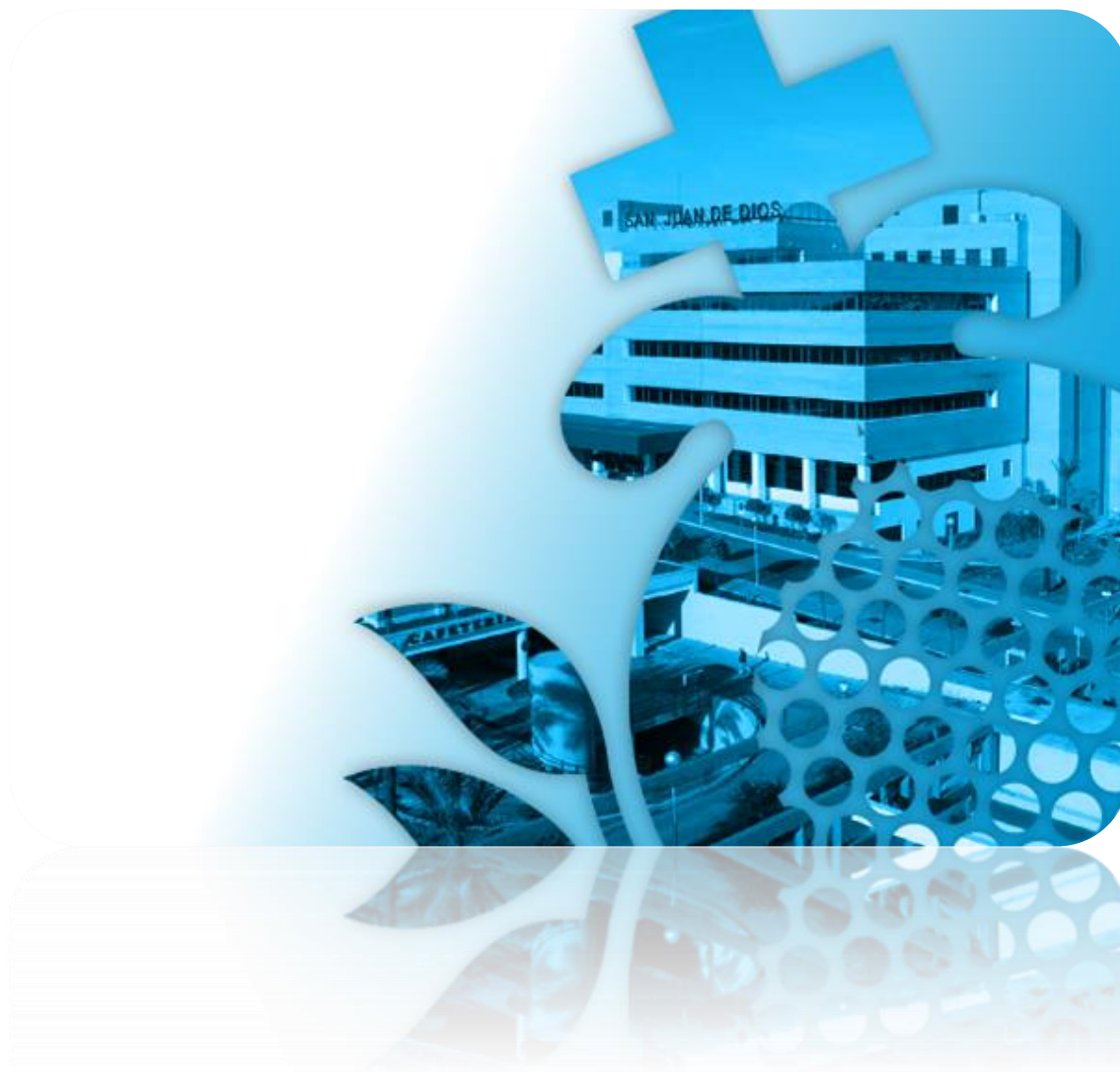


## IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SCCU

Fecha de edición:  
2005

Período de Vigencia: 2025



REVISIÓN	FECHA	RESUMEN DE LA REVISIÓN
2014	ENERO	
2016		
2018	MARZO	Modificación responsable del procedimiento y notificación de eventos adversos.
2023	JULIO	

**Elaborado por: M<sup>a</sup> Magdalena de Tovar  
Fernández**

**Aprobado por: Dirección Enfermería**

**Fecha: 23/06/2005**

**Fecha: 04/06/2005**

## Contenido

AUTORES. ....	4
JUSTIFICACIÓN. ....	5
OBJETIVOS. ....	6
PROFESIONALES A LOS QUE VA DIRIGIDO. ....	6
POBLACIÓN DIANA / EXCEPCIONES. ....	6
METODOLOGÍA. ....	8
ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS. ....	8
BIBLIOGRAFÍA. ....	12

## AUTORES.

RESPONSABLE/COORDINADOR: APELLIDO / NOMBRE	TITULACIÓN	PUESTO QUE DESEMPEÑA	E-MAIL
<b>Pilar Rodríguez Lara</b>	DUE	Coordinadora	Mariapilar.rodriguez@sjd.es

APELLIDOS/NOMBRE	TITULACIÓN	PUESTO QUE DESEMPEÑA

## JUSTIFICACIÓN.

En los últimos años se han llevado a cabo diferentes estrategias encaminadas a incrementar la seguridad del paciente y cuya continuidad se mantiene en el Marco de la Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes promovida por la Organización Mundial de la Salud, en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y en el Plan de Calidad 2010-2014 del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de los problemas y complicaciones asociada a errores en la asistencia. La identificación inequívoca de pacientes, mediante el brazalete identificativo es una medida proactiva para la mejora de la seguridad clínica.

Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, etc. Por ello, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía promueve a través de sus Programas de Acreditación la necesidad de establecer un procedimiento seguro de identificación y emite recomendaciones en este sentido para los profesionales del Sistema Sanitario Andaluz. Así mismo uno de los objetivos internacionales para la Seguridad del paciente de la Joint Commission contempla “Identificar correctamente los pacientes”. La publicación de las nueve soluciones para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud también refiere en su recomendación número 2 la importancia de la identificación de pacientes.

Asumiendo que los profesionales sanitarios deberían acercarse cada día a los pacientes como si se tratara de la primera vez, un primer paso en la correcta identificación de los pacientes es la colocación de brazaletes identificativos, que permita conocer en todo momento su filiación.

La identificación verbal no es suficiente, ya que los pacientes pueden estar sedados, con pérdida de atención, indiferentes, confusos, o simplemente incapaces de responder. Los pacientes también pueden tener barreras de lenguaje, idiomáticas, problemas de audición o ser demasiado jóvenes, aspectos todos que pueden aumentar la probabilidad de errores y atentar contra la seguridad en la atención de los pacientes. Por ello, la importancia de que el profesional que atiende al paciente realice una doble verificación a través de la pulsera y verbalmente preguntándole al paciente.

## OBJETIVOS.

Proporcionar al personal de enfermería de SCCU, un documento que permita estandarizar los procedimientos a seguir para asegurar la identificación inequívoca de pacientes en las distintas áreas de nuestro servicio.

Conocer en todo momento la identidad de todos los pacientes que se encuentran en el servicio de urgencias con la finalidad de reducir los errores y eventos adversos relacionados con procedimientos, cuidados e intervenciones realizadas.

### OBJETIVO ESPECIFICOS

- Identificar de forma fidedigna al paciente como la persona a la que va dirigida el tratamiento, los cuidados o la atención.
- Garantizar la identificación de forma inequívoca a todo usuario en situaciones de especial riesgo y vulnerabilidad, pacientes solos, con barrera idiomática o del lenguaje, pacientes gran dependientes, pacientes con deterioro cognitivo o disminución del estado de conciencia ,
- Disponer de un sistema estandarizado de identificación visual de pacientes. (brazalete identificativos).
- Disminuir el riesgo de errores de identificación y por consiguiente el de los procedimientos sucesivos.
- Disminuir el riesgo de errores de diagnóstico, tratamiento y cuidados.
- Normalizar la información recogida en los brazaletes.
- Definir procesos que garanticen la identificación.

## PROFESIONALES A LOS QUE VA DIRIGIDO.

Personal de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias.

## POBLACIÓN DIANA / EXCEPCIONES

Todos los pacientes que acuden al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias

## RECURSOS MATERIALES

1. Soporte informático
2. Impresora
3. Pulseras Identificativa blanca

Los datos que se recogerán en la pulsera serán:

- NHC
- Nombre y apellidos del paciente
- Fecha de nacimiento
- Punto rojo identificativo alergia (cuando es necesario)  
**“Procedimiento de identificación visual de paciente con alergia”**

## RECURSOS HUMANOS

Inicialmente, será el TCAE de la puerta de urgencias el encargado de colocar el brazalete identificativos, a la llegada del paciente.

Cualquier profesional que detecte la ausencia de brazalete identificativos en un paciente, deberá proceder a su colocación.

## REGULACIÓN LEGAL

LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley General de Sanidad Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario Español.

Recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Joint Comission on Accreditation of Health Care Organizations

## METODOLOGÍA.

Hay que garantizar la identificación inequívoca del paciente desde el primer contacto con el paciente en nuestro Hospital.

Cuando el paciente llega a admisión, estos procederán a recoger los datos, si es posible, de los documentos que traiga el usuario (tarjeta sanitaria, D.N.I., carné de conducir, permiso de residencia, etc.), con preferencia sobre cualquier otra fuente. Conviene verificar los datos aunque la ficha esté completa (teléfono, dirección,...).

### **Impresión:**

Desde el servicio de admisión de urgencias se transfieren los datos a través la historia digital. Y es aquí donde se dispone de una impresora para imprimir las pulseras con los datos de identificación del paciente.

### **Colocación**

Se le colocará el brazalete identificativo a todo paciente que solicite atención en el servicio de cuidados críticos y urgencias. El personal de admisión procederá la impresión de la pulsera y es el auxiliar de enfermería destinado en el área de puerta el responsable de su colocación. Para ello:

1. Comprobará que los datos que se recogen en la pulsera coinciden con la persona a la que se le va a colocar, preguntándole;
  - **¿Cuál es su nombre completo y apellidos?**
  - **¿Cuál es su fecha de nacimiento?**
2. Se deben comparar los datos de la verificación verbal con los que aparecen en la pulsera identificativa, con el fin de identificar de forma inequívoca al paciente como la persona a la que va dirigido el tratamiento.
3. Si se detectan errores, comunicar a admisión para corregirlo. **Y será notificado como evento adverso. Ver notificación de evento adverso.**
4. Previo a su colocación se informará al paciente y/o acompañante de su finalidad y de la importancia de comunicar al personal de enfermería si se ha deteriorado o desprendido, para su inmediato reemplazo.



5. Informará que debe de llevarla puesta durante su estancia en el Hospital y que deberá mostrar o enseñar a los profesionales del área en la que ha ingresado para garantizar su propia seguridad.
6. Seleccionará el lugar de colocación del brazalete.  
El orden de prioridad a la hora de colocar el brazalete será el siguiente:
  - 1º. Muñeca del brazo dominante
  - 2º. En el brazo contrario
  - 3º. En los tobillos
7. La colocación del mismo, deberá quedar lo suficientemente holgada para que no resulte incómoda pero evitando que se pueda salir.
8. Comprobación de su correcta colocación.

### Reposición

Las causas que pueden llevarnos a tener que sustituir el brazalete podrían ser:

- Rotura
- Datos erróneos
- Por necesidad asistencial

En el caso de que sea necesaria su reposición, se llamará a admisión de urgencias (9015 -9016) solicitando la impresión de un nuevo brazalete.

### Retirada

La pulsera debe ser portada por el paciente durante su estancia hospitalaria, siendo retirada:

Al alta: Será el auxiliar del área el responsable de su retirada, y se desechará en el contenedor de papel confidencial.

Exitus: no se retirará.

Intolerancia: se retira y se dejará constancia a través de una incidencia en la historia clínica del paciente.

Por necesidad asistencial: se retirará y solicitará nueva pulsera cambiando su ubicación.

Por negativa del paciente: se retira y se dejará constancia a través de una incidencia en la historia clínica del paciente. Deberá haber otro testigo de la negativa y recoger los datos del mismo.

## OBSERVACIONES

En aquellos pacientes en los que no sea posible la colocación del brazalete en ninguna de las extremidades (ej. Quemados) se colocará en la cabecera de la cama del paciente.

En emergencias o en situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectadas, tienen prioridad los cuidados antes que la identificación del paciente. En cuanto sea posible, la enfermera que esté a cargo del paciente será la encargada de identificar al paciente y colocar el brazalete.

Si el paciente lleva alguna pulsera u otro objeto que pudiera impedir o limitar la correcta visualización, se le informará de la necesidad de retirarlos durante el tiempo que permanezca en el centro. ([Protocolo Retirada de Pertenencias](#))

En el caso de pacientes desconocidos, la impresión de la tarjeta se hará con “DESCONOCIDO”, siendo esta sustituida por otra nueva en cuanto tengamos los datos del paciente. En el caso de que se den más de un “DESCONOCIDO” simultáneamente, este enunciado irá seguido de un número de orden.

En el caso de entrada de un paciente inconsciente no acompañado de familiares y sin identificación (DNI, Tarjeta de la seguridad social...) **se procederá a colocarle la pulsera con los datos obtenidos sin la comprobación y una pulsera en blanco enlazada a la anterior. Una vez confirmado los datos del paciente se procederá a retirar la pulsera en blanco.**

NOTA: No es suficiente la documentación aportada por el 061 o DCCU.

En el caso de haber identificado datos erróneos los comunicaremos a admisión para su corrección y posterior impresión del brazalete.

En el caso de errores de identificación lo comunicaremos a admisión y quedará registrado a través de la intranet como evento adverso.

En caso de caída del sistema informático, las pulseras se rellenarán manualmente, al menos con los datos referidos por el paciente.

## DIFUSIÓN

1. Existirá una copia accesible en el control de enfermería de la sala de espera de pacientes.
2. Se podrá acceder a él a través de la intranet en guías y procedimientos.

## RESPONSABILIDAD

Será responsabilidad de la Coordinación del SCCU, la evaluación del cumplimiento del este protocolo y del personal de enfermería la aplicación correcta de él.

## INDICADORES

Definición Indicador		1. Porcentaje de usuarios identificados según protocolo
Tipo de indicador	Resultado	
Dimensión	Seguridad	
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes atendidos en urgencias que no cumplan la correcta identificación}}{\text{Nº Total de pacientes atendidos en urgencias}} \times 100$	
Estándar	< 0,05%	
Definición Términos	Brazaletes de identificación	
Justificación	Resguardar la Seguridad del Paciente	
Fuente de información	Constatación Visual	
Periodicidad	Mensual	
Responsable	Supervisión del SCCU	

# Identificación de pacientes y familiares en el SCCU

---

## OBJETIVOS.

Proporcionar al personal de enfermería de SCCU, un documento que permita estandarizar los procedimientos a seguir para asegurar la identificación inequívoca de pacientes y familiares en el servicio.

- ✓ Identificar a los usuarios del SCCU, así como a su acompañante con un distintivo (etiqueta de color) para favorecer su identificación como paciente o acompañante en la sala de espera.
- ✓ Controlar la deambulación de personas no identificadas en el servicio.
- ✓ Controlar la entrada al servicio de familiares o acompañantes, con el fin de prevenir la masificación de la sala de espera de pacientes.

## RECURSOS NECESARIOS

### MATERIALES

- Pegatinas de colores

Se dispondrá de pegatinas con el distintivo de “PACIENTE” en tres colores diferente (amarillo, verde y naranja), con el fin de alternar los colores diariamente.

De igual forma existirán pegatinas de estos tres colores para identificar a los familiares, en las que se lee “FAMILIAR”

### HUMANOS

- Los TCAE del área de puerta serán los encargados de llevar a cabo este procedimiento.

## REGULACIÓN LEGAL

LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley General de Sanidad Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario Español.

Recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations

## METODOLOGÍA

Diariamente, se seleccionará el color que se va a utilizar durante el día en curso. Esto se llevará a cabo en el turno de noche, cuando el volumen de pacientes residuales en el área de policlínica sea menor.

Se utilizará el mismo color para el paciente y el familiar.

Llegado el momento del cambio, el TCAE de la puerta de urgencias retirará las pegatinas de los pacientes que queden en ese momento en el área de policlínica y le ofrecerá la nueva para que se la coloquen.

### Colocación

El TCAE del área de puerta informará al paciente y/o acompañante previo a su colocación de:

1. Proporcionará la pegatina al familiar y al paciente informándoles que tienen que colocársela en un lugar visible, conservándola durante toda su estancia en el servicio.
2. La importancia de comunicar al personal de enfermería si se ha deteriorado o desprendido, para su inmediato reemplazo.
3. Comprobará su correcta colocación.

## **Reposición**

Las causas que pueden llevarnos a tener que sustituir la pegatina podrían ser:

- Deterioro
- Pérdida

## **Retirada**

Las pegatinas tanto de familiar como de paciente debe ser portada por el paciente/ familiar durante su estancia en el servicio, siendo retirada:

1. Al alta: será el TCAE de puerta de urgencias el encargado de retirarla a la salida del paciente y familiar tras el alta.
2. Ingreso en STC, OBS u hospitalización: al preparar al paciente para su paso a esta área, el TCAE que lo atiende será el encargado de retirársela, tanto al paciente como al familiar.
3. Intercambio de familiar: El TCAE que autoriza el cambio será el encargado de la retirada de la pegatina de un familiar y colocación en el otro.

## **OBSERVACIONES**

En el caso de pacientes pediátricos solo se identificará con la pegatina al acompañante.

Las pegatinas están localizadas en admisión de urgencias.

## **DIFUSIÓN**

1. Existirá una copia accesible en el control de enfermería de la sala de espera de pacientes.
2. Se podrá acceder a él a través de la intranet en guías y procedimientos.

## **RESPONSABILIDAD**

Será responsabilidad de la Coordinación del SCCU, la evaluación del cumplimiento del este protocolo y del personal de enfermería la aplicación correcta de él.

# Identificación de pacientes en el área de Tratamientos Cortos

---

## OBJETIVOS.

Proporcionar al personal de enfermería de SCCU, un documento que permita estandarizar los procedimientos a seguir para asegurar la identificación inequívoca de pacientes en el área de Tratamientos Cortos (STC).

- ✓ Identificar a los usuarios de la STC con un distintivo (etiqueta verde) para favorecer su identificación como paciente.
- ✓ Controlar a modo de prevención, la deambulación, ubicación errónea o la mala circulación de estos pacientes por diferentes lugares del servicio.

## RECURSOS NECESARIOS

### Materiales

Pegatinas de color verde con el distintivo de “STC”

### Humanos

Los TCAE del área de policlínica y de OBS-STC serán los encargados de llevar a cabo este procedimiento.

## REGULACIÓN LEGAL

LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Ley General de Sanidad Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario Español.

Recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations

Una vez que es atendido el paciente en el área de policlínica y se decide su paso a STC, el auxiliar responsable de su preparación deberá asegurar su correcta identificación.

### **Colocación**

1. Previo a su colocación se informará al paciente y/o acompañante de su finalidad y de la importancia de comunicar al personal de enfermería si se ha deteriorado o desprendido, para su inmediato reemplazo.
2. Retirar la pegatina de paciente que porta desde su entrada al servicio.
3. Colocar la pegatina al paciente informándoles que tienen que conservarla en un lugar visible durante toda su estancia en el servicio.
4. Comprobar su correcta colocación.
5. Retirar la pegatina de familiar al acompañante.

### **Reposición**

Las causas que pueden llevarnos a tener que sustituir la pegatina podrían ser:

- Deterioro
- Pérdida

### **Retirada**

1. Al alta: será el TCAE del área de tratamientos corto el encargado de retirarla.
2. Ingreso en OBS u hospitalización: al preparar al paciente para su paso a estas áreas, el TCAE que lo atiende será el encargado de retirársela.

## **DIFUSIÓN**

1. Existirá una copia accesible en el control de enfermería de la sala de espera de pacientes y consulta de enfermería.
2. Se podrá acceder a él a través de la intranet en guías y procedimientos.

## **RESPONSABILIDAD**

Será responsabilidad de la Coordinación del SCCU, la evaluación del cumplimiento del este protocolo y del personal de enfermería la aplicación correcta de él.



# Identificación de familiares de pacientes de STC y OBS

---

## JUSTIFICACIÓN

El acceso de los familiares al área de Observación y Sala de tratamientos Cortos debe establecerse con el mayor respeto a los derechos del paciente, disminuye la ansiedad del paciente y su familia pero no debe alterar el normal funcionamiento del Servicio y el proceso de atención médica de situaciones urgentes. Por ello y para la garantizar la intimidad del paciente, el proceso de información y disminuir tensiones y conflictos; es básico regularizar la visita, acompañamiento y la información clínica. Esto hace que se tenga que prestar una especial atención al tránsito de familiares por las distintas áreas del servicio.

## OBJETIVOS

Proporcionar al personal de enfermería de SCCU, un documento que permita estandarizar los procedimientos a seguir para asegurar la identificación inequívoca de los familiares de pacientes ingresados en el área de observación y Tratamientos Cortos durante el periodo de visitas.

## RECURSOS NECESARIOS

### Humanos

- TCAE de puerta

### Materiales

- Pegatinas de color rojo con el distintivo de “VISITAS”, en la que se especifique la fecha y hora.

## REGULACIÓN LEGAL

LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley General de Sanidad Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario Español.

Recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.  
Joint Comission on Accreditation of Health Care Organizations.

## METODOLOGÍA

Llegado el momento establecido para las visitas de los pacientes de observación y tratamientos cortos, uno de los auxiliares de la sala de espera, será el encargado del paso de los familiares. Debido a que este paso se lleva a cabo a través del área de consultas, se hace necesario poder identificarlos. Para ello se colocará la etiqueta de color rojo siguiendo el siguiente procedimiento:

1. Localización de los familiares (dos por enfermo).
2. Previo a su colocación se informará al familiar de su finalidad.
3. Proporcionarle la pegatina informándole que tienen que conservarla en un lugar visible durante toda su estancia en el servicio.
4. Comprobar su correcta colocación.
5. Una vez concluida la visita, el auxiliar del área de STC – OBS comunicará la finalización del tiempo establecido e irá retirando las pegatinas al mismo tiempo que los orienta para la salida.
6. Una vez finalizada la visita y comprobado que no quedan familiares en el área de Observación o Sala de tratamientos Cortos, el Auxiliar de esta área deberá llamar al compañero de la sala de espera para informarle de la finalización de la visita para cerrar la puerta.

## DIFUSIÓN

1. Existirá una copia accesible en el control de enfermería de la sala de espera de pacientes.
2. Se podrá acceder a él a través de la intranet en guías y procedimientos.

## RESPONSABILIDAD

Será responsabilidad de la Coordinación del SCCU, la evaluación del cumplimiento del este protocolo y del personal de enfermería la aplicación correcta de él.

## ACTUALIZACIÓN

El presente documento deberá revisarse cada cuatro años. Será el Coordinador de enfermería del área, el responsable de dicha revisión. De no realizarse ésta, se entenderá prorrogado.

## BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Procedimiento general de identificación de pacientes. Comité Operativo para la seguridad del Paciente. Consejería de Salud. Diciembre 2009
- ✓ Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. Agencia de Calidad de Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2010.
- ✓ Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla.2010
- ✓ Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA 2011-2014. Consejería de Salud 2011.Junta de Andalucía.
- ✓ Recomendación número 12- Identificación inequívoca de pacientes. Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud
- ✓ Soluciones para la seguridad del paciente .Identificación de pacientes. Volumen 1. Solución 2. Mayo 2007. Joint Commission Intenational.
- ✓ Banco de Prácticas Innovadoras. Salud innova. Seguridad en la identificación de pacientes. Septiembre 2008.

- ✓ Comité operativo para la seguridad del paciente. Procedimiento general de identificación de pacientes. Observatorio para la seguridad del paciente. Consejería de Salud. Mayo 2010.
- ✓ Estrategia para la seguridad del paciente 2006-2010. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- ✓ Consejería de Salud. Procedimiento general de identificación de pacientes del SSPA. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía 2009.