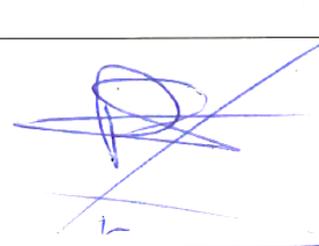


Procedimiento operativo estandarizado de
IDENTIFICACION DE PACIENTES

POE – HURS 11 – V4

Fecha entrada en vigor v4: 09/03/2023

FECHA	REALIZADO: 23/02/2023	REVISADO: 03/03/2023	APROBADO: 09/03/2023
NOMBRE	M ^a José Ferrer Agustina Jiménez Castilla Gloria Leal Reyes Pilar López Carreto M ^a Dolores Ordóñez Díaz Inmaculada Pérez Lorente Alberto Rodríguez Benot Emilia Priego Cubero M ^a Ángeles Turrado Muñoz	Rocío Segura Ruiz Francisco de Asís Triviño Tarradas	Valle García Sánchez
CARGO	Página 15	Directora de Enfermería Director Médico	Directora Gerente
FIRMA	Página 15		
Responsables de revisión M ^a Dolores Ordóñez Díaz			Fecha de revisión 2026
Lugar de archivo UNIDAD DE CALIDAD			Responsable custodia M ^a Pilar Mesa Blanco

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	3
1. OBJETO.....	4
2. ALCANCE.....	4
3. EQUIPAMIENTO NECESARIO.....	4
4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.....	5
4.1. DEFINICIONES.....	5
4.2. CONSIDERACIONES PREVIAS A LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.....	6
4.3. PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES.....	6
4.3.1. IDENTIFICACIÓN ADMINISTRATIVA DE PACIENTES.....	6
4.3.2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CON PULSERA.....	6
4.3.3. IDENTIFICACIÓN EN QUIRÓFANO.....	8
4.3.4. SITUACIONES ESPECIALES.....	9
4.3.5. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES MEDIANTE IDENTIFICACIÓN VERBAL.....	10
4.4. PROCEDIMIENTO DE RETIRADA Y DESTRUCCIÓN DE LAS PULSERAS.....	10
5. EVALUACIÓN.....	11
6. BIBLIOGRAFIA.....	13
7. LISTADO DE DOCUMENTOS ASOCIADOS.....	14
8. LISTADO DE DISTRIBUCIÓN.....	14

INTRODUCCIÓN

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 2019 se recoge:

“La identificación inequívoca de pacientes y la verificación de su identidad tienen el propósito de reconocer de forma fidedigna al paciente como la persona a la que se va a prestar la atención, especialmente antes de la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de riesgo, evitando

errores en el curso de su asistencia sanitaria. Esta práctica, prioritaria para el SSPA, está reconocida como requisito básico para garantizar una atención sanitaria segura y debe incluir no solo al paciente sino también a toda su documentación clínica, muestras biológicas o pruebas diagnósticas”.

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

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 Pediatría (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. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

4.1. DEFINICIONES

Identificación del paciente. Procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

Datos inequívocos del paciente. Son los datos de identidad pertenecientes a un solo paciente. Deberán estar directamente asociados con la persona y no con su ubicación o situación clínica. Estos identificadores son:

- Nombre y apellidos
- Fecha de nacimiento
- Número único de historia de salud de Andalucía (NUHSA)

Identificación documental. Documentación que acredita la identidad inequívoca del paciente, siendo considerada como válida: el **DNI, NIF/NIE y/o el pasaporte**. La tarjeta sanitaria no es considerada como un documento de identificación inequívoca, pero su presentación en el sistema sanitario es necesario para algunas prestaciones.

Pulsera Identificativa: Dispositivo emitido desde el momento de solicitud de la asistencia tras la identificación y verificación documental. Se coloca generalmente en la muñeca o en otra zona corporal del paciente y en ella figura la identificación documental junto con otros datos de identidad:

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

Verificación Verbal: Proceso mediante el cual el profesional sanitario y no sanitario comprueba la identidad del paciente solicitando verbalmente la siguiente información:

- Nombre y apellidos
- Fecha de nacimiento.

Estos datos no deben ser verbalizados por el profesional, sino que se le solicitará al paciente, familiar o cuidador que los verbalice de manera activa.

4.2. CONSIDERACIONES PREVIAS A LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que mantengan contacto con el paciente deben realizar la identificación del paciente.

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.

En todos los casos de asistencia, el usuario será convenientemente informado de la importancia de su PARTICIPACIÓN ACTIVA en su identificación, así como del uso y finalidad de la pulsera identificativa como medida de seguridad.

El turnómetro (TurnoSAS) es una aplicación para la gestión de colas en los ámbitos clínicos y administrativos que permite gestionar el aforo en las salas, así como el cumplimiento de la RGPD a la hora de llamar a los pacientes a la consulta. **No es un sistema de identificación del paciente** y, en ningún momento, sustituye a la identificación verbal o a través de pulsera del paciente.

4.3. PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

4.3.1. IDENTIFICACIÓN ADMINISTRATIVA DE PACIENTES

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

4.3.2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CON PULSERA

PACIENTES A LOS QUE APLICA LA IDENTIFICACIÓN MEDIANTE PULSERA

- **Pacientes atendidos en Urgencias:** Todos los pacientes deberán estar identificados, independientemente de su edad o el tipo de patología que presenten.

- **Pacientes ingresados en unidades de hospitalización** convencionales o especiales, como son la Unidad de Cuidados Intensivos (adultos y pediátricos), Neonatología, Reanimación, Unidad de tratamiento ambulatorio (UTA), Hospital de Día, Unidad de Diálisis y Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- **Pacientes a los que se les va a realizar alguna prueba funcional invasiva que no asocian ingreso hospitalario.** Se incluyen en este apartado las pruebas que requieren punción (salvo extracciones sanguíneas) o inserción de algún dispositivo o medicación: endoscopia, colonoscopia, biopsia...
- **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 (RN) durante el parto, se complementarán según los procedimientos de identificación específicos (Ver POE – HURS - 011 – HMI y POE – HURS - 011 – MRN para la Identificación Materno Infantil y para la Identificación Madre-RN respectivamente).

La correcta **identificación ADMINISTRATIVA** de los pacientes será llevada a cabo por los profesionales del Servicio de Admisión (PROGRAMADA O DE URGENCIAS) teniendo en cuenta el procedimiento de “DAH – IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES” disponible en el Servicio de Admisión del HURS. En algunas áreas concretas (por ejemplo, hospital de día médico), los pacientes no pasan por admisión, sino que son atendidos directamente por profesionales de la UGC, en cuyo caso, un **profesional formado** de la unidad será el que realice la identificación administrativa siguiendo el procedimiento “DAH – IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES” del Servicio de Admisión del HURS.

Una vez identificado el paciente correctamente, se realizará el proceso administrativo correspondiente y la impresión de la pulsera identificativa. Las impresoras están ubicadas en los servicios de Admisión y en Áreas Quirúrgicas, en conexión con el sistema de información del centro, con el que serán compatibles.

La responsabilidad de la colocación de la pulsera será del propio paciente, familiar o cuidador, y se llevará a cabo de forma inmediata tras su impresión. El servicio de Admisión deberá indicar la necesidad de su auto-colocación y, si es posible, bajo su presencia. Si el paciente no pudiera hacerlo, el personal del Servicio de Admisión le ayudará a colocarla.

El brazalete o pulsera se colocará preferentemente en la muñeca, derecha o izquierda y, en el caso de que pueda interferir con los cuidados, en el tobillo. No debe comprimir y es preciso comprobar el correcto cierre de la misma.

El personal sanitario que primero atienda al paciente comprobará que porta la pulsera, verificará verbalmente la identidad del mismo a través del propio paciente, familiar o cuidador, y cotejará sus datos inequívocos con los datos de la pulsera. Este procedimiento se repetirá tantas veces como los profesionales lo consideren y, adicionalmente, SIEMPRE previo a los procedimientos de riesgo.

El personal sanitario de enfermería y facultativo que realice la identificación correcta del paciente, deberá registrarlo en su historia clínica como “PACIENTE IDENTIFICADO”.

Si el paciente es atendido sin el brazalete identificativo colocado, el personal de enfermería (o el primer sanitario que atienda al paciente en su defecto) llevará a cabo su colocación, comprobando nuevamente los datos de la misma forma y asegurándose de que la identificación sea correcta según lo descrito.

El paciente, familiar y/o cuidador serán convenientemente informados del uso y finalidad de esta medida de seguridad, solicitando su participación activa. La pulsera deberá mantenerse siempre durante toda la estancia en urgencias, hospitalización, procedimientos y traslados.

La pulsera podrá ser retirada y sustituida por requerimiento clínico, deterioro o rotura accidental, molestia o lesión del paciente, o por error en los datos registrados. En estos casos, el personal de enfermería responsable del paciente la cortará y la reemplazará a la mayor brevedad posible, solicitando una pulsera nueva al Servicio de Admisión o imprimiéndola si se dispone de impresora en la unidad.

Se procederá de manera sistemática a la IDENTIFICACIÓN del paciente y la VERIFICACIÓN VERBAL antes los siguientes **procedimientos de riesgo**, tanto en la primera como en las sucesivas ocasiones, aún cuando ésta tenga lugar en la misma unidad:

- Extracción de una muestra biológica.
- Administración de un medicamento o transfusión de hemoderivados.
- Realización de un procedimiento invasivo.
- Realización de intervención quirúrgica.
- Confirmación de un éxito.
- Transferencia de un paciente, tanto en circuito interno como externo.
- Verificación de la madre en el proceso perinatal, realizado según el procedimiento de identificación madre-recién nacido.

No deberá realizarse ninguno de estos procedimientos a ningún paciente que no tenga una pulsera identificativa

4.3.3. IDENTIFICACIÓN EN QUIRÓFANO

En el caso de procedimiento quirúrgicos, la identificación administrativa del paciente podrá llevarse a cabo en el servicio de Admisión, tal y como se detalla en el apartado 4.3.2, o en el Área de recepción-acogida quirúrgica, según la unidad correspondiente. En ambos casos se indicará y/o comprobará la correcta colocación de la pulsera y se identificará al paciente comprobando sus datos identificativos contrastándolos con los de su pulsera de identificación según el procedimiento general.

La retirada de la pulsera identificativa en quirófono debe ser excepcional. Si es imprescindible su retirada, esta será destruida según se especifica en este procedimiento. El personal que la retire será responsable de solicitar una nueva en el área de recepción quirúrgica, verificar la identidad y colocarla en otra zona corporal

visible lo antes posible durante el procedimiento y, **siempre, antes de la salida del quirófano o finalización de la cirugía.**

4.3.4. SITUACIONES ESPECIALES

- **“Paciente desconocido”:** 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 *“DAH – IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES”*, y que puede ser consultado en dicho Servicio. En dicho procedimiento aparece lo siguiente:

1.3.2 Identificación de personas desconocidas:

- En caso de usuarios totalmente desconocidos utilizar la opción “nuevo desconocido”: el programa automáticamente mecanizará: (DIRAYA URGENCIAS)

- apellido 1: mes actual
- apellido 2: fecha actual continuada de la hora de la admisión especificando hora, minutos y segundos.
- nombre: desconocido
- sexo: desconocido

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

- **Varias personas en estado crítico:** 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.
- **Rechazo de la pulsera:** En caso de que el paciente rechace llevar la pulsera identificativa, este debe ser informado de los riesgos en presencia de un testigo de la unidad, y reflejarlo en su historia clínica.
- **Alergia a la pulsera:** Si el paciente presentara alergia a la pulsera, este hecho quedará reflejado en la historia del paciente y se adoptarán las medidas y adaptaciones oportunas según cada caso.
- **Imposibilidad de colocar pulsera:** Si, por alguna razón (amputación de miembros, quemadura, etc.), no se le puede colocar pulsera, este hecho quedará reflejado en la historia del paciente y se adoptarán las medidas y adaptaciones oportunas según cada caso.
- **Medicamentos de alto riesgo o hemoderivados:** 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.
- **Caída de los sistemas operativos** 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.

4.3.5. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES MEDIANTE IDENTIFICACIÓN VERBAL

Destinado para los pacientes que reciben atención sanitaria sin el sistema de identificación con pulseras. El profesional que atienda al paciente realizará la verificación de identificación solicitando activamente al paciente los datos de identificación inequívoca:

- **Nombre y apellidos**
- **Fecha de nacimiento**

Los pacientes incluidos en este apartado son:

- Pacientes ambulatorios atendidos en atención primaria, en consultas externas hospitalarias y en extracciones.
- Pacientes sometidos a pruebas funcionales no invasivas, definidas como aquellas que no requieren punción o inserción de dispositivos (técnicas de imagen, espirometría, audiometría, ergometría, fondo de ojo, campimetría, etc).
- Pacientes atendidos por los equipos de emergencias extrahospitalarias
- Pacientes que van a ser sometidos a cirugía mayor o menor ambulatoria.
- Pacientes ingresados en aquellos hospitales de día en los que no se utilice pulsera identificativa
- Pacientes atendidos en las unidades de hemodiálisis

4.4. PROCEDIMIENTO DE RETIRADA Y DESTRUCCIÓN DE LAS PULSERAS

La pulsera será retirada por el personal de enfermería o auxiliar responsable del paciente con un instrumento como SÓLO en el momento del alta del paciente o tras su llegada al mortuorio en caso de éxitus.

Una vez retirada, la pulsera será depositada en los contenedores específicos para la destrucción de documentación confidencial dispuestos por todo el Hospital.

Si la retirada de la pulsera la realiza el propio paciente, familiar o cuidador, debe indicarse la necesidad de recuperarla para su correcta destrucción.

5. EVALUACIÓN

Indicador 1	Identificación mediante pulsera en las unidades 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 X 100 / Total de pacientes en hospitalización
Estándar	100%
Responsable	Responsable de la Unidad/servicio
Fuente	Auditoría interna
Metodología	Auditoría interna 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 X 100 / Total de pacientes que acuden al servicio de urgencias
Estándar	100%
Responsable	Responsable de la Unidad/servicio
Fuente	Auditoría interna
Metodología	Auditoría interna trimestral

Indicador 3	Identificación inequívoca de pacientes sin pulsera
Tipo de indicador	Cuantitativo
Enunciado	Porcentaje de pacientes correctamente identificados en consultas externas, atención primaria, extracciones, cirugía menor, pruebas funcionales no invasivas
Descripción	N° de pacientes atendidos correctamente identificados mediante identificación verbal X 100 / Total de pacientes atendidos
Estándar	100%
Responsable	Responsable de la Unidad/servicio
Fuente	Auditoría externa / interna
Metodología	Mediante un observador o encuesta aleatoria a pacientes atendidos

Indicador 4	Notificación y análisis de incidentes de seguridad del paciente relacionados con la identificación del paciente
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	Auditoria de la documentación generada: Informe del incidente, seguimiento de las mejoras identificadas anual

6. 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 Join Comission. 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. 2019.
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. 2019.
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-Remónc, 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/>

7. LISTADO DE DOCUMENTOS ASOCIADOS

No aplica.

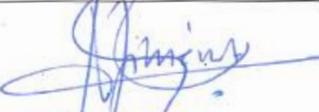
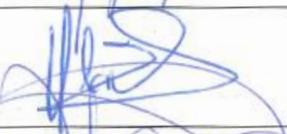
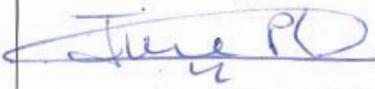
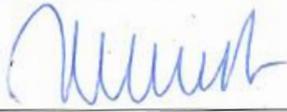
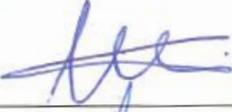
8. LISTADO DE DISTRIBUCIÓN

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	MARZO 2023
Francisco de Asís Triviño Tarradas	Director Médico	MARZO 2023
Rocío Segura Ruiz	Directora de Enfermería	MARZO 2023
Amparo Simón Valero	Directora Económico - Administrativa	MARZO 2023
José Luis Gómez de Hita	Director de Servicios Generales	MARZO 2023
Juan Alfonso Sereno Copado	Director de Personal	MARZO 2023

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

Nombre	Cargo	Firma
M ^a José Ferrer Higuera	Subdirectora Médica HURS	
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	
Alberto Rodríguez Benot	F.E.A. de la UGC de Nefrología	
Emilia Priego Cubero	Enfermera referente de Seguridad del Paciente del área quirúrgica	
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:
20/02/2023	<p>Esta actualización ha sido realizada por los autores que aparecen en la página 1</p> <p>La información contenida en este procedimiento se ha reestructurado resultando imposible detallara los cambios uno a uno. Los cambios principales han sido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Página 1. Actualización del logo. Cambio de autores, revisores y Dirección Médica y de Enfermería • Se ha incluido un índice. • Se ha creado un nuevo epígrafe (5) que contiene los indicadores para la evaluación del cumplimiento del presente procedimiento. En la versión anterior este contenido se encontraba en el epígrafe 4. • Se ha eliminado el contenido en el que se detallaba cómo realizar la identificación administrativa del paciente manteniendo únicamente la referencia al procedimiento de identificación del paciente del Servicio de Admisión. • En la página 3, se ha actualizado la referencia a la Estrategia de Seguridad del Paciente del SSPA. • Se cambia el epígrafe 4.2. <i>Criterios obligatorios en la identificación del paciente por Consideraciones previas en la identificación del paciente</i>. En este apartado, se destacan contenidos relevantes y se incluye un párrafo referente al TurnoSAS. • Se incluye, en situaciones especiales, el caso de pacientes a los que no se les puede colocar la pulsera en miembros superiores ni inferiores. • Se reestructura el contenido en referencia a la identificación de pacientes con pulsera describiendo primero el procedimiento y, a continuación, las situaciones en las que se debe usar esta metodología para la identificación de pacientes. • Se reestructura el contenido en referencia a la identificación verbal de pacientes describiendo primero el procedimiento y, a continuación, las situaciones en las que se debe usar esta metodología para la identificación de pacientes. • Se incluye un nuevo indicador (indicador 3) para la medición del cumplimiento de la identificación verbal de pacientes de acuerdo con el procedimiento. 	María Dolores Ordóñez Díaz	Dirección Gerencia