Red Ciencia 360
ISSN: 3121-2875 / Vol. 3, N. 2 / e-60
10.66231/RedCiencia360.v3i1.60
Artículo científico de investigación

Identificación correcta del paciente en un hospital de referencia de Nicaragua: conocimientos, prácticas y barreras del personal de salud

Correct patient identification in a Nicaraguan referral hospital: knowledge, practices and barriers of health personnel

Dora María Cerrato
Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños", Managua, Nicaragua
https://orcid.org/0009-0001-4921-0493 doramaria.cerrato@gmail.com
María Lastenia Rivas Barahona
Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños", Managua, Nicaragua
https://orcid.org/0000-0001-9485-9040 rivas.barahona@yahoo.es
Maybell de los Ángeles López
Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños", Managua, Nicaragua
https://orcid.org/0009-0005-9879-739X diosmeamaangeles@hotmail.com
Karla Lissette González Gómez
Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños", Managua, Nicaragua
https://orcid.org/0009-0001-9392-6018 gomezkar2@gmail.com
Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud "Dr. Benjamín Barreto Baca", UNAN-Managua/CIES, Nicaragua. https://orcid.org/0000-0001-9908-0917 erick.chamorro@cies.unan.edu.ni

Cita sugerida: Cerrato, D. M., Rivas Barahona, M. L., López, M. de los Ángeles, González Gómez, K. L., & Chamorro Segovia, E. A. de J. (2026). Identificación correcta del paciente en un hospital de referencia de Nicaragua: conocimientos, prácticas y barreras del personal de salud. *RedCiencia 360, 3*(2), 60. https://doi.org/10.66231/RedCiencia360.v3i2.60

Recepción: 08 de julio de 2026
Aceptado: 03 de septiembre de 2026
Publicado: 13 de octubre de 2026

Copyright: © 2026 Dora María Cerrato, María Lastenia Rivas Barahona, Maybell de los Ángeles López, Karla Lissette González Gómez, Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia; Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia de uso y distribución Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

RESUMEN

Describir los conocimientos declarados, las prácticas autoinformadas y las barreras percibidas relacionadas con la identificación correcta del paciente entre trabajadores de un hospital nicaragüense. Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado entre enero y junio de 2026, con 209 trabajadores seleccionados mediante muestreo no probabilístico por bola de nieve. Se aplicó un cuestionario digital autoadministrado y se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias y porcentajes. El 69,9 % pertenecía a enfermería y el 22,0 % al personal médico. El 99,0 % reconoció la identificación correcta como prioridad de seguridad y el 96,7 % manifestó conocer el protocolo institucional. El 88,5 % declaró verificar al menos dos identificadores antes de procedimientos o administración de medicamentos. El 45,9 % informó haber observado situaciones de riesgo sin consecuencias y el 14,8 % situaciones con consecuencias; además, el 25,8 % manifestó dudas sobre la identidad de pacientes. Las principales barreras percibidas fueron resistencia del personal (26,3 %), falta de supervisión (20,1 %) y problemas de legibilidad de brazaletes (17,2 %). El elevado reconocimiento declarado coexistió con experiencias de riesgo y barreras percibidas. Estos hallazgos exploratorios justifican evaluaciones observacionales del proceso de identificación, sin permitir establecer el cumplimiento institucional ni la frecuencia real de errores asistenciales.
Palabras clave: Seguridad del paciente; Identificación del paciente; Personal de salud; Calidad de la atención; Hospitales.

ABSTRACT

To describe the reported knowledge, self-reported practices, and perceived barriers related to correct patient identification among workers at a Nicaraguan hospital. An observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted between January and June 2026 with 209 workers selected using non-probability snowball sampling. A self-administered digital questionnaire was used, and descriptive analysis was performed using frequencies and percentages. 69.9% of participants were nurses and 22.0% were physicians. 99.0% recognized correct identification as a safety priority, and 96.7% reported knowing the institutional protocol. 88.5% reported verifying at least two identifiers before procedures or medication administration. 45.9% reported observing risky situations without consequences, and 14.8% reported situations with consequences; additionally, 25.8% expressed doubts about patient identity. The main perceived barriers were staff resistance (26.3%), lack of supervision (20.1%), and problems with bracelet legibility (17.2%). High reported recognition coexisted with experiences of risk and perceived barriers. These exploratory findings justify observational evaluations of the identification process, but do not allow for establishing institutional compliance or the actual frequency of healthcare errors.
Keywords: Patient safety; Patient identification; Healthcare personnel; Quality of care; Hospitals.

https://doi.org/10.66231/RedCiencia360.v3i2.60

1. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente constituye un componente esencial de la calidad asistencial y una prioridad de los sistemas sanitarios. El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021–2030 promueve la prevención del daño evitable mediante prácticas seguras, aprendizaje organizacional y participación de pacientes y profesionales (World Health Organization [WHO], 2021). El informe mundial de 2024 también destaca la necesidad de reforzar las políticas de seguridad y su evaluación en los servicios de salud (WHO, 2024). Entre los procesos asistenciales fundamentales se encuentra la identificación correcta del paciente, cuya falla puede comprometer la administración de medicamentos, la toma de muestras, las transfusiones y los procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

La identificación segura exige confirmar que cada intervención corresponde a la persona indicada, mediante procedimientos reproducibles y no únicamente mediante la presencia de un brazalete. La OMS recomienda emplear al menos dos identificadores confiables y evitar aquellos basados en la ubicación física, como la cama o la habitación (WHO, 2007). En concordancia, Joint Commission International (JCI) incluye la identificación correcta del paciente entre sus objetivos internacionales de seguridad (JCI, 2026). La aplicación cotidiana de estas medidas depende asimismo de la calidad de los registros, la verificación activa y las condiciones de organización del trabajo.

La evidencia disponible aborda dimensiones complementarias del problema. De Rezende y Melleiro (2022) plantean un marco conceptual de identificación segura que integra gestores, profesionales, pacientes y familiares con componentes educativos y tecnológicos. En un hospital de tercer nivel, Jiménez-Gutiérrez et al. (2019) documentaron variaciones en el apego al proceso de identificación entre servicios mediante una evaluación distinta del autoinforme de trabajadores. Por su parte, Castillo-Siranaula et al. (2024) revisaron intervenciones de enfermería relacionadas con la identificación del paciente. Estos trabajos permiten situar la identificación como un proceso clínico y organizacional, pero sus enfoques y mediciones no son intercambiables; en particular, los conocimientos declarados y las prácticas autoinformadas no equivalen a la observación del cumplimiento efectivo.

https://doi.org/10.66231/RedCiencia360.v3i2.60

En América Latina, la identificación del paciente forma parte de las políticas de seguridad sanitaria de Colombia, Brasil y México (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008; Ministério da Saúde, 2013; Consejo de Salubridad General, 2023). En Nicaragua, las disposiciones del Ministerio de Salud sobre identificación del recién nacido constituyen un antecedente específico del ámbito materno-infantil, sin representar por sí mismas una norma general de identificación de todos los pacientes hospitalizados (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2008, 2022). Para el Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" se cita además una política institucional de identificación de pacientes hospitalizados (Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños", 2018), cuya versión y vigencia durante el período investigado requieren confirmación documental.

En este contexto, estudiar conjuntamente el reconocimiento declarado de los procedimientos, las prácticas autoinformadas y las barreras percibidas permite obtener una caracterización inicial de dimensiones complementarias de la identificación del paciente, sin confundirlas con indicadores observacionales de cumplimiento o con tasas de incidentes. Esta aproximación puede ayudar a delimitar aspectos prioritarios para evaluaciones posteriores en el entorno institucional estudiado. Por ello, el objetivo de esta investigación fue describir los conocimientos declarados, las prácticas autoinformadas y las barreras percibidas relacionadas con la identificación correcta del paciente entre trabajadores del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños", en Managua, Nicaragua.

2. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños", ubicado en Managua, Nicaragua, durante el período comprendido entre enero y junio de 2026. La investigación tuvo como propósito describir los conocimientos declarados, las prácticas autoinformadas y las barreras percibidas por los trabajadores sanitarios en relación con la identificación correcta del paciente.

Se analizaron 209 cuestionarios correspondientes a trabajadores vinculados directa o indirectamente con la atención hospitalaria y los procesos de identificación de pacientes,

incluidos profesionales de enfermería, médicos, técnicos asistenciales y otros colaboradores. La captación se realizó mediante muestreo no probabilístico por bola de nieve, con participación voluntaria. Debido a este procedimiento de selección, los resultados describen las características y respuestas de los participantes, sin asumir representatividad estadística del conjunto de trabajadores de la institución.

La información se recopiló mediante un cuestionario digital estructurado y autoadministrado, distribuido a través de Google Forms, con una duración estimada de cinco minutos. El instrumento incluía una sección inicial de consentimiento informado y preguntas relacionadas con las características laborales, el conocimiento declarado de las metas de seguridad y del protocolo institucional, las prácticas autoinformadas de identificación, las experiencias relacionadas con situaciones de riesgo o error y las barreras y oportunidades de mejora percibidas. Las variables comprendieron categoría profesional, antigüedad laboral, área de trabajo, identificadores utilizados, frecuencia declarada de verificación de al menos dos identificadores, uso y legibilidad de brazaletes, dudas sobre la identidad del paciente, conocimiento del protocolo, percepción de capacitación y compromiso personal. Algunas preguntas permitían seleccionar múltiples alternativas. No se cuenta con documentación suficiente para establecer las propiedades de validez y confiabilidad del cuestionario.

Los datos se registraron digitalmente y se analizaron mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes para las variables categóricas. Según el procedimiento descrito para los ítems de selección múltiple, cada alternativa se calculó sobre el total de participantes, por lo que los porcentajes podían superar conjuntamente el 100 %. La variable antigüedad laboral contó con 207 respuestas válidas. Los conocimientos se interpretaron como reconocimientos declarados y las prácticas como comportamientos autoinformados. Las experiencias relacionadas con situaciones de riesgo o error se consideraron reportes de los participantes, sin equipararlas al número de incidentes asistenciales confirmados.

La participación fue voluntaria y estuvo precedida por un consentimiento informado incluido en el formulario digital. Se informó a los participantes sobre el carácter anónimo

de las respuestas y la ausencia de repercusiones institucionales por decidir no participar. La información se analizó de manera agregada y se destinó a fines de investigación y mejora de la seguridad del paciente.

3. RESULTADOS

Participaron 209 trabajadores del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños", de los cuales 146 (69,9 %) pertenecían al personal de enfermería, 46 (22,0 %) al personal médico, 13 (6,2 %) a otras categorías ocupacionales y cuatro (1,9 %) al personal técnico. Para la antigüedad laboral se dispuso de 207 respuestas válidas, con una distribución relativamente homogénea entre quienes tenían de uno a cinco años (34,3 %), de seis a diez años (33,3 %) y más de diez años de servicio (32,4 %). El área de hospitalización concentró el 37,8 % de los participantes (tabla 1).

Tabla 1

Características laborales de los participantes

Variable	Categoría	n	%
Profesión	Enfermería	146	69,9
	Médico	46	22,0
	Otras categorías	13	6,2
	Técnico	4	1,9
Antigüedad laboral	1–5 años	71	34,3
	6–10 años	69	33,3
	Más de 10 años	67	32,4

Nota. Para la profesión, n = 209; para la antigüedad laboral, n = 207.

El reconocimiento declarado de la identificación correcta del paciente fue elevado: 207 participantes (99,0 %) señalaron conocer su condición de meta prioritaria de seguridad y 205 (98,1 %) la consideraron muy importante en su práctica diaria. Asimismo, 202 trabajadores (96,7 %) manifestaron conocer el protocolo institucional y los 209 (100,0 %) expresaron compromiso personal con su cumplimiento y promoción. Entre los identificadores reportados, predominó el nombre completo (95,2 %), seguido del número de expediente (53,1 %), el sexo (31,6 %) y la fecha de nacimiento (28,7 %), en una pregunta que admitía respuestas múltiples (tabla 2).

En relación con las prácticas autoinformadas, 185 participantes (88,5 %) declararon verificar al menos dos identificadores antes de realizar procedimientos o administrar medicamentos, mientras que 23 (11,0 %) señalaron hacerlo «casi siempre». Por otra parte, 96 trabajadores (45,9 %) informaron haber observado situaciones de error o riesgo de identificación sin consecuencias, 31 (14,8 %) refirieron situaciones con consecuencias y 82 (39,2 %) indicaron no haber observado estas situaciones. Además, 54 participantes (25,8 %) manifestaron haber tenido dudas sobre la identidad de algún paciente. Estos datos corresponden a experiencias declaradas por los trabajadores y no representan un registro de incidentes clínicos independientes (tabla 2).

Tabla 2

Conocimientos, prácticas autoinformadas y experiencias relacionadas con la identificación del paciente

Dimensión e indicador	n (%)
Conocimiento y valoración	
Reconoce la identificación como meta prioritaria de seguridad	207 (99,0)
Considera muy importante su cumplimiento	205 (98,1)
Conoce el protocolo institucional	202 (96,7)
Expresa compromiso personal con su cumplimiento	209 (100,0)
Identificadores utilizados*	
Nombre completo	199 (95,2)
Número de expediente	111 (53,1)
Sexo	66 (31,6)
Fecha de nacimiento	60 (28,7)
Prácticas autoinformadas	
Declara verificar al menos dos identificadores antes de procedimientos o administración de medicamentos	185 (88,5)
Refiere verificar «casi siempre» al menos dos identificadores	23 (11,0)
Experiencias relacionadas con situaciones de riesgo	
Ha observado situaciones de error o riesgo sin consecuencias	96 (45,9)
Ha observado situaciones de error o riesgo con consecuencias	31 (14,8)
No ha observado situaciones de error o riesgo	82 (39,2)
Ha tenido dudas sobre la identidad de un paciente	54 (25,8)

Nota. Los resultados corresponden a respuestas autoinformadas. *Pregunta de respuesta múltiple. Las dos categorías reportadas sobre frecuencia de verificación suman 209 respuestas; el manuscrito original no permite identificar la categoría correspondiente al participante restante ni precisar la denominación completa de la primera categoría.

Respecto de los brazaletes de identificación, 17 participantes (8,1 %) señalaron que ocasionalmente presentaban problemas de claridad o legibilidad, tres (1,4 %) los consideraron no claros y dos (1,0 %) indicaron que no se utilizaban en su contexto de trabajo. Entre los beneficios atribuidos a la identificación correcta destacaron la prevención de errores de medicación (95,2 %; n = 199) y de procedimientos realizados en pacientes equivocados (90,0 %; n = 188), seguidos de la reducción de riesgos legales (45,0 %; n = 94) y el cumplimiento del protocolo institucional (41,1 %; n = 86).

Las barreras percibidas más frecuentes fueron la resistencia del personal (26,3 %; n = 55), la falta de supervisión (20,1 %; n = 42), los problemas de legibilidad de los brazaletes (17,2 %; n = 36) y la falta de tecnología (12,4 %; n = 26). Asimismo, 15 participantes (7,2 %) consideraron que la institución no desarrollaba capacitaciones periódicas sobre seguridad del paciente e identificación correcta. Entre las acciones propuestas para fortalecer este proceso, 119 trabajadores (56,9 %) priorizaron una mayor participación del paciente y su familia, 72 (34,4 %) señalaron la necesidad de ampliar la capacitación y 52 (24,9 %) destacaron la auditoría y supervisión de los procedimientos (tabla 3).

Tabla 3

Barreras percibidas y acciones de mejora propuestas por los participantes

Dimensión	Respuesta	n (%)
Barreras percibidas*	Resistencia del personal	55 (26,3)
	Falta de supervisión	42 (20,1)
	Problemas de legibilidad del brazalete	36 (17,2)
	Falta de tecnología	26 (12,4)
Acciones de mejora*	Mayor participación del paciente y la familia	119 (56,9)
	Mayor capacitación	72 (34,4)
	Auditoría y supervisión	52 (24,9)

Nota. Preguntas de respuesta múltiple. Los porcentajes se calcularon utilizando como denominador los 209 participantes, conforme al procedimiento descrito en la metodología; por tanto, no necesariamente suman 100 %. Los porcentajes de las barreras fueron recalculados a partir de las frecuencias disponibles.

Finalmente, en las respuestas abiertas relacionadas con el significado de la identificación correcta del paciente destacaron las expresiones «seguridad», «paciente» y

«evitar errores», relacionadas con la prevención de riesgos durante la atención asistencial. Estos hallazgos se presentan con carácter descriptivo, dado que no se dispone de frecuencias específicas ni de información suficiente sobre un procedimiento formal de análisis cualitativo.

4. DISCUSIÓN

En este estudio, el reconocimiento declarado de la identificación correcta del paciente como prioridad de seguridad coexistió con experiencias comunicadas de situaciones de riesgo y dudas sobre la identidad de pacientes. Aunque la mayoría de los participantes manifestó conocer el protocolo institucional y verificar al menos dos identificadores antes de procedimientos o administración de medicamentos, estas respuestas no demuestran por sí mismas que la verificación se realice de forma sistemática. La coexistencia de estas percepciones sugiere aspectos del proceso asistencial que merecen evaluación adicional, sin que sea posible establecer una brecha objetiva entre conocimiento y cumplimiento ni calcular la frecuencia real de incidentes. Esta interpretación es compatible con la orientación de la Organización Mundial de la Salud hacia el aprendizaje a partir de riesgos e incidentes, la medición y la mejora de los procesos de atención (WHO, 2021).

El nombre completo fue el identificador más frecuentemente mencionado, seguido del número de expediente, mientras que la fecha de nacimiento se indicó con menor frecuencia. Resulta especialmente relevante que el 31,6 % de los participantes seleccionara el sexo entre los identificadores utilizados: se trata de una característica insuficientemente específica para establecer por sí sola la identidad de una persona. La OMS recomienda utilizar al menos dos identificadores confiables y evitar aquellos derivados de la ubicación del paciente, como el número de habitación o cama (WHO, 2007). No obstante, al tratarse de una pregunta de respuestas múltiples, no se conoce qué combinaciones de identificadores empleaba cada participante ni si coincidían con las establecidas por el protocolo institucional; por ello, no corresponde atribuir incumplimientos individuales a partir de estas respuestas.

La comparación con estudios previos exige considerar las diferencias en las

mediciones. Jiménez-Gutiérrez et al. (2019) documentaron oportunidades de mejora en el apego al proceso de identificación en un hospital de tercer nivel, con diferencias entre servicios. A diferencia de esa investigación, centrada en la evaluación del proceso mediante un instrumento específico, el presente estudio recogió declaraciones de trabajadores sanitarios. En consecuencia, sus porcentajes no son directamente comparables: describen constructos y unidades de observación diferentes. Esta distinción refuerza la conveniencia de complementar la encuesta con observación estructurada de prácticas de identificación.

Las dificultades vinculadas con los brazaletes y las barreras organizacionales aportan información para orientar nuevas evaluaciones. Los problemas ocasionales de claridad y la falta de legibilidad señalada como barrera proceden de indicadores distintos, por lo que no deben interpretarse como estimaciones equivalentes. Asimismo, la resistencia del personal y la falta de supervisión fueron barreras percibidas, no factores causales demostrados de errores. De Rezende y Melleiro (2022) proponen comprender la identificación segura como un proceso multidimensional que involucra gestión, profesionales, pacientes, educación y recursos tecnológicos. Este enfoque permite formular hipótesis sobre posibles dificultades del sistema, pero el diseño y los datos disponibles no permiten determinar qué componente explica los riesgos comunicados por los encuestados.

La participación del paciente y su familia fue la mejora propuesta con mayor frecuencia, seguida de la capacitación y la auditoría de procedimientos. Estas prioridades son congruentes con las recomendaciones de participación del paciente en la confirmación de su identidad (WHO, 2007, 2021) y con la atención dedicada a las intervenciones de enfermería en la revisión de Castillo-Siranaula et al. (2024), especialmente pertinente dada la elevada proporción de personal de enfermería encuestado. Sin embargo, las preferencias expresadas por los participantes no constituyen evidencia de efectividad. En concordancia con las incertidumbres identificadas en la literatura sobre intervenciones de identificación segura (De Rezende & Melleiro, 2022), cualquier estrategia de mejora debería acompañarse de indicadores observables y una evaluación de sus resultados.

La contribución principal de esta investigación radica en ofrecer información exploratoria sobre los conocimientos declarados, las prácticas autoinformadas y las barreras

percibidas por trabajadores de un hospital nicaragüense, proporcionando elementos para orientar futuras evaluaciones institucionales de la identificación segura del paciente. Desde una perspectiva aplicada, los hallazgos sugieren la conveniencia de fortalecer la verificación activa mediante al menos dos identificadores confiables, revisar periódicamente la legibilidad de los brazaletes y su concordancia con los registros clínicos, y promover la participación de los pacientes y sus familiares en la confirmación de la identidad, cuando las condiciones asistenciales lo permitan. Asimismo, se propone desarrollar auditorías observacionales acompañadas de retroalimentación formativa, capacitación contextualizada y mecanismos de supervisión orientados al aprendizaje organizacional. La incorporación de herramientas tecnológicas, como sistemas electrónicos de verificación, podría considerarse de acuerdo con las necesidades y capacidades institucionales, previa evaluación de su factibilidad. Estas propuestas responden a las barreras percibidas por los participantes y son congruentes con las recomendaciones internacionales sobre seguridad del paciente (WHO, 2007, 2021; De Rezende & Melleiro, 2022). No obstante, su efectividad deberá evaluarse mediante indicadores de proceso y resultado, dado que el presente estudio no permite establecer su impacto sobre el cumplimiento de los procedimientos ni sobre la reducción de errores de identificación.

Los hallazgos deben interpretarse a la luz de limitaciones importantes. El muestreo no probabilístico por bola de nieve, la participación voluntaria y el predominio del personal de enfermería restringen la generalización y pueden introducir sesgo de selección. El cuestionario autoadministrado es susceptible a sesgos de recuerdo y deseabilidad social, y no se dispone de documentación suficiente para valorar sus propiedades de validez y confiabilidad. No hubo observación directa de las prácticas ni contraste con registros de incidentes, por lo que las situaciones comunicadas no pueden equipararse a eventos confirmados; tampoco puede inferirse causalidad a partir del diseño transversal. Finalmente, la información incompleta sobre algunas categorías y denominadores limita la interpretación de determinados porcentajes. Por estas razones, los resultados deben considerarse un diagnóstico exploratorio de las respuestas de los participantes, no una medición objetiva del desempeño institucional.

https://doi.org/10.66231/RedCiencia360.v3i2.60

5. CONCLUSIONES

Los trabajadores encuestados mostraron un elevado reconocimiento declarado de la importancia de la identificación correcta del paciente y del protocolo institucional. No obstante, las experiencias comunicadas sobre situaciones de riesgo, las dudas relacionadas con la identidad de pacientes y las barreras percibidas sugieren la existencia de aspectos que requieren evaluación adicional, especialmente en la selección y verificación de identificadores, la legibilidad de los brazaletes y las condiciones de supervisión. Estos resultados reflejan percepciones y prácticas autoinformadas, sin constituir una medición objetiva del cumplimiento de los procedimientos institucionales.

Los hallazgos ofrecen una aproximación exploratoria a la identificación segura del paciente desde la perspectiva de trabajadores de un hospital nicaragüense y permiten reconocer prioridades para futuras evaluaciones institucionales. La incorporación de observación directa, auditorías de procesos e indicadores de seguridad permitiría contrastar las respuestas del personal con el desempeño asistencial y orientar intervenciones contextualizadas. Debido al muestreo no probabilístico y a las limitaciones de medición, los resultados deben interpretarse exclusivamente en relación con los participantes estudiados, sin extrapolarlos al conjunto de trabajadores del hospital ni a otras instituciones sanitarias.

6. REFERENCIAS

Castillo-Siranaula, K. M., Jiménez-Juela, N., & Morocho-Arias, K. M. (2024). Intervenciones de enfermería en la identificación del paciente: Revisión sistemática. MQRInvestigar, 8(4), 5173–5202. https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.4.2024.5173-5202

Consejo de Salubridad General. (2023). Acciones esenciales para la seguridad del paciente: Actualización 2023. Secretaría de Salud. https://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/2024/acciones_esenciales_seguridad_paciente.pdf

De Rezende, H., & Melleiro, M. M. (2022). Towards safe patient identification practices: The development of a conceptual framework from the findings of a Ph.D. project. The Open Nursing Journal, 16, Article e187443462209290. https://doi.org/10.2174/18744346-v16-e2209290

Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños". (2018). Política y procedimiento para la identificación de pacientes hospitalizados (HM-SDM-POL-01-V-03) [Documento institucional interno].

Jiménez-Gutiérrez, M., Rayón-Leya, F., Rojas-Manzano, V., & González-González, S. (2019). Nivel de apego al proceso de identificación del paciente. Revista de Enfermería Neurológica, 17(1), 29–34. https://doi.org/10.51422/ren.v17i1.259

Joint Commission International. (2026). International patient safety goals. https://www.jointcommission.org/en/standards/international-patient-safety-goals

Ministério da Saúde. (2013). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

Ministerio de Salud de Nicaragua. (2008). Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo (Normativa 011).

Ministerio de Salud de Nicaragua. (2022). Texto de capacitación materno-infantil: V. Atención del recién nacido. https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/publicaciones/V-Atencion%20del%20Reci%C3%A9n%20Nacido%202022-11.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente de la República de Colombia.

Panattieri, N. D., Dackiewicz, N., Arpí, L., Godio, C., Andión, E., Negrette, C., Sabio Paz, V., Nieto, R., & Jorro, F. (2019). Consenso: Seguridad del paciente y las metas internacionales. Archivos Argentinos de Pediatría, 117(Supl. 6), S277–S309. https://doi.org/10.5546/aap.2019.S277

World Health Organization. (2007). Patient identification (Patient Safety Solutions, Vol. 1, Solution 2). https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/patient-safety-solutions

World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705

World Health Organization. (2024). Global patient safety report 2024. https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458

Conflicto de interés

Ninguno.

Financiamiento

Ninguno.

Declaración de responsabilidad autoral

Dora María Cerrato: Conceptualización, investigación, recopilación de datos, administración del proyecto, redacción del borrador original y revisión del manuscrito.

María Lastenia Rivas Barahona: Conceptualización, investigación, recopilación de datos, validación, redacción del borrador original y revisión del manuscrito.

Maybell de los Ángeles López: Investigación, recopilación de datos, validación, curación de datos, redacción del borrador original y revisión del manuscrito.

Karla Lissette González Gómez: Investigación, recopilación de datos, curación de datos, validación, redacción del borrador original y revisión del manuscrito.

Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia: Metodología, análisis formal, curación de datos, validación, visualización, supervisión, redacción, revisión y edición del manuscrito.

Editorial

Red de investigadores científicos de América Latina y el Caribe, número de registro de red ante SENESCYT REG-RED-23-0196, Quito, Ecuador.