

Procedimiento operativo estandarizado de
IDENTIFICACION DE PACIENTES

POE – HURS 011 – V3

Fecha entrada en vigor v3: 25/06/2018

FECHA	REALIZADO: 16/05/2018	REVISADO: 25/05/2018	APROBADO: 25/06/2018
NOMBRE	M ^a José Ferrer Higuera Agustina Jiménez Castilla Gloria Leal Reyes Pilar López Carreto M ^a Dolores Ordóñez Díaz Inmaculada Pérez Lorente Alberto Rodríguez Benot M ^a Dolores Torres Jiménez M ^a Ángeles Turrado Muñoz	Pilar Pedraza Mora José Rumbao Aguirre	Valle García Sánchez
CARGO	Página 13	Directora de Enfermería Director Médico	Directora Gerente
FIRMA	Página 13		
Responsables de revisión M ^a Dolores Ordóñez Díaz			Fecha de revisión 2021
Lugar de archivo UNIDAD DE CALIDAD			Responsable custodia M ^a José Berenguer García

JUSTIFICACIÓN

La seguridad de los pacientes constituye una prioridad en la gestión de calidad de cualquier servicio sanitario. Todo paciente tiene derecho a una atención eficaz y segura.

A pesar de que rara vez se viola intencionadamente el precepto hipocrático que dicta “sobre todo, no hacer daño”, la realidad es que los pacientes sufren daños durante la atención sanitaria, todos los días y en todos los sistemas sanitarios del mundo. Debemos, pues, reconocer esta realidad, rechazar la noción de que estos daños son todos inevitables y tomar medidas para subsanar los problemas que contribuyen a la inseguridad de la atención sanitaria.

En el año 2007 “La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanza “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” y entre ellas y en segundo lugar hace referencia a la IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES.

Los problemas relacionados con la identificación de pacientes en las instituciones sanitarias, se asocian con la ocurrencia de eventos adversos en los pacientes atendidos, y pueden derivar en diagnósticos erróneos, en la realización de pruebas o intervenciones quirúrgicas a pacientes equivocados, a errores de medicación, errores de transfusión, errores de pruebas y procedimientos en la persona incorrecta...,etc.

Por ello es necesario garantizar la identificación inequívoca a todos los pacientes en todos los ámbitos de la atención sanitaria y en cada ocasión en que acuda a recibir tratamiento y cuidados: urgencias, hospitalización, área quirúrgica, consultas externas, áreas diagnósticas, hospitales de día..., etc.

Las medidas sugeridas por la OMS, y que han de ser tenidas en cuenta por todos sus estados miembros se centran, entre otros aspectos, en el reconocimiento de los pacientes mediante el uso de varios identificadores y el uso de pulseras identificativas, de tal forma que permitan identificar al paciente, como la persona a la que van dirigidos los cuidados, un tratamiento, o una determinada prestación.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía dentro de las Líneas Estratégicas de Seguridad del Paciente (2007) establece:

“Sistemas de identificación en Atención Hospitalaria. Todo paciente ingresado o atendido en servicios de cuidados críticos de urgencias, debe estar unívocamente identificado (**brazalete identificativo con, al menos, dos códigos de identificación diferentes**) de forma que nos permita conocer en todo momento datos de filiación y de usuario del sistema. Asegurar que antes de realizar pruebas diagnósticas o administrar medicamentos o componentes sanguíneos a un paciente, se dispone de alguna de estas formas de identificación.”

En la Estrategia para la SEGURIDAD DEL PACIENTE en el SSPA 2011-2014 se recoge:

“En todos los contactos de la ciudadanía con el SSPA se garantizará la identificación y la verificación inequívoca de la persona.”

En la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, 2015-2020, aparece:

“Objetivo general 2.5: Promover la identificación inequívoca del paciente.
Se debe garantizar la identificación inequívoca de todos los pacientes mediante métodos apropiados que permitan confirmar la identidad del paciente.

En los ámbitos dónde la identificación del paciente se realiza verbal o documentalmente deben identificarse los datos definidos como inequívocos y que garanticen una identificación segura.

1. OBJETO

Objetivo general

Describir las actuaciones a llevar a cabo por los profesionales del hospital para la identificación inequívoca de los pacientes, con la finalidad de evitar los eventos adversos que pueden producirse por errores en la identificación.

2. ALCANCE

La aplicación del procedimiento de identificación del paciente es responsabilidad de los profesionales sanitarios y no sanitarios del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (HURS) que mantengan contacto directo con el paciente a lo largo de la asistencia sanitaria.

El profesional sanitario 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.

Si tiene dudas con la interpretación de esta versión o quiere hacer alguna mejora u observación, puede dirigirse a M^a Dolores Ordóñez Díaz, Facultativo Especialista de Área de NEONATOLOGÍA en el teléfono: 957 010 367 (corporativo: 510 367) y correo electrónico mariad.ordonez.sspa@juntadeandalucia.es

3. EQUIPAMIENTO NECESARIO

- Pulseras identificativas.
- Impresoras para pulseras identificativas.
- Ordenador.
- Lector de tarjeta sanitaria.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1. DEFINICIONES

La identificación del paciente es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

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

Para una adecuada identificación mediante pulsera identificativa esta constará de los siguientes datos:

- Nombre y apellidos del paciente.
- Fecha de nacimiento
- Código de barras.
- Nº historia clínica.
- Nº único de Historia de Salud de Andalucía (NUSHA).
- DNI

Procedimiento invasivo: Es una actuación diagnóstica o terapéutica que se realiza sobre el paciente, que entraña unos riesgos asociados y que para realizarlo se precisa habitualmente consentimiento informado.

Verificación Verbal: Proceso mediante el cual el profesional sanitario comprueba la identidad del paciente preguntando: nombre apellidos y fecha de nacimiento.

4.2. CRITERIOS OBLIGATORIOS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que mantengan contacto con el paciente deben comprobar su identificación.

La validación de los datos identificativos del paciente se repetirá verbalmente, si es posible, **en todos los contactos de la atención sanitaria.**

La identificación documental se realizará en cada contacto con el profesional que corresponda (administrativo o sanitario), la primera vez se comprobarán y/o actualizarán los datos y en contactos sucesivos se realizará una comprobación de los mismos.

4.3. IDENTIFICACIÓN ADMINISTRATIVA DE PACIENTES

Se realizará según los criterios del procedimiento de “ACCESO A DAH – IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES” disponible en el Servicio de Admisión y se aplicará en todos los casos que requieran identificación de un usuario:

1. Insertar un usuario identificado (en BDU y en local).

Para poder insertar un usuario en el sistema, el operador debe estar logado en el sistema.

Dado que no tiene sentido, ni se permite, dar un alta en el sistema un usuario existente, previamente a la inserción es conveniente **realizar una búsqueda para garantizar que el usuario no se encuentra ya registrado en el sistema.**

2. Localizar (buscar) a un usuario.

El circuito propuesto continúa con la búsqueda o localización de un usuario en el sistema. La búsqueda de un usuario consta de varios pasos:

- El operador introduce los parámetros de búsqueda. Se puede utilizar cualquiera de los siguientes:
 - Criterio de búsqueda Identificador.
 - Criterio de búsqueda Apellidos / Nombre / Año Nacimiento.
 - NHC (número de historia clínica).
 - Lectura de tarjeta sanitaria.
- El sistema busca al usuario según los argumentos de búsqueda en el sistema local.
- En caso de no encontrarse, el sistema automáticamente realiza la búsqueda en BDU.
- Si se realiza una búsqueda manual en BDU utilizando el botón “Buscar en BDU”, el sistema lo marcará con un asterisco “*”, diferenciando así dicho usuario de la búsqueda anteriormente realizada.

Cuando existen resultados, el sistema muestra una lista de resultados y por cada usuario se visualiza:

- Botón para la consulta de los datos administrativos.
- Apellidos y Nombre.
- NHC, si es que ya existe historia clínica en la base de datos local.
- Documento (NUSS, NHUSA, DNI, Tarj. Residen. Comunit, Documentos Varios, N. Ident. Extranjero).
- NHUSA.
- NUSS.
- Fecha nacimiento.
- Estado: En base al estado (en BDU), los usuarios se distinguirán en tres grupos identificados por colores distintos: usuarios vigentes, pasivo por fallecimiento y pasivo por cualquier motivo excepto fallecimiento.

El sistema presenta ordenado el listado con los usuarios. Por defecto se muestran ordenados por apellidos y nombre en orden ascendente, aunque es posible ordenarlos por cualquiera de los diferentes campos resultados.

Una vez localizado al usuario, en caso de haber varios se ha de seleccionar el que se desee para realizar el siguiente paso del circuito, en este caso consultar los datos administrativos.

3. Consultar datos administrativos de usuario.

La consulta de datos administrativos tiene lugar al aparecer en pantalla con todos los datos del paciente, incluido algunos de los asignados automáticamente por BDU que no son modificables desde Atención Hospitalaria (datos de adscripción y de aseguramiento), y es VITAL **realizar la comprobación de que los datos corresponden al paciente atendido.**

4. Actualización de los datos administrativos de un usuario (en local y/o en BDU).

Como en los apartados anteriores, es MUY IMPORTANTE **realizar una correcta identificación paciente.**

4.4 PACIENTES A LOS QUE APLICA IDENTIFICACIÓN MEDIANTE PULSERA

- Pacientes atendidos en los servicios de Urgencias: Todos los pacientes deberán estar identificados, independientemente de su edad o el tipo de patología que presenten.
- Pacientes ingresados y/o a los que se les va a realizar alguna prueba diagnóstica y/o terapéutica: La identificación mediante la pulsera identificativa será obligatoria para todos aquellos enfermos ingresados en unidades de hospitalización convencionales o especiales: intensivos pediátricos o de adultos, reanimación; en aquellas unidades en las que se va a realizar alguna prueba diagnóstica y/o terapéutica: unidad de tratamiento ambulatorio (UTA), diálisis, pruebas funcionales, hospital de día, Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).
- Hospitalización materno-infantil: Por las especiales circunstancias que confluyen en estas situaciones, la pulsera identificativa de la gestante y del paciente pediátrico que ingresan, así como las usadas en el proceso de identificación de la Madre-Recién nacido durante el parto, se complementarán según los procedimientos de identificación específicos (Ver **POE – HURS - 011 – HMI- V1** y **POE – HURS - 011 – MRN- V1 para la Identificación Materno Infantil y para la Identificación Madre-RN** respectivamente).

Procedimiento

1. La correcta identificación de los pacientes será llevada a cabo por los profesionales del Servicio de Admisión (PROGRAMADA O DE URGENCIAS) teniendo en cuenta el Procedimiento Operativo Estandarizado (POE) para la Identificación y Registro de Pacientes que actualmente se encuentra vigente en este Hospital.

2. Una vez identificado el paciente correctamente, se realizará el proceso administrativo del ingreso y la impresión de la pulsera identificativa.
3. Las impresoras estarán ubicadas en los servicios de Admisión, en conexión con el sistema de información del centro, con el que serán compatibles.
4. La responsabilidad de colocación de la pulsera será del profesional de enfermería de la unidad que primero reciba al enfermo (urgencias, hospitalización, etc), quien además cotejará los datos de filiación reflejados en la hoja de ingreso con los de la pulsera identificativa, cerciorándose de los mismos a través del propio paciente, familiar o tutor.
5. Sí el paciente, llega a la planta o servicio con el brazalete identificativo colocado, el personal de enfermería comprobará nuevamente los datos de la misma forma, para asegurarse bien de que la identificación es correcta.
6. El brazalete se colocará preferentemente en la muñeca, derecha o izquierda y, en el caso de que pueda interferir con los cuidados, en el tobillo. Sí un procedimiento requiere su retirada, se cortará la pulsera identificativa y se reemplazará (ver punto 11 de este apartado), a la mayor brevedad posible, solicitando al Servicio de Admisión una pulsera nueva que se colocará en otra zona del paciente que no interfiera con sus cuidados. Este procedimiento será realizado por el personal de enfermería responsable del paciente.
7. El paciente y familia serán convenientemente informados del uso y finalidad de esta medida de seguridad, solicitando su participación activa.
8. Una vez comprobados los datos se registrará en la historia clínica del paciente como PACIENTE IDENTIFICADO.
9. Se procederá de manera sistemática a la identificación del paciente antes los siguientes procedimientos de riesgo, aún cuando ésta tenga lugar en la misma unidad:
 - Extracción de una muestra biológica para analítica en pacientes ingresados. Para pacientes ambulatorios se aplicarán los criterios de verificación verbal.
 - Administración de un medicamento o hemoderivados.
 - Realización de un procedimiento invasivo.
 - Realización de intervención quirúrgica.
 - Confirmación de un éxitus.
 - Transferencia de un paciente tanto en circuito interno como externo.
 - Verificación de madre en proceso perinatal. Este proceso será realizado según “el procedimiento de aplicación del sistema de identificación del recién nacido establecido ya en los Hospitales en el SSPA para la verificación madre-hijo”.

No deberá realizarse ninguno de estos procedimientos a ningún paciente que no tenga un brazalete identificativo.

10. La identificación del paciente se comprobará mediante, al menos, dos identificadores inequívocos del paciente, que deberán estar directamente asociados con la persona y no con su ubicación o situación clínica. Estos identificadores son:

- Nombre y apellidos.
- Fecha de nacimiento.

11. PROCEDIMIENTO DE RETIRADA: lo realizará la auxiliar de enfermería y/o enfermera responsable del paciente con un instrumento romo en el momento del alta del paciente.

Una vez retiradas, las pulseras serán depositadas en los contenedores específicos para documentación confidencial dispuestos por todo el Hospital para su posterior destrucción.

Dichos contenedores son los definidos para este fin en todo el Hospital, con la excepción de Urgencias dónde, debido al alto número de pulseras a destruir, existen tres contenedores específicos dónde depositar las pulseras para destruir.

12. PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN EN QUIRÓFANO: Cuando el paciente llegue al quirófano, se comprobará su identidad mirando su pulsera de identificación según se ha detallado en puntos anteriores.

La retirada de la pulsera identificativa en quirófano debe de ser excepcional. Si es imprescindible su retirada, será destruida según se especifica en este procedimiento (punto 11), y debe procederse a colocar una nueva en otra zona visible, y lo antes posible durante el procedimiento. Para ello se colocará la pulsera duplicada que por defecto va incluida en carpeta con la documentación e historia clínica del paciente quirúrgico. En caso de que no haya pulsera de repuesto, se solicitará una nueva pulsera al servicio de Admisión a través del celador de quirófano.

13. PLAN DE CONTINGENCIA: En caso de caída de los sistemas operativos, tanto HIS como DIRAYA, las pulseras se rellenarán a mano al menos con los datos conocidos del paciente dejando un registro manual de las que se han colocado para que después puedan ser remplazadas por las habituales.

Situaciones especiales.

- Paciente atendido por el servicio de urgencias que no aporta documentación o presenta deterioro de la consciencia y es imposible conocer su identidad: el Servicio de Admisión realizará la identificación según Normativa Interna según el procedimiento "*ACCESO DAH – IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES*", y que puede ser consultado en dicho Servicio. En la página 25 de dicho procedimiento aparece lo siguiente:

1.3.1 **Identificación de personas desconocidas:**

- *En caso de usuarios totalmente desconocidos utilizar la opción “nuevo desconocido”: el programa automáticamente mecanizara: (DIRAYA URGENCIAS)*
 - *apellido 1: mes actual*
 - *apellido 2: fecha en formato **aaaammdd hh:mm:ss***
 - *nombre: desconocido*
 - *sexo: desconocido*

Los datos creados mediante esta función se podrán completar o rectificar por los del paciente posteriormente.

- Si se trata de varias personas en estado crítico, el personal que lo traslada es el responsable de que queden todos identificados a la entrada del centro sanitario.
- En caso de que el paciente rechace llevar la pulsera identificativa, este debe de ser informado de los riesgos en presencia de un testigo de la unidad, y reflejarlo en la evolución de enfermería.
- Si el paciente presentara alergia a la pulsera, este hecho quedará reflejado en la historia del paciente.
- La identificación inequívoca de pacientes durante el desarrollo de procedimientos específicos asociados al empleo de medicamentos de alto riesgo o hemoderivados se realizará siguiendo los criterios especificados en los procedimientos específicos.

4.5. PACIENTES A LOS QUE APLICA IDENTIFICACIÓN VERBAL

- Pacientes que van a ser sometidos a cirugía mayor o menor ambulatoria.
- Pacientes ingresados en hospitales de día, hematológicos, oncológicos.
- Pacientes atendidos en las unidades de hemodiálisis.
- Pacientes a los que se va a realizar extracciones.
- Pacientes atendidos en Consultas Externas y Área Diagnóstica.

Procedimiento

Se deben de utilizar por lo menos dos identificadores inequívocos del paciente en la identificación verbal:

- Nombre y apellidos
- Fecha de nacimiento

Antes de la realización de estudios y pruebas diagnosticas, se verifica la correspondencia entre la solicitud de la prueba y la identidad inequívoca del paciente.

4.6. EVALUACIÓN

Indicador 1: Identificación mediante pulsera en las unidades/servicios del área de hospitalización.

Tipo de indicador: Cuantitativo.

Enunciado: Porcentaje de pacientes en hospitalización correctamente identificados mediante pulsera identificativa.

Descripción: N° de pacientes en hospitalización y correctamente identificados mediante pulsera identificativa $\times 100$ / Total de pacientes en hospitalización.

Estándar: 100%.

Responsable: Responsable de la Unidad/servicio.

Fuente: Consumo de pulsera; auditoría externa.

Metodología: Auditoría externa trimestral

Indicador 2: Identificación mediante pulsera en el área de urgencias.

Tipo de indicador: Cuantitativo.

Enunciado: Porcentaje de pacientes que acuden al servicio de urgencias correctamente identificados mediante pulsera identificativa.

Descripción: N° de pacientes que acuden al servicio de urgencias correctamente identificados mediante pulsera identificativas $\times 100$ / Total de pacientes que acuden al servicio de urgencias.

Estándar: 100%.

Responsable: Responsable de la Unidad/servicio.

Fuente: Consumo de pulsera; auditoría externa.

Metodología: Auditoría externa trimestral

Indicador 3: Eventos adversos.

Tipo de indicador: Cualitativo.

Enunciado: Identificación y análisis de incidentes de seguridad (“casi errores” y eventos adversos) vinculados a la identificación incorrecta de pacientes mediante pulsera

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

Estándar: No procede.

Responsable: Dirección del centro.

Fuente: Sistemas de notificación de incidentes, ACR, etc.

Metodología: Auditoría de la documentación generada: Informe del incidente, seguimiento de las mejoras identificadas anual.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Procedimiento General de Identificación de Pacientes. Comité Operativo para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud Junta de Andalucía 2009.
2. ECRI Institute Patient Safety Organization's Deep Dive: Patient Identification. (Volume 1) summarizes an analysis of more than 7,600 wrong-patient events occurring between January 2013 and August 2015 and reported to the PSO event report database. Based on the findings, recommendations and mitigating strategies are provided. The report is available for members at https://www.ecri.org/components/PSOcore/Pages/DeepDive0816_Patient_ID.aspx
3. The Joint Commission. Identificación del paciente. Soluciones para la identificación del paciente. 2007; volumen 1, solución 2.
4. Ministerio de Sanidad y consumo. Estrategia de Seguridad del Paciente. 2005.
5. Estrategia para la seguridad del paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2011 - 2014.
6. Barrera Becerra Concepción et al; colaboradores, Cerrato de la Hera Roberto et al. Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA 2011-2014 [Sevilla]: Consejería de Salud, 2011.
7. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety: http://www.who.int/patientsafety/international_alliance/en/.
8. La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Perspectiva_ciudadanos_SP.pdf.
9. Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS eds. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
10. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo. Enero de 2009. WHO. Disponible en: <http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>
11. Soluciones iniciales (de la OMS) para la seguridad del paciente. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety>
12. Estrategia para la seguridad del paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2006.
13. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006. Depósito legal: M. 19200-2006.
14. Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente. Tutorial y herramientas de apoyo. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
15. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2008.
16. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud. J. Morís de la Tassaa, E. Fernández de la Motab, C. Aibar-Remonc, S. Castan Cameod y J.M. Ferrer Tarrése. Med Clin Monogr (Barc). 2008;131(Supl 3):72-8

17. Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
Recomendación Nª 12. Identificación inequívoca de pacientes.

<https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-12-identificacion-inequivoca-de-pacientes/>

18. Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
Recomendación Nª 31. Seguridad quirúrgica.

<https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-31-seguridad-quirurgica/>

6. LISTADO DE DOCUMENTOS ASOCIADOS

No aplica.

7. LISTADO DE DISTRIBUCIÓN

Este procedimiento se puede consultar en la web del hospital http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/index.php?id=profesionales_proced_generales

Y se ha remitido por correo electrónico a:

NOMBRE Y APELLIDOS	SERVICIO / UNIDAD	FECHA
Valle García Sánchez	Directora Gerente	JUNIO 2018
José Rumbao Aguirre	Director Médico	JUNIO 2018
Pilar Pedraza Mora	Directora de Enfermería	JUNIO 2018
Amparo Simón Valero	Directora Económico - Administrativa	JUNIO 2018
José Luís Gómez de Hita	Director de Servicios Generales	JUNIO 2018
Juan Alfonso Sereno Copado	Director de Personal	JUNIO 2018

Relación de profesionales que han participado en la actualización de este Procedimiento:**REALIZADO**

M ^ª José Ferrer Higuera	F. E. A. de la UGC de MEDICINA INTENSIVA	
Agustina Jiménez Castilla	F. E. A. de la UGC de ANESTESIA Y REANIMACIÓN	
Gloria Leal Reyes	F. E. A. de la UGC de URGENCIAS	
Pilar López Carreto	Jefa de Bloque de la UGC de CIRUGÍA GENERAL	
M ^ª Dolores Ordóñez Díaz	F. E. A. de NEONATOLOGÍA de la UGC de PEDIATRÍA	
Inmaculada Pérez Lorente	Enfermera jefa de bloque de EE QQ	
Alberto Rodríguez Benot	F. E. A. de la UGC de NEFROLOGÍA	
M ^ª Dolores Torres Jiménez.	Enfermera supervisora de Seguridad del Paciente del ÁREA QUIRÚGICA	
M ^ª Ángeles Turrado Muñoz	Jefa de Bloque de la UGC de MEDICINA INTERNA	

PROPUESTA DE MODIFICACIONES AL POE 011 PARA VERSIÓN V 3

Fecha	Modificación Introducida	Revisado por:	Aprobado por:
25/05/2018	<p>Esta actualización ha sido realizada por los autores que aparecen en la página 1</p> <p>Página 1. Actualización del logo.</p> <p>Cambio en el nombre del POE, pasa a llamarse "IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES".</p> <p>Cambio de autores, revisores y Dirección Gerencia.</p> <p>Cambio en la responsable de actualización.</p> <p>Página 2. Actualización del apartado "Justificación".</p> <p>Página 3. Actualización del apartado "Objeto".</p> <p>En el apartado "Alcance", actualización de la responsable de esta versión: M^a Dolores Ordóñez Díaz.</p> <p>Se incorpora en esta página el apartado "Equipamiento".</p> <p>Página 4. Se incorporan los apartados: 4.2. Criterios Obligatorios en la Identificación del Paciente, 4.3. Identificación Administrativa de Pacientes y 4.4 Pacientes a los que Aplica Identificación Mediante Pulsera</p> <p>Página 6. En el apartado "procedimiento" en el punto 6 aparece: El brazalete se colocará preferentemente en la muñeca, derecha o izquierda y, en el caso de que pueda interferir con los cuidados, en el tobillo. Sí un procedimiento requiere su retirada, se cortará la pulsera identificativa y se reemplazará (ver punto 12 de este apartado), a la mayor brevedad posible, solicitando al Servicio de Admisión una pulsera nueva que se colocará en otra zona del paciente que no interfiera con sus cuidados. Este procedimiento será realizado por el personal de enfermería responsable del paciente.</p> <p>Página 6. En el apartado de "4.4 PACIENTES A LOS QUE APLICA IDENTIFICACIÓN MEDIANTE PULSERA", se especifica que la identificación en el área materno-infantil y de Madre-Recién Nacido se complementará según los procedimientos de identificación específicos (Ver POE – HURS - 011 – HMI- V1 y POE – HURS - 011 – MRN- V1 para la Identificación Materno Infantil y para la identificación Madre-RN respectivamente).</p> <p>Página 8. En el apartado "4.4 PACIENTES A LOS QUE APLICA IDENTIFICACIÓN MEDIANTE PULSERA" en el punto 12, se especifica el modo de reemplazo de pulsera en el área de quirófano.</p>	<p>María José Berenguer García</p> <p>María Dolores Ordóñez Díaz</p>	<p>Dirección Gerencia</p>