

RESOLUCION EXENTA: 2250

CORONEL, 07 SEP. 2020

VISTOS: DFL N°1 del año 2005 del Ministerio de Salud que fija texto refundido coordinado y sistematizado el DL 2763 del 1979 y de las leyes N° 18.933 Y N° 18.469; Decreto N° 38/2005 del Ministerio de Salud, Resolución 6/2019 de la Contraloría General de la República, Resolución Exenta N° 5006, del 01 de septiembre de 2020, que nombra Director Subrogante del Hospital de Coronel, dicto lo siguiente:

RESOLUCION:

- 1. APRUEBASE, PROTOCOLO IDENTIFICACION DE PACIENTES**, Séptima Versión a contar del 01.08.2020; para dar cumplimiento a GCL 1.12 del Estándar de Acreditación.
- 2. DEJESE** sin efecto a contar de esta misma fecha Protocolo Identificación de Pacientes; Resolución Exenta N° 3177 del 03 de octubre de 2019.

ANOTESE Y COMUNIQUESE

SR. FERNANDO QUIROGA DUBOURNAIS
DIRECTOR (S)
HOSPITAL DE CORONEL

Transcribo fielmente,

EFIGENIA LUNA NEIRA
Ministra de Fe

Sr.FQD/Dr.LDSZ/gac
RES. EXENTA INT. N°48/2020

Distribución:

- Dirección
- Gestión Clínica
- SDA
- Enc. Gestión del Cuidado
- Enc. Oficina Calidad
- E.U. Oficina de Calidad
- Jefe CR Ambulatorio
- Jefes Servicios Clínicos
- Jefe Oficina de Personal
- Jefe Recaudación
- Oficina de Partes



OFICINA DE CALIDAD

PROTOCOLO IDENTIFICACION DE PACIENTES

GCL 1.12

Característica: GCL 1.12
Realizado por: Unidad de Calidad
Versión: Séptima
Fecha Aplicación: 01/08/2020
Vigencia máxima: 01/08/2025
Número de Páginas: 11

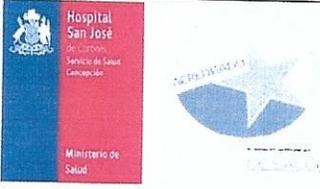
PROTOCOLO IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

GCL 1.12

PROTOCOLO ASOCIADO:

Protocolo de Trato y Registro para Personas Trans del Hospital San José de Coronel

REDACTADO:	VERIFICADO:	APROBACIÓN OFICINA CALIDAD	APROBACIÓN DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO
<p>E.U. Julieta Araneda Muñoz Encargada Servicio Medicina</p> <p>E.U. María Vega Muñoz; Encargada (s) Servicio Pediatría</p> <p>E.U. Mariela Belmar Montalba; Encargada Servicio de Urgencia.</p> <p>E.U. Elizabeth Geldrez Riffo; Encargada Unidad de Pabellón.</p> <p>Mat. Roxana Hernández Llanos; Encargada Servicio Obstetricia y Ginecología.</p> <p>E.U. Karen Jerez Montalba Enfermera (s) Oficina de Calidad. Hospital San José de Coronel</p>	<p>E.U. Isolina contreras Mendoza Encargada Gestión del Cuidado Hospital San José de Coronel</p>	<p>Dr. Luis de Los Santos Zárraga Encargado de Oficina de Calidad Hospital San José de Coronel</p>	<p>Aldo Parra Rodríguez Director (s) Hospital San José de Coronel</p>
Fecha: 27/07/2020	Fecha: 29/07/2020	Fecha: 30/07/2020	Fecha: 01/08/2020

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p align="center">PROTOCOLO IDENTIFICACION DE PACIENTES</p> <p align="center">GCL 1.12</p>	<p>Característica: GCL 1.12 Realizado por: Unidad de Calidad Versión: Séptima Fecha Aplicación: 01/08/2020 Vigencia máxima: 01/08/2025 Número de Páginas: 11</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.-INTRODUCCION:

Mejorar la seguridad de los pacientes es una de las estrategias prioritarias de la seguridad asistencial. La identificación verbal no es suficiente en pacientes con disminución o alteración de conciencia, con pérdida de la atención o con problemas de comunicación.

Los brazaletes de identificación dan al personal la seguridad de que estamos prestando nuestros cuidados al paciente correcto, por lo que es necesario normar la forma de identificar en los diferentes Servicios Clínicos.

2.-OBJETIVO

Contar con un procedimiento único de identificación para todo paciente hospitalizado, recién nacidos, pacientes pediátricos, pacientes con compromiso de conciencia, aquellos pacientes que ingresan a pabellón para cirugía electiva y/o de urgencia, aquellos pacientes que requieran traslado a otro Centro Asistencial, aquellos pacientes que fallecen en la unidad de Urgencia y a todos los pacientes que requieran cirugía mayor ambulatoria.

3.-ALCANCE

El alcance de este protocolo es para todo aquellos funcionarios que participan en el proceso de identificación de los pacientes.

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p align="center">PROTOCOLO IDENTIFICACION DE PACIENTES</p> <p align="center">GCL 1.12</p>	<p>Característica: GCL 1.12 Realizado por: Unidad de Calidad Versión: Séptima Fecha Aplicación: 01/08/2020 Vigencia máxima: 01/08/2025 Número de Páginas: 11</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.- RESPONSABILIDAD

- Enfermera
- Matrona
- Técnico paramédico
- Administrativo de Admisión

5.-PROCEDIMIENTO

Es obligatorio realizar el proceso de identificación en todo paciente que ingresa a las diferentes Unidades clínicas de hospitalización del establecimiento, recién nacidos, pacientes pediátricos, pacientes con compromiso de conciencia, aquellos pacientes que ingresan a pabellón para cirugía electiva y/o de urgencia, aquellos pacientes que requieran traslado a otro Centro Asistencial y aquellos pacientes que fallecen en la unidad de Urgencia y a todos los pacientes que requieran cirugía mayor ambulatoria.

Procedimiento de uso del brazalete de identificación:

1. Los brazaletes de identificación serán impresos en Admisión de Urgencia y unidad de Recién Nacido (URNO).
2. La Unidad de Admisión de Urgencia imprime brazalete de Identificación de paciente a:
 - Paciente con indicación de hospitalización, incluidos los Pacientes trasladados.
 - Pacientes retornados de otro establecimiento.
 - Paciente con indicación de traslado en Servicio de Urgencia.
 - Pacientes fallecidos en Servicio de Urgencia.
 - Paciente que fallecen fortuitamente en alguna dependencia del Hospital y no se encuentran ingresados.

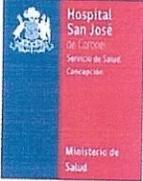
 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO IDENTIFICACION DE PACIENTES</p> <p>GCL 1.12</p>	<p>Característica: GCL 1.12 Realizado por: Unidad de Calidad Versión: Séptima Fecha Aplicación: 01/08/2020 Vigencia máxima: 01/08/2025 Número de Páginas: 11</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. El brazalete consigna Nombre, Apellidos, Rut y establecimiento (Hospital de Coronel).

Ejemplo ficticio:

Paciente: ZAYDE PEREZ GONZALEZ
Rut: 21144443-6
Establecimiento: Hospital de Coronel

4. En el caso de extranjeros, en ausencia del Rut se registra N° de pasaporte o número de dato de atención de urgencia (DAU) el que genera de forma automática el programa de Registro SINETSUR y establecimiento (Hospital de Coronel) el que será provisorio y debe ser sustituido cuando se disponga de todos los datos obligatorios.
5. En los Recién Nacidos el brazalete se imprime en la Unidad de URNO y se registra Nombre y Apellidos de la Madre y Sexo del Recién Nacido, y nombre del establecimiento. (Hospital de Coronel). En caso de Parto múltiple se debe especificar si es Gemelo 1, Gemelo 2 etc...
6. En caso que el recién nacido ingrese en la Unidad de Neonatología, ya sea de maternidad o de Urgencia, y no cuenta con N° de Rut. El brazalete debe registrar Nombre y Apellidos de la Madre y Sexo del Recién Nacido, en caso de Parto múltiple se debe especificar si es Gemelo 1, Gemelo 2 etc...y establecimiento, si el recién nacido ingresa por maternidad es responsabilidad de la Matrona de URNO verificar que este porte el brazalete correcto, y si ingresa por Urgencia es responsabilidad de admisión de urgencia.
7. En pacientes con compromiso de conciencia o que no es posible obtener datos de su identificación, se registra en Admisión la edad aproximada y sexo, lo que permite generar un brazalete como NN NN NN y número de Folio el que genera de forma automática el programa de Registro SINETSUR y establecimiento (Hospital de Coronel) el que será provisorio y debe ser sustituido cuando se disponga de todos los datos obligatorios.

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO IDENTIFICACION DE PACIENTES</p> <p>GCL 1.12</p>	<p>Característica: GCL 1.12 Realizado por: Unidad de Calidad Versión: Séptima Fecha Aplicación: 01/08/2020 Vigencia máxima: 01/08/2025 Número de Páginas: 11</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ejemplo ficticio:

Paciente: NN NN NN (NN-Folio: 83037/2019)
Rut:
Establecimiento: Hospital de Coronel

8. En caso de pacientes TRANS (transgénico, transexuales y travestis), según su preferencia, puede ser identificado con el nombre legal y con el nombre social. Antes de proceder a la identificación del paciente se debe preguntar a este que nombre desea ser llamado e identificado. Se registra nombre legal, entre paréntesis (nombre social) y a continuación apellidos, N° de Rut y establecimiento (Hospital de Coronel).

Ejemplo ficticio:

Paciente: MANUEL ARMANDO (ROSA AGUSTINA) PEREZ SOTO
Rut: 13788498-5
Establecimiento: Hospital de Coronel

9. En el caso de los pacientes que ingresan a hospitalización por el servicio de urgencia, es responsabilidad del técnico Paramédico del Servicio de urgencia retirar el Brazalete de identificación del paciente en Admisión de Urgencia, bajo firma de entrega en libro de registro de Admisión, antes de llevarlo al Servicio Clínico correspondiente.
10. En el caso de los pacientes que ingresan a hospitalización por el Centro Responsabilidad Ambulatoria, será responsabilidad del paramédico del Policlínico retirar el brazalete de identificación del paciente en Admisión de urgencia, bajo firma de entrega en libro de registro de Admisión, antes de llevarlo al Servicio Clínico correspondiente.

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p align="center">PROTOCOLO IDENTIFICACION DE PACIENTES</p> <p align="center">GCL 1.12</p>	<p>Característica: GCL 1.12 Realizado por: Unidad de Calidad Versión: Séptima Fecha Aplicación: 01/08/2020 Vigencia máxima: 01/08/2025 Número de Páginas: 11</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

11. La Identificación de paciente deberá ser colocada de preferencia en extremidad superior derecha, siguiendo con la siguiente secuencia: extremidad superior izquierda, extremidad inferior derecho, extremidad inferior izquierda, en caso de que las extremidades no se puedan utilizar o por ausencia de extremidades, la identificación debe ser colgada en el cuello del paciente.
12. Pacientes que ingresan a **Cirugía Mayor Ambulatoria, (CMA)**, es de responsabilidad del técnico paramédico (servicio de cirugía u obstetricia ginecología) retirar de admisión de urgencia el brazalete bajo firma de entrega en libro de registro de Admisión.
13. Paciente que ingresa a **Unidad de Pabellón** para Cirugía Electiva y/o de Urgencia, debe ingresar con su brazalete instalado datos correspondientes desde el Servicio de Cirugía, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Servicio de Medicina y Servicio de Urgencia.
14. Es responsabilidad de Enfermera y/o Matrona Supervisora o Enfermera y/o Matrona de turno del Servicio correspondiente verificar que paciente cuente con su brazalete y que los datos sean los correctos.
15. El procedimiento es registrado en la hoja de enfermería, se informa al paciente o a su acompañante que esta identificación debe ser retirada en su domicilio.
16. En casos excepcionales en que el brazalete no se pueda imprimir este será llenado de forma manual.

 <p>Hospital San José de Cabo Servicio de Salud Caboquión Ministerio de Salud OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO IDENTIFICACION DE PACIENTES</p> <p>GCL 1.12</p>	<p>Característica: GCL 1.12 Realizado por: Unidad de Calidad Versión: Séptima Fecha Aplicación: 01/08/2020 Vigencia máxima: 01/08/2025 Número de Páginas: 11</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Observaciones:

El personal de enfermería del servicio clínico en que se encuentra hospitalizado el paciente, cambiará el brazalete de Identificación en los siguientes casos:

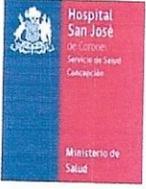
- Auto retiro
- Borroso
- Deteriorado

 <p>OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>PROTOCOLO IDENTIFICACION DE PACIENTES</p> <p>GCL 1.12</p>	<p>Característica: GCL 1.12 Realizado por: Unidad de Calidad Versión: Séptima Fecha Aplicación: 01/08/2020 Vigencia máxima: 01/08/2025 Número de Páginas: 11</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACION:

GRUPO DE INDICADOR	Gestión Clínica 1.12
NOMBRE INDICADOR	Porcentaje de cumplimiento de Protocolo de Identificación de Pacientes
DESCRIPCION	Permitir que los brazaletes de identificación den al personal la seguridad de que estamos prestando nuestros cuidados al paciente correcto.
OBJETIVO	Contar con un Procedimiento Único de Identificación para Los Pacientes Hospitalizados.
JUSTIFICACION	Es obligatorio realizar el proceso de identificación en todo paciente que ingresa a las diferentes Unidades clínicas de hospitalización del establecimiento, pacientes que ingresan a pabellón para cirugía electiva y/o de urgencia, aquellos pacientes que requieran traslado a otro Centro Asistencial, aquellos pacientes que fallecen en la unidad de Urgencia, a todos los recién nacidos y a todos los pacientes que requieran cirugía mayor ambulatoria.
TIPO	Proceso
NUMERADOR	Número de pacientes hospitalizados con Identificación en el periodo del servicio X 100
DENOMINADOR	Número Total De Pacientes Hospitalizados en el periodo observado del servicio
PERIODICIDAD	Trimestral
METODOLOGIA	Se realiza aplicación de pauta de identificación de paciente (anexo N°1) de lunes a viernes por Enfermera y/o Matrona. El universo utilizado será el total de los egresos del trimestre anterior, se ingresan los datos a la calculadora muestral del SIS-Q y se obtiene una muestra significativa, utilizando un 95% de confianza y un 0,05 de error, este resultado se divide por 3 para obtener la cantidad de pautas aplicar mensualmente.
FUENTE DE DATOS	Egresos Del Trimestre Anterior, pauta de cotejo
FORMULA	<p><u>N° de pacientes identificados según protocolo x 100</u></p> <p>N° total pacientes hospitalizados en el periodo observado del servicio clínico</p>
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	95%
RESPONSABLE	Enfermeras y/o Matrona de Servicios Clínicos y Oficina De Calidad

**Nota: En unidad de neonatología pauta se aplicará al total de pacientes hospitalizados, esta pauta será aplicada por oportunidad.*

		PROTOCOLO IDENTIFICACION DE PACIENTES GCL 1.12	Característica: GCL 1.12 Realizado por: Unidad de Calidad Versión: Séptima Fecha Aplicación: 01/08/2020 Vigencia máxima: 01/08/2025 Número de Páginas: 11
OFICINA DE CALIDAD			

ANEXO Nº 1

**PAUTA DE OBSERVACION
NORMA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE**

GCL 1.12

Nombre del Observador _____

Servicio Clínico _____

Fecha de la aplicación _____

1.	El paciente porta el brazalete.	SI	NO
2.	El brazalete registra los datos de acuerdo a protocolo	SI	NO

Observaciones:

NUMERO DE PUNTOS OBSERVADOS: _____

NUMERO DE PUNTOS CUMPLIDOS: _____

FIRMA DEL OBSERVADOR

