

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

MANUAL BUENAS PRÁCTICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN EL LABORATORIO CLÍNICO COM-LAB-CLI-MA-12 V5





1. OBJETIVO:

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para prevenir la ocurrencia de errores en el proceso de identificación del paciente y toma de muestras de laboratorio.

2. ALCANCE:

DESDE: La recepción de muestras provenientes de las diferentes rutas de acceso de pacientes a los servicios de laboratorio clínico de la subred integrada de servicios de salud sur a través de las ordenes médicas generadas en los servicios.

HASTA: La emisión y entrega del resultado.

3. JUSTIFICACION:

El sistema de identificación del paciente y de las muestras es el principal componente de la gestión de calidad en el laboratorio clínico ya que es un pilar fundamental para garantizar la validez y confiabilidad de los resultados de ahí que sea imprescindible promover y desarrollar habilidades que permitan identificar las fallas asociadas a la incorrecta identificación de los pacientes así como también, implementar acciones seguras que logren prevenir y mitigar posibles eventos adversos en la atención en salud.

4. A QUIEN VA DIRIGIDO:

Este documento va dirigido al personal que participa en las actividades que se desarrollan en los laboratorios clínicos de la Subred Sur y a quien pueda interesar ejemplo: estudiantes, grupos de investigación.

5. DEFINICIONES:

ATENCIÓN EN SALUD: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.⁵

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una acción de atención en salud que de manera no intencional produjo daño, estos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

- Evento adverso prevenible: resultado no deseado y no intencional que pudo ser evitado si se cumpliera con los lineamientos del cuidado asistencial.
- Evento adverso no prevenible. resultado no deseado y no intencional que se presenta así se haya cumplido con los lineamientos de cuidado asistencial

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: son acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño u evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.



farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.).

FACTORES CONTRIBUTIVOS: Circunstancia o acción que predisponen una acción insegura y que desempeñan un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que este se produzca.

BARRERA DE SEGURIDAD: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

FASE PREANALITICA: Conjunto de procesos que tienen lugar antes del análisis, a partir de la orden médica con indicación de la prueba, identificación paciente, obtención y manipulación de sus muestras biológicas y transporte al interior del laboratorio.

FASE ANALITICA: comprende todos los procedimientos relacionados directamente con el procesamiento de la muestra.

FASE POS ANALITICA: Conjunto de procesos una vez obtenido el resultado de los análisis y elaborado el informe correspondiente,

6. NORMATIVIDAD APLICABLE:

NORMA	AÑO	DESCRIPCIÓN	EMITIDA POR
Decreto 780	2016	Decreto Único reglamentario del Sector salud y Protección Social	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1043	2006	Estándares de habilitación	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 2680	2007	Por la cual se modifica parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 2378	2008	Por la cual se adaptan las buenas prácticas clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos	Ministerio de protección social
Resolución 1998	2010	Por medio de la cual se definen los lineamientos para la renovación de la habilitación de los prestadores de servicios de salud.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 123	2012	Manual de acreditación.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 2338	2013	Por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual - ITS y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 3100	2019	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.	Ministerio de Salud y Protección Social



7. RESPONSABLE:

Es responsabilidad de la referente de Laboratorios de la Subred Sur, la actualización y divulgación del presente Manual o del designado por el referente del laboratorio o director de servicios complementarios, la socialización se realizará anualmente o cuando sea necesario.

8. CONTENIDO DEL MANUAL:

8.1. INTRODUCCION

La seguridad del paciente es un pilar fundamental y prioritario en la atención en salud de las instituciones, por lo tanto, la presentación de un evento adverso es una alerta de atención insegura. Cuando no se aplican los protocolos establecidos para cada proceso clínico en las diferentes etapas analíticas se pueden producir diversos eventos adversos. Una de las principales causas de incidentes o eventos adversos asociados a la atención en salud es la inadecuada identificación de los pacientes, que tiene una gran importancia debido a la causa de errores asociados que incluyen la inadecuada administración de medicamentos, procedimientos clínicos y diagnósticos realizados de forma errónea que como consecuencia producen complicaciones que pueden poner en peligro la vida del paciente, solicitud de exámenes adicionales, retrasar la entrega de resultados y aumento de costos.

Es necesario que los procesos de las fases preanalítica, analítica y post-analítica se articulen para producir resultados que sean seguros, oportunos y confiables, mediante la verificación de la correcta identificación del paciente que permite detectar y prevenir errores o fallas relacionadas con la práctica de identificación, que desencadenan en factores contributivos para la aparición de evento adverso que comprometen la integridad del paciente, de igual forma, se debe determinar las practicas seguras o barreras de seguridad, que mediante su implementación permitan mitigar el riesgo de errores en la atención en salud.

La fase preanalítica es la que presenta la mayoría de incidentes en el laboratorio clínico. No obstante, en el quehacer diario, es posible que se presentan diferentes eventos asociados con las muestras biológicas que son inherentes al proceso de identificación del paciente y las muestras de laboratorio, entre ellas, el procesamiento de muestras que no cumplen con los condiciones ideales y que pueden propiciar interferencias en los resultados, por lo tanto, se han implementado mecanismos de control para la identificación de muestras con condiciones inadecuadas como el formato de Registro de muestras rechazadas de tamizaje neonatal y el Registro de usuarios no atendidos en consulta externa.

Teniendo en cuenta la importancia del correcto proceder en la identificación de los pacientes y con el fin de fomentar el conocimiento y las habilidades para realizar una práctica de atención en salud segura que permita detectar y prevenir las fallas relacionadas con la identificación incorrecta de los pacientes y las muestras de laboratorio, este manual describe las principales fallas activas, sus factores contributivos y las acciones seguras que ayudan a limitar el riesgo de un posible evento adverso.

8.2. RECURSOS

Tecnológicos	Computadores, impresoras, impresora de stickers
Logísticos	Papelería, listas de chequeo, rollos de papel térmico para impresora.
Humanos.	Bacteriólogos, auxiliares de laboratorio clínico, auxiliares de toma de muestras ambulatorias.



8.3. PROTOCOLO DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

La correcta identificación del paciente y de las muestras biológicas en el laboratorio clínico representa uno de los factores más importantes para garantizar la seguridad del paciente. Por lo tanto, es necesario asegurar que se realice una correcta identificación del paciente y sus muestras en todas las etapas analíticas. Ante ello, la subred sur dispone de un protocolo para la identificación del paciente el cual contiene los criterios y procedimientos que se deben evaluar por todos los

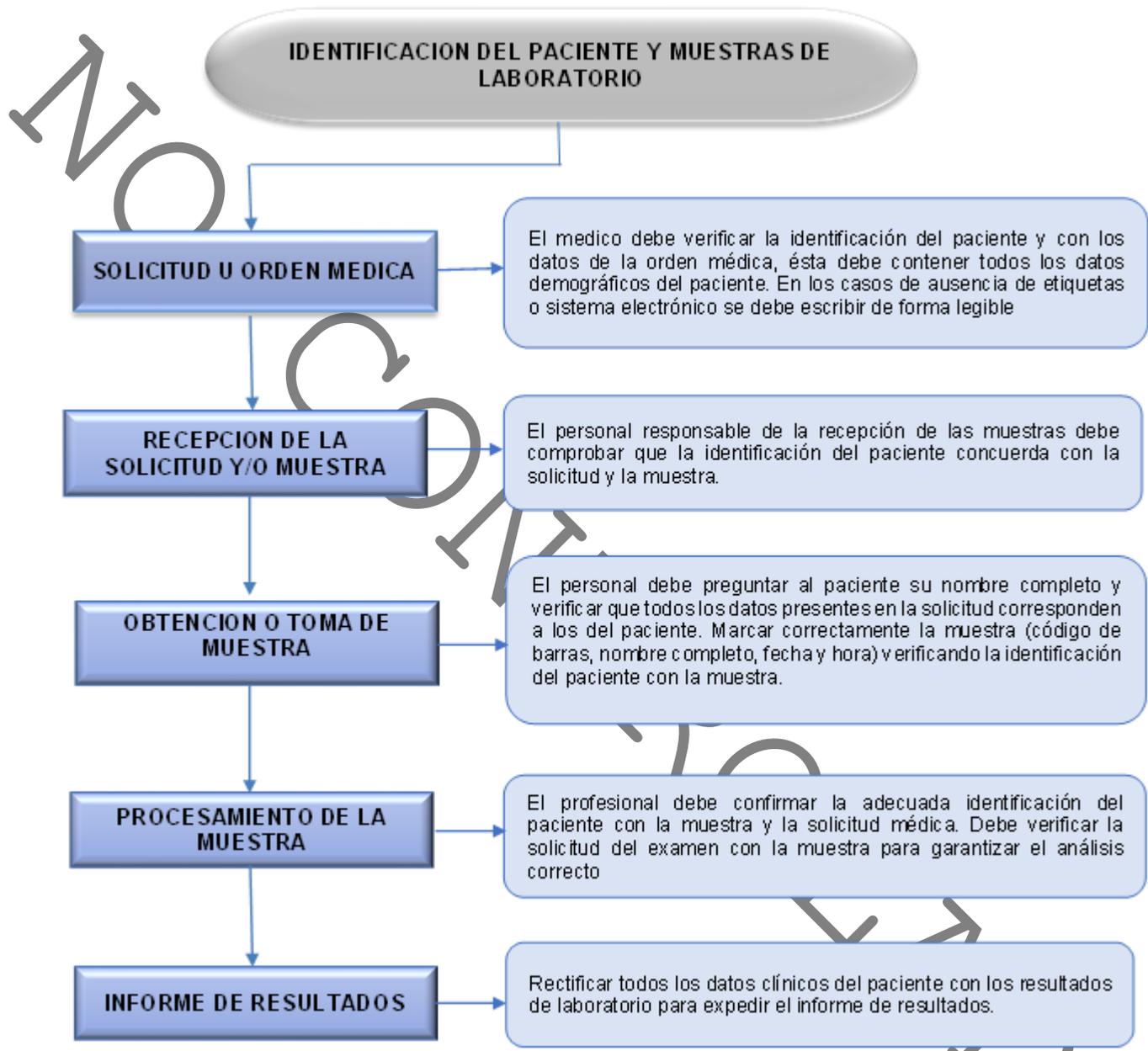
profesionales implicados en el proceso para obtener una identificación inequívoca de los pacientes.

La identificación del paciente debe asegurarse desde la emisión de la orden médica hasta la entrega final de resultados. por lo tanto, es competencia de todos los profesionales de salud asegurar la eficiencia de este proceso. Desde el ingreso, el registro de cada paciente debe estar conformado por datos demográficos obligatorios como nombre y apellidos completos, el tipo y número de documento de identificación, el sexo, la edad, fecha de nacimiento, dirección y número telefónico. Posterior a la recepción de la orden médica y a la verificación de los datos correspondientes, el personal de salud encargado de la toma de muestra debe proceder a identificar el paciente, haciendo un llamado en voz alta del nombre completo con el fin de que el paciente se identifique con ese nombre y evitar confusiones con posibles nombres homónimos, posteriormente debe verificar la solicitud médica y corroborar que los datos correspondan al paciente.

Posterior a la obtención de la muestra, esta se debe marcar con todos los datos del paciente, actualmente se cuentan con dos modalidades para el marcaje de las muestras: manual o automatizado, el sistema de identificación automatizado provee un sistema de código de barras individualizado para cada pacientes, por lo cual es importante verificar que el sticker de identificación tenga la información correcta y corresponda con la muestra del paciente, en el caso de marcaje manual de las muestras provenientes de servicio, se debe escribir de forma legible el nombre completo, su documento de identificación, la fecha y hora de la toma de muestra.

Luego de obtener las muestras, se procede a la recepción de estas en el laboratorio clínico y la subsiguiente distribución en las diferentes áreas analíticas, por ello, el personal encargado de este proceso debe verificar nuevamente que la muestra y la solicitud concuerde con la identificación del paciente. Consecutivamente, el profesional encargado del análisis clínico debe corroborar la identificación de la muestra con la orden médica para así garantizar un resultado óptimo y seguro. De esta manera, se realizar varios filtros que permiten detectar oportunamente errores en el proceso de identificación para así implementar las acciones correctivas y mitigar los posibles factores de riesgo que puedan desencadenar un evento adverso.

8.3.1. PROCESO DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y MUESTRAS CLINICAS.

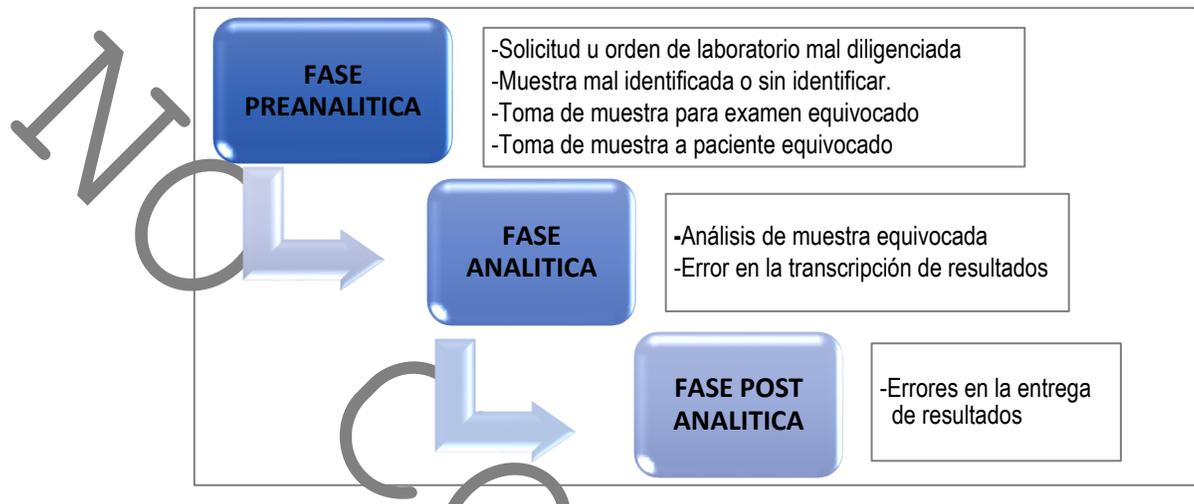


FALLAS ACTIVAS COMUNES

La identificación correcta del paciente es imprescindible para garantizar la calidad y veracidad de los resultados emitidos por el laboratorio clínico. la detección oportuna de errores en este proceso permite evitar errores graves que afecten la integridad y seguridad del paciente, por lo tanto, es necesario, identificar las acciones inseguras más frecuentes en las diferentes fases (preanalítica, analítica y post analítica) con el fin de evaluar los factores asociados que pueden predisponer la presencia de eventos adversos. A continuación, se presentan las principales fallas activas asociadas a las fases analíticas:

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

8.3.2. ACCIONES INSEGURAS MAS FRECUENTES



8.3.3. MODELO A UTILIZAR PARA EL ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN SALUD (PROTOCOLO DE LONDRES)

El protocolo de Londres es un modelo organizacional practico que permite realizar el análisis causal de los incidentes o eventos adversos. El análisis permite determinar tanto los factores que predisponen a la ocurrencia de estos incidentes como también, las buenas prácticas o barreras de seguridad que ayudan a mitigar la ocurrencia de incidentes y sus consecuencias.



Esta metodología implica 3 procesos, la investigación de las fallas activas o eventos adversos, en este caso, asociado a la incorrecta identificación del paciente y de las muestras del laboratorio; el análisis de los factores contribuyentes que predisponen la ocurrencia de acciones inseguras, junto con las fallas latentes asociadas a las decisiones gerenciales y organizacionales de la institución y las acciones de mejora o practicas seguras que permiten evitar la presencia de estos incidentes. En el presente manual se evaluarán las 7 fallas activas más comunes relacionadas con la incorrecta identificación del paciente y sus muestras biológicas. Haciendo uso de un esquema causal practico y sencillo que permite relacionar todos los elementos asociados a la ocurrencia de incidentes o eventos adversos.

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

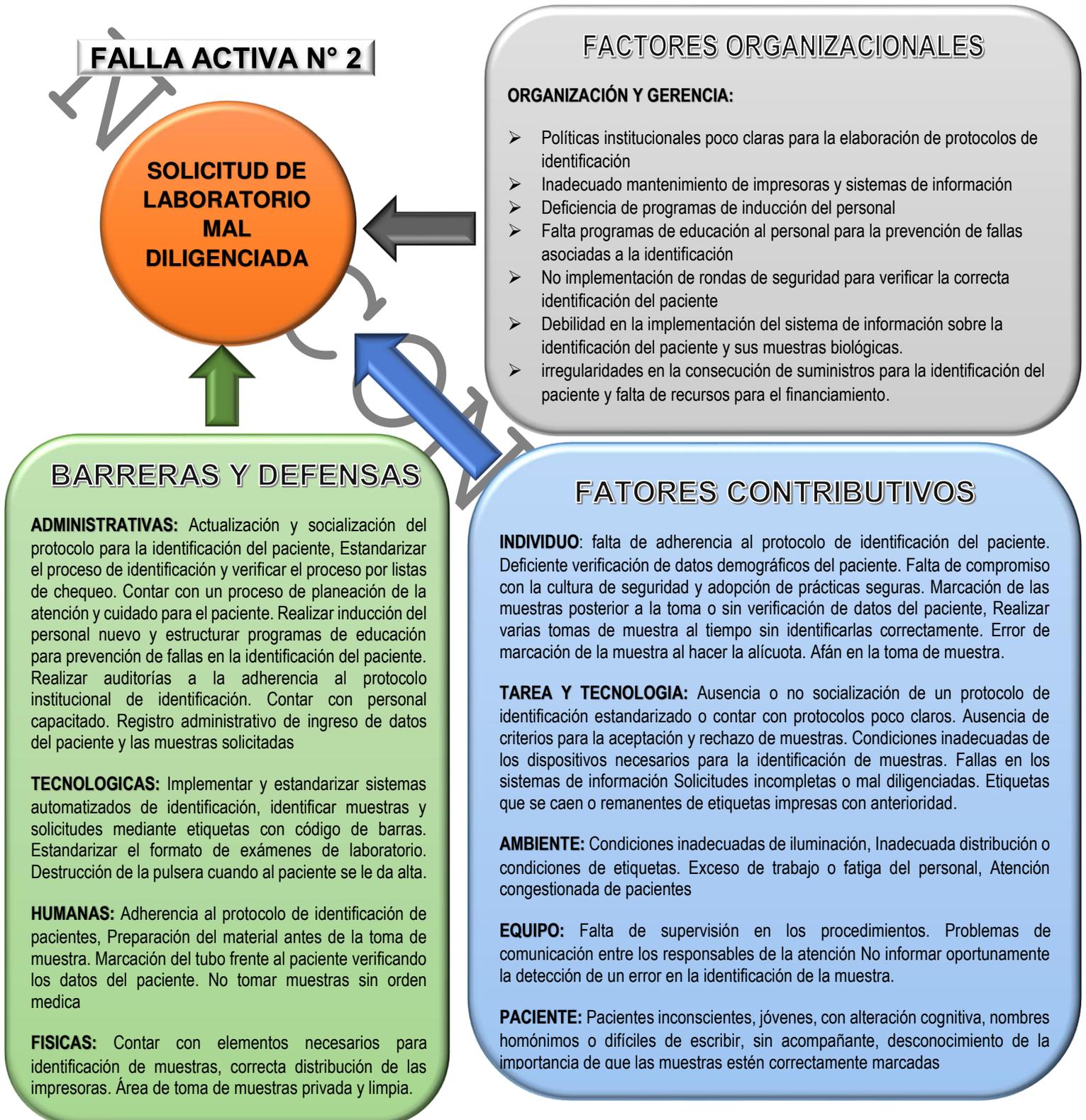


8.3.4. FALLAS ACTIVAS ANALIZADAS:

FALLA ACTIVA No 1 SOLICITUD U ORDEN DE LABORATORIO MAL DILIGENCIADA



FALLA ACTIVA No.2 MUESTRA MAL IDENTIFICADA O SIN IDENTIFICAR



FALLA ACTIVA NO. 3 TOMA DE MUESTRA PARA EXAMEN EQUIVOCADO



Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

FALLA ACTIVA NO.4 TOMA DE MUESTRAS A PACIENTE EQUIVOCADO

FALLA ACTIVA N ° 4



FACTORES ORGANIZACIONALES

ORGANIZACIÓN Y GERENCIA:

- Sobrecarga laboral
- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos de identificación
- Deficiencia de programas de inducción del personal
- No implementación de rondas de seguridad que verifiquen la correcta identificación
- No contar con programas de capacitación de protocolos ni con un programa de educación para prevención de fallas asociadas a la identificación

BARRERAS Y DEFENSAS

ADMINISTRATIVAS: Actualización y socialización del protocolo para la identificación del paciente y muestras biológicas, Estandarizar el proceso de identificación y verificar mediante lista de chequeo. Contar con un proceso de planeación de la atención y cuidado para el paciente. Realizar auditorías a las solicitudes médica. Definir acciones de auditoría y evaluación para garantizar la identificación correcta del paciente y de las muestras. Realizar inducción del personal nuevo. Fomentar en el personal la capacidad de controlar y verificar su trabajo. Realizar el correcto ingreso de pacientes al sistema de información.

HUMANAS: Adherencia al protocolo de identificación de pacientes y muestras. Identificación de los pacientes en forma adecuada con verificación y seguimiento de control. Preparación del material antes de la toma de muestra. Marcación de tubos frente al paciente verificando coherencia de datos. Registro del nombre del personal que toma la muestra.

FISICAS: Contar con datos correctos de identificación de los pacientes en los dispositivos empleados para su identificación. Disponer de un espacio apropiado para la toma de muestras

NATURALES: Adecuada iluminación de las áreas y adecuada distribución de impresoras.

FACTORES CONTRIBUTIVOS

INDIVIDUO: Falta de adherencia del personal al protocolo de identificación. Desconocimiento del uso de dispositivos empleados en la identificación del paciente. Falta de compromiso con la cultura institucional de seguridad y practicas seguras. Personal no idóneo o falta de experticia del personal. Toma de muestra sin orden médica. Afán por ejecutar la tarea

TAREA Y TECNOLOGIA: Desactualización o no socialización de un protocolo de identificación. Solicitudes incompletas o mal diligenciadas. Tubos etiquetados con datos de un paciente que no fueron usados y no se descartó. Etiquetas de pacientes que no se destruyen luego de la salida del paciente. Deficiente control de la solicitud médica.

AMBIENTE: Condiciones inadecuadas de iluminación. Exceso de trabajo o fatiga del personal. Atención congestionada o simultanea de pacientes

EQUIPO: Falta de supervisión en los procedimientos. Problemas de comunicación del equipo de trabajo.

PACIENTE: Dificultados en la comunicación con el paciente. paciente inconsciente. Desconocimiento del paciente de la importancia de que sus muestras estén correctamente marcadas.

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.



FALLA ACTIVA No .5 ANÁLISIS DE MUESTRA EQUIVOCADA

FALLA ACTIVA N ° 5

ANÁLISIS DE
MUESTRA
EQUIVOCADA

FACTORES ORGANIZACIONALES

ORGANIZACIÓN Y GERENCIA:

- Sobrecarga laboral
- Deficiencia de programas de inducción del personal
- No implementación de rondas de seguridad que verifiquen que la muestra procesada corresponde al paciente.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de protocolos ni con un programa de educación del personal para prevención de fallas asociadas a la identificación.

BARRERAS Y DEFENSAS

ADMINISTRATIVAS: Actualización y socialización del protocolo para la identificación del paciente y muestras. Definir acciones sistemáticas para garantizar que las muestras procesadas corresponden a los pacientes correctos. Contar con un proceso de planeación de la atención y cuidado para el paciente. Realizar auditorías a las solicitudes médica. Definir acciones de auditoría y evaluación para garantizar la identificación correcta del paciente y de las muestras. Realizar inducción del personal.

TECNOLOGICAS: Contar con sistemas electrónicos de códigos de barras. Historia clínica electrónica. La muestra debe ser identificada en todos los momentos del proceso analítico de manera única.

HUMANAS: Marcación de la muestra correctamente. Detección de muestra mal identificada. Realizar verificación cruzada entre la identificación del tubo y a identificación de la etiqueta. Lista de chequeo.

FISICAS: Disponer de un espacio apropiado para la toma y preparación de muestras y su verificación antes de ser procesadas. la muestra a ser remitida debe ser chequeada en el momento de su entrega. Contar con elementos necesarios para identificar la muestra. Distribución adecuada de impresoras de etiquetas

NATURALES: Adecuada iluminación de las áreas para procesamiento de muestras. Espacios adecuados para la recepción, preparación y procesamiento de muestras.

FACTORES
CONTRIBUTIVOS

INDIVIDUO: Falta de compromiso con la cultura de seguridad y adopción de prácticas seguras. Falta de experticia del personal. Afán por ejecutar la tarea. No informe oportuno del trabajador cuando detecta que la muestra procesada es equivocada. Error en la identificación de la muestra al hacer la alícuota.

TAREA Y TECNOLOGIA: Desactualización o no socialización de un protocolo de identificación. Defectuoso funcionamiento del analizador, Trabajar con copillas o muestras separadas en lugar al tubo primario. Falta de verificación del cumplimiento de aspectos para la ejecución del procedimiento. Alicuotar las muestras de forma manual. Etiquetas que se caen.

AMBIENTE: Condiciones inadecuadas de iluminación. Espacios inadecuados para las áreas de recepción, preparación y procesamiento de muestras

EQUIPO: Falta de supervisión en los procedimientos. Problemas de comunicación del equipo de trabajo.

FALLA ACTIVA No.6 ERRORES EN LA TRANSCRIPCIÓN DE RESULTADOS

FALLA ACTIVA N° 6



FACTORES ORGANIZACIONALES

ORGANIZACIÓN Y GERENCIA:

- No contar con mecanismos de comunicación efectivos entre el que está registrando el resultado y quien lo realizó

FACTORES CONTRIBUTIVOS

INDIVIDUO: Lectura e interpretación de las pruebas de laboratorio por personal no idóneo. Afán por realizar la tarea. No verificación de los datos demográficos del paciente antes de pasar el resultado.

TAREA Y TECNOLOGIA: Datos de resultados obtenidos de las pruebas poco legibles. Técnicas poco confiables con un alto grado de incertidumbre. No contar con un sistema de información en red

AMBIENTE: Condiciones inadecuadas de iluminación y de espacios. Ausencia y/o fatiga del personal por exceso de trabajo

EQUIPO: Validación del examen por un profesional diferente a quien efectuó la prueba. Problemas de comunicación del equipo de trabajo.

PACIENTE: Dificulta en la comunicación con el paciente. Desconocimiento por parte del paciente de la importancia de reclamar sus resultados y de verificar en el momento que los recibe si los datos demográficos que figuran en el, son correctos.

BARRERAS Y DEFENSAS

ADMINISTRATIVAS: Contar con mecanismos de comunicación entre los responsables de la atención. Contar con un proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente que incluya la implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y a los clínicos. Estructurar programas de educación para la prevención de fallas en la transcripción de los resultados

TECNOLOGICAS: Contar con equipos que permitan establecer comunicación con el sistema de información. Establecer alarmas en el sistema de información para que pregunte, en las pruebas que no pasan en línea, si se está seguro de efectuar la validación.

HUMANAS: Realizar la validación de la prueba inmediatamente se obtenga el resultado. Registrar el dato del resultado obtenido inmediatamente en un documento formal antes de su validación. Contar con personal idóneo. Verificación de los datos demográficos del paciente antes de pasar el resultado. Interpretar los resultados de laboratorio, en conjunto con otros resultados de laboratorio.

FISICAS: Contar con un formato que permita el registro de los resultados obtenidos antes de su validación. Evitar el uso del reporte telefónico de los resultados

NATURALES: Adecuada iluminación de los ambientes destinados para la transcripción y/o validación de los resultados. Espacios adecuados para la transcripción de resultados.

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.



FALLA ACTIVA No.7 ERRORES EN LA ENTREGA DE RESULTADOS

FALLA ACTIVA N° 7

ERRORES EN
LA ENTREGA DE
RESULTADOS

FACTORES ORGANIZACIONALES

ORGANIZACIÓN Y GERENCIA:

- Sobrecarga laboral
- Irregularidades con la consecución de suministros para la impresión de resultado y el mantenimiento de los equipos de cómputo.
- Deficiencia de programas de inducción del personal
- No implementación de rondas de seguridad que verifiquen los resultados entregados.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de los protocolos
- Falta de un programa de educación para la prevención de fallas asociadas a la identificación

BARRERAS Y DEFENSAS

ADMINISTRATIVAS: Actualización y socialización del protocolo para la identificación del paciente y muestras biológicas, Estandarizar el proceso de identificación y verificar mediante lista de chequeo. Contar con un proceso de planeación de la atención y cuidado para el paciente. Realizar auditorías a las solicitudes médica. Definir acciones de auditoría y evaluación para garantizar la identificación correcta del paciente y de las muestras. Realizar inducción del personal nuevo. Fomentar en el personal la capacidad de controlar y verificar su trabajo. Realizar el correcto ingreso de pacientes al sistema de información.

HUMANAS: Adherencia al protocolo de identificación de pacientes y muestras. Identificación de los pacientes en forma adecuada con verificación y seguimiento de control. Preparación del material antes de la toma de muestra. Marcación de tubos frente al paciente verificando coherencia de datos. Registro del nombre del personal que toma la muestra.

FISICAS: Contar con datos correctos de identificación de los pacientes en los dispositivos empleados para su identificación. Disponer de un espacio apropiado para la toma de muestras

NATURALES: Adecuada iluminación de las áreas y adecuada distribución de impresoras.

FACTORES CONTRIBUTIVOS

INDIVIDUO: Falta de compromiso con la cultura de seguridad y adopción de prácticas seguras. Falta de verificación de los datos demográficos del paciente. Afán por ejecutar la tarea. Deficiente comunicación con el paciente cuando se le informa los resultados pendientes y el tiempo para reclamarlos. Errores en la transcripción. Instrucciones poco claras, Falta de experiencia del personal. No respeto a la privacidad del paciente. Registro de resultados poco claros o con ambigüedades. Resultados mal interpretados. Reporte telefónico de los resultados. Entregar resultados verbales al paciente. No informe oportuno de algún error detectado en la entrega de resultados. Demoras en la entrega de resultados.

AREA Y TECNOLOGIA: No se cuenta con los recursos necesarios para el escaneo de resultados realizados por otros laboratorios.

AMBIENTE: Condiciones inadecuadas de iluminación y de espacios del área de entrega de resultados. Ausencia y/o fatiga del personal. Atención congestionada de pacientes.

EQUIPO: Falta de supervisión en el procedimiento. Problemas de comunicación del equipo de trabajo.

PACIENTE: Dificultad en la comunicación con el paciente. Desconocimiento por parte del paciente de la importancia de reclamar sus resultados y de verificar si los datos demográficos son correctos.



8.3.6. INDICADOR (PORCENTAJE DE MUESTRAS RECHAZADAS EN EL LABORATORIO CLINICO)

FALLAS ACTIVAS A TENER EN CUENTA:
1. Solicitud u orden de laboratorio mal diligenciada 2. Muestra mal identificada o sin identificar. 3. Toma de muestra para examen equivocado 4. Toma de muestra a paciente equivocado 5. Análisis de muestra equivocada 6. Error en la transcripción de resultados 7. Errores en la entrega de resultados
NUMERADOR: NUMERO DE MUESTRAS RECHAZADAS EN EL LABORATORIO
DENOMINADOR: NUMERO TOTAL DE EXAMENES TOMADOS EN EL PERIODO
FORMULA: SE DIVIDE EL NUMERADOR ENTRE EL DENOMINADOR Y SE MULTIPLICA POR 100
FUENTE PRIMARIA: SISTEMA COMPRONET / FORMATO MUESTRAS RECHAZADAS INTRAHOSPITALARIAS – CONSULTA EXTERNA
DENOMINADOR: SISTEMA DE INFORMACION DEL LABORATORIO
PERIODICIDAD DE RECOLECCION DE LA INFORMACION: MENSUAL
PERIODICIDAD DEL ANALISIS DEL INDICADOR: MENSUAL

8.3.7 TRATAMIENTO DE MUESTRAS PROVENIENTES DE PACIENTES RECLUTADOS PARA INVESTIGACIÓN:

La recolección de muestras será en los puntos autorizados (Tunal) y se harán las veces que requiera los proyectos de investigación bajo los lineamientos y condiciones de preparación descritos en el manual operativo de toma de muestras (COM-LAB-MA-01)

La marcación de las muestras se realizará con numeración consecutiva de acuerdo a la establecida por cada proyecto de investigación, proceso de marcación establecido en el manual de buenas prácticas de identificación (COM-LAB-CLI-MA-12)

los resultados emitidos serán manejados con el mismo nivel de confidencialidad expuesto de manera previa en este documento.

Las muestras rechazadas, retomas, confirmaciones y notificación de alertas críticas (COM-LAB-CLI-PT-04) generadas de pacientes de proyectos de investigación deberán tener el mismo tratamiento que se maneja para la población general (diligenciamiento de formatos) de acuerdo en lo establecido en él y se realizará la notificación inmediata al director del proyecto o a quien se delegue.

El laboratorio clínico asegura backup de resultados históricos de manera digitalizada, los cuales reposan en el software de laboratorio clínico y en la memoria de los analizadores. lo anterior soportado en el certificado de seguridad de software solicitado al proveedor.

Los sucesos de seguridad e inatenciones generadas a partir de la toma de muestras microbiológicas y sanguíneas deberán tener el mismo tratamiento que se maneja para la población general (diligenciamiento de formatos) y se realizará la notificación inmediata al director del proyecto o a quien se delegue.

Los resultados de los pacientes reclutados para investigación serán emitidos con firmas digitalizadas del profesional que se activan con la validación de resultados de manera personalizada.

El diligenciamiento del consentimiento informado de toma de muestras microbiológicas y sanguíneas (COM-LAB-CLI-FT-42) se hará de manera obligatoria para cada paciente y por cada toma realizada durante la vigencia del proyecto de investigación.



El almacenamiento y conservación de las muestras microbiológicas y sanguíneas provenientes de los pacientes reclutados para los proyectos de investigación se llevará a cabo de acuerdo a la necesidad establecida por el proyecto en curso.

El manejo de los residuos anatómopatológicos obtenidos de los pacientes reclutados para los proyectos de investigación se llevará a cabo de acuerdo a los lineamientos establecidos por el plan de gestión integral de residuos hospitalarios (PGHIR) institucional. (AM-GRH-PL-01).

9. BIBLIOGRAFIA

1. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” del Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2008.
2. Los documentos y retos globales propuestos por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: “Atención limpia es una atención más segura” y Cirugías Seguras: “The Second Global Patient Safety Challenge Safe Surgery Saves Lives”.
3. “Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Meeting with Spanish and Latin American Technical Experts”.
4. Metas en Seguridad del Paciente de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations de los Estados Unidos
5. OMS. “Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico definitivo. Enero 2009
6. Alerta nº 7: Administración segura de medicamentos. Fundación Avedis Donabedian, (Acceso 12 de mayo de 2015) Disponible en <http://www.fadq.org/>
7. MORÍS DE LA TASSA J ET AL. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud ed Clin Monogr (Barc). 2008;131(Supl 3):72-8
8. SOCIEDAD ANDALUZA DE CALIDAD ASISTENCIAL Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros Sociosanitarios 2012 Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/SADECA_Resultados_seguridad_centros_sociosanitarios.pdf
9. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP Medication Safety Self Assessment for Hospitals, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	BUENAS PRÁCTICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN EL LABORATORIO CLÍNICO	COM-LAB-CLI-MA-12 V5

10. CONTROL DE CAMBIOS:

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
2017-06-08	1	Creación del documento para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
2018-10-25	2	Actualización del contenido del protocolo.
2022-09-14	3	Se realiza cambio de tipo documental pasa de protocolo a Manual (Código anterior: COM-ADI-LAB-PT-10). Actualización general del documento
2022-10-10	4	Se realiza ajuste de los numerales 2. Alcance, numeral 6. Normatividad aplicable. 6.1. recursos.
2023-08-18	5	Actualización a plantilla institucional vigente (Se incluye el Numeral 9. Bibliografía). Inclusión de proceso en proyectos de investigación.

ELABORADO POR	REVISADO POR	CONVALIDADO	APROBADO
Nombre: Luz Marina Henao Cifuentes	Nombre: Patricia Astrid Pérez Urrego	Nombre: Sandra Patricia Alba Calderón	Nombre: Vanessa Mc-Cormick
Cargo: Profesional Universitario	Cargo: Referente de Laboratorios	Cargo: Profesional especializado Control documental - Calidad	Cargo: Directora Servicios Complementarios (E)
Fecha: 2023-07-31	Fecha: 2023-08-18	Fecha: 2023-08-18	Fecha: 2023-08-18

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.