



Resolución Directoral

Miraflores, 28 de Febrero de 2020.

VISTO:

El Expediente Nº 20-002482-001 que contiene el Informe Nº 027-2020-OGC-HEJCU elaborado por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y el Informe Nº 032-2020-OEPP-HEJCU emitido por el Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto quien, a su vez, remite el Informe Nº 008-2020-EOM-OEPP-HEJCU elaborado por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización de la citada oficina del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; y,

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; y, la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Que, el segundo párrafo del artículo 5 del Decreto Supremo 013-2006-SA, Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben de contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad y otros que sean necesarios, según sea el caso.

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud orientando a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 727-2009/MINSA, se aprobó el documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú.

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA, se aprobó la Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, el cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, así como estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos y explícitos para la emisión de los documentos normativos.

Que, mediante Resolución Directoral Nº 219-2019-DG-HEJCU, de fecha 15 de agosto de 2019, se aprobó la Directiva Nº 003-2019-DG/HEJCU: Lineamientos para la identificación correcta del paciente del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.



Que, mediante Informe N° 027-2020-OGC-HEJCU, de fecha 07 de febrero de 2020, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad remite el proyecto de Directiva N° 001-2020-DG/HEJCU: Lineamientos para la identificación correcta del paciente del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, para su revisión y aprobación mediante Resolución Directoral.

Que, es objetivo general de la precitada directiva fortalecer las prácticas seguras de atención al usuario mediante la implementación del uso correcto del brazalete de identificación durante todo el tiempo que el paciente permanezca en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa con la finalidad de reducir, entre otros, errores en la dispensación de medicamentos garantizando la seguridad del paciente durante su atención.

Que, mediante Informe N° 032-2020-OEPP-HEJCU, de fecha 17 de febrero de 2020, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto remite el Informe N° 008-2020-EOM-OEPP-HEJCU elaborado por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización de la citada oficina, quien, a su vez, emite opinión técnica favorable respecto a la estructura de la Directiva N° 001-2020-DG/HEJCU: Lineamientos para la identificación correcta del paciente del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Que, en ese sentido, resulta necesario aprobar el proyecto de Directiva N° 001-2020-DG/HEJCU: Lineamientos para la identificación correcta del paciente del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Estando a lo señalado en los párrafos precedentes y contando con el visado de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Jefa del Departamento de Enfermería, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, aprobado por Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA, la Resolución Viceministerial N°001-2020-SA/DVMPAS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR la **Directiva N° 001-2020-DG/HEJCU: Lineamientos para la identificación correcta del paciente del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa**, el mismo que, como anexo, forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2.- ENCARGAR a la Oficina de Gestión de la Calidad, al Departamento de Enfermería, a la Oficina de Estadística e Informática la ejecución de las acciones correspondientes para el cumplimiento de la directiva aprobada en el artículo 1 de la presente resolución.

ARTÍCULO 3.- ENCARGAR a la Oficina de Gestión de la Calidad de la difusión, implementación, aplicación y supervisión de la citada directiva.

ARTICULO 4.- DEJAR SIN EFECTO la vigencia de la Resolución Directoral N° 219-2019-DG-HEJCU y todas aquellas que se opongan a la presente resolución.

ARTÍCULO 5.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente resolución en el portal *web* institucional de la entidad (www.hejcu.gob.pe).

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

LJPE /SEEV//CMHC/JETA/JCCF/LCD/ysm

Distribución:

- Dirección General
- Of. de Gestión de la Calidad
- Dpto. de Enfermería
- Of. Ejecutiva de Administración
- Of. de Planeamiento y Presupuesto
- Of. Asesoría Jurídica
- Oficina de Estadística e Informática
- Oficina de Transporte, Vigilancia y Seguridad
- Of. Comunicaciones
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

Dr. LUIS JULIO PANCORVO ESCALA
Director General (e)
CMP. 9633 RNE. 2547



DIRECTIVA N° 001-2020-DG/HEJCU "LINEAMIENTOS PARA LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA"

1. FINALIDAD

La presente directiva establece los mecanismos y procedimientos internos para identificación correcta de los pacientes que acuden al Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", con la finalidad de reducir los errores en la dispensación de medicamentos, toma de análisis clínicos, exámenes de imágenes, cirugías, garantizando la seguridad del paciente durante su atención.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer las prácticas seguras de atención al usuario mediante la implementación del uso correcto del brazalete de identificación durante todo el tiempo que el paciente permanezca en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de errores en la identificación de los pacientes.
- 2.2.2 Establecer barreras de seguridad para la prevención de eventos adversos relacionados con la identificación del paciente en los servicios de emergencia y hospitalización del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- 2.2.3 Incrementar los niveles de calidad del desempeño del personal que se encarga de la atención del paciente durante su permanencia en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

3. AMBITO DE APLICACIÓN

UPSS de Emergencia y Hospitalización del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

4. BASE LEGAL

- Ley General de Salud N° 26842 y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el "Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".





- Directiva Sanitaria N° 003-IGSS V. 01: Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente, aprobada mediante RJ N° 393-2016/IGSS)
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA que aprueba la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 676-2006-MINSA "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008"

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

- 5.1.1 Seguridad del paciente:** Ausencia de riesgo o daño potencial relacionado con la prestación de servicios de salud, sustentada en elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas con el objetivo de reducir al máximo el riesgo de sufrir un incidente o evento adverso durante la atención o mitigar sus consecuencias.
- 5.1.2 Cultura de seguridad:** Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.
- 5.1.3 Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.
- 5.1.4 Gestión del riesgo:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.
- 5.1.5 Prevención del riesgo:** Acciones que buscan disminuir el riesgo de que aparezcan eventos adversos y abordarlos de manera precoz para minimizar daños y evitar su aparición o reaparición y reducir su impacto.
- 5.1.6 Evento adverso:** Incidente desfavorable, percance terapéutico o en el apoyo al diagnóstico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de atención.
- 5.1.7 Identificación del paciente:** Procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.
- 5.1.8 Brazaletes de identificación:** Dispositivo gráfico que contiene los datos de identificación del paciente.

5.2 DISPOSICIONES

- a. La presente directiva es de uso de todo el personal administrativo y asistencial del Hospital de Emergencias "Casimiro Ulloa" que establezca contacto con el paciente para brindarle algún servicio que requiera su identificación correcta.
- b. El brazaletes de identificación es de uso obligatorio por todos los pacientes adultos que reciben atención en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" para la recuperación de su salud.
- c. El brazaletes de identificación será colocado por el personal de Enfermería a los pacientes que requieran hospitalización al momento de pasar a piso





- o al momento de aperturar historia clínica de hospitalización en las salas de Reposo de Damas y/o Varones.
- d. El brazalete de identificación será colocado por el personal de enfermería a los pacientes de prioridad de atención I en la sala de traumashock.
 - e. El brazalete de identificación será colocado por el personal de enfermería a los pacientes que serán atendidos en las salas de Reposo de Damas y Varones.
 - f. El brazalete de identificación será retirado por el Personal de Vigilancia al momento de la salida del paciente del hospital.

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 Funciones

6.1.1 Dirección General

- Disponer la compra de los brazaletes de identificación del usuario.
- Aprobar mediante Resolución Directoral la Directiva para el uso correcto del brazalete de identificación del usuario.

6.1.2 Oficina de Gestión de la Calidad

- Monitorear la correcta implementación de la directiva.

6.1.3 Oficina de Estadística e Informática

- Requerir la compra de los brazaletes de identificación del usuario de manera oportuna.
- Asegurar el stock de brazaletes para identificar correctamente a los usuarios que reciben atención en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- Capacitar al personal de enfermería en la colocación y uso correcto del brazalete de seguridad.

6.1.4 Departamento de Enfermería

- Colocar los brazaletes de identificación a los pacientes de prioridad I y II (Traumashock y Salas de reposo de Damas y varones)
- Verificar el adecuado estado de conservación de los brazaletes y reemplazarlos en caso de deterioro.

6.1.5 Servicio de vigilancia

- Retirar los brazaletes de identificación a los pacientes que salen de alta.

6.2 Momentos de identificación de pacientes

Los momentos de identificación del paciente son los siguientes:

- Identificación al ingreso a reposo de damas y varones y traumashock.
- Identificación al momento de hospitalización.
- Identificación antes de la administración de fármacos.





- Identificación antes del traslado del paciente a un área de apoyo al diagnóstico o tratamiento.
- Identificación antes de la cirugía en la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía.
- Identificación antes de cada procedimiento
- Identificación antes de la toma de muestra de laboratorio.
- Identificación antes de transfundir sangre.

6.3 Consideraciones específicas

- a. El brazalete de identificación debe colocarse antes de iniciar cualquier procedimiento de atención clínica, en el momento del ingreso del paciente a los servicios de emergencia (traumashock y reposo de damas/varones) o de hospitalización.
- b. Informar al paciente y al personal responsable de la atención que el brazalete de identificación NO debe retirarse hasta el momento del alta.
- c. El brazalete de identificación se colocará en la muñeca de la mano derecha y, si no fuera posible, en la muñeca de la mano izquierda y, si no, en el tobillo derecho y, si no, en el tobillo izquierdo.
- d. El brazalete de identificación tiene una duración promedio de 14 (catorce) días. Si al cabo de dicho tiempo o antes de que se cumpla dicho plazo el brazalete muestra signos de deterioro, el personal de enfermería deberá solicitar uno nuevo en el módulo de admisión.
- e. No se realizará pruebas diagnósticas ni administrarse medicamentos o componentes sanguíneos a pacientes que no tengan brazalete de identificación.
- f. En caso de realizar un procedimiento que requiere que el brazalete sea retirado, la persona que lo retira deberá solicitar uno nuevo para colocárselo al paciente.
- g. En caso de defunción del paciente, el personal de vigilancia de turno retirará el brazalete en el momento en que éste sea retirado del mortuario y lo colocará en una caja destinada debidamente rotulada.

6.4 Procedimiento

El procedimiento para el correcto uso de brazaletes de identificación del usuario es el siguiente:

6.4.1 Evaluación en triaje

- a. Paciente llega a triaje
- b. Personal de enfermería entrevista y realiza control de funciones vitales del paciente para determinar su admisión o no admisión para recibir atención en el hospital.
- c. Si el/la paciente es admitido para atención, el personal de enfermería determina la prioridad de atención según normatividad vigente.
- d. Paciente se dirige a caja (Solo si es paciente particular) para realizar el pago por su atención, recibe su ticket y luego se dirige a admisión.
- e. Paciente particular o asegurado llega al módulo de admisión para registrarse y obtener ficha de atención.





- f. Personal de Admisión verifica la identidad del usuario con el DNI del paciente y entrega ficha de emergencia anexando el brazalete de identificación.
- g. Paciente se dirige al destino indicado en la tarjeta que el personal de triaje le entregó a su ingreso según prioridad de atención y entrega su brazalete al personal de enfermería quien se lo colocará previa verificación de la identidad del usuario.

Nota: El paciente de prioridad I ingresa directamente a la sala de traumashock.

6.4.2 Cuando el/la paciente ingresa a traumashock

- Personal de admisión identifica al usuario
- Personal de enfermería coloca brazalete de identificación al usuario.
- Personal de enfermería verifica identificación correcta del usuario.

6.4.3 Cuando el/la paciente pasa a sala de reposo de damas/varones

- a. Personal de enfermería verifica que el/la paciente porte el brazalete de identificación correctamente llenado y se lo coloca.
- b. Si el paciente no cuenta con el brazalete de identificación, se notifica al personal de admisión para que imprima uno y enfermería lo recoja para la posterior colocación al usuario.
- c. Personal de enfermería reemplaza el brazalete de seguridad en caso de deterioro de este como resultado de los procedimientos propios de su atención.
- d. Personal de enfermería verifica en todo momento el correcto uso del brazalete de identificación.

6.4.4 Cuando el/la paciente ingresa a hospitalización

a. Sala de Reposo de Damas y Varones

- Personal de enfermería coloca el brazalete de identificación a los pacientes con indicación de hospitalización pero que, por falta de camas, permanecen en esas áreas.

b. Centro quirúrgico

- Personal de enfermería verifica que el paciente ingrese con su brazalete de identificación correctamente colocado.
- Personal de enfermería verifica que el paciente egrese de centro quirúrgico con su brazalete de identificación adecuadamente conservado, de lo contrario, lo reemplazará por uno nuevo.

c. UCI/UCINT

- Personal de enfermería verifica que el paciente ingrese con su brazalete de identificación correctamente colocado.
- Personal de enfermería verifica el adecuado estado de conservación del brazalete, reemplazándolo por uno nuevo si es necesario.





d. Neurocirugía

- Personal de enfermería verifica que el paciente ingrese con su brazalete de identificación correctamente colocado.
- Personal de enfermería verifica el adecuado estado de conservación del brazalete, reemplazándolo por uno nuevo si es necesario.

e. Hospitalización medicina/Traumatología/Cirugía

- Personal de enfermería verifica que el paciente ingrese con su brazalete de identificación correctamente colocado.
- Personal de enfermería verifica el adecuado estado de conservación del brazalete, reemplazándolo por uno nuevo si es necesario.

6.4.5 Cuando el paciente sale de alta

- Personal de vigilancia retira el brazalete de identificación del usuario al momento de salir del hospital.

7. RESPONSABILIDAD

La responsabilidad de velar por el cumplimiento de la presente directiva es de: Dirección General, Oficina de Estadística e Informática, Departamento de Enfermería y Oficina de Gestión de la Calidad.

8. DISPOSICIONES FINALES

La presente Directiva entra en vigencia al día siguiente de su aprobación y publicación.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS José Casimiro Ulloa
Dra. SONIA ESCUDERO VIDAL
Jefe de la Oficina Gestión de la Calidad