos , divida para el total de la muestra y multiplique por 100																																	
<b>CUMPLIMIENTO DE LA NORMA</b>																																	
verificación de pacientes	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	T	%	
nombre y apellido o Numero de Historia Clínica																																	
Cumple con la norma																																	
Total de cumplimiento																																	
<b>RESPONSABLE:</b>	Supervisores de cada servicio del Hospital General HOSNAG																																
<b>SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO</b>	Coordinación de Enfermería , Unidad de Calidad , Comité de seguridad del Paciente																				<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <b>FIRMA DE RESPONSABLE</b>												



Protocolo de seguridad del paciente  
Identificación del paciente

**13.04 Integrantes del Comité**

NOMBRE	CARGO	FIRMA
CPNV-CSM SARA BENITEZ BURGOS	Presidente	 SARA MARGARET BENITEZ BURGOS Director Técnico Asistencial
CPNV-CSM IRENE CHEHAB	COORDINADORA/PRESIDE EN AUSENCIA DE DTA	 IRENE MARCELL CHEHAB RODRIGUEZ Presidenta del Comité
CPFG-MD MONICA ROMERO RODRIGUEZ	Subdirector de Especialidades Clínicas Quirúrgicas	 MONICA ELIZABETH ROMERO RODRIGUEZ
CPFG-MD SONIA SALAS GRIJALVA	Subdirector de Docencia e Investigación	 SONIA TATIANA SALAS GRIJALVA
CPFG-MD MIGUEL CALVACHE ANTONEDA	Subdirector de Diagnóstico y Terapéutico	 MIGUEL ALDEMAR CALVACHE ONTANEDA
SUBS-SN LOURDES ALVARADO PARRA	Subdirectora de Servicios de Enfermería	 LOURDES ALVARADO PARRA
CPCB-MD MIGUEL MOLINA IDROVO	Jefe de la Unidad Gestión de Calidad	 MIGUEL RUBELIO MOLINA IDROVO Jefe de Gestión de Calidad
CPCB-MD EDGAR GUALOTO RAMOS	REPRESENTANTE DE LABORATORIO Y/O IMAGENES	 EDGAR FABIAN GUALOTO RAMOS
CPCB-IG JOHNY VILLACRESES GUERRERO	Jefe de Mantenimiento de Equipos	 JOHNY RAMON VILLACRESES GUERRERO
CPCB-OD CRISTINA MADURO	Comunicación social	 CRISTINA ELISA MADURO YAGUAL
SERPUB QUIM-FARM CRISTINA DAMIAN	Secretario Técnico	 CRISTINA ALEXANDRA DAMIAN CABADIANA
SERPUB-DR. Mario Paredes	Epidemiólogo vigilancia hospitalaria	 MARIO ALBERTO PAREDES CRUZ

