

GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y LAS MUESTRAS DE LABORATORIO

PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CÓMO USAR ESTA GUÍA



CLIC PARA VOLVER AL ÍNDICE

http://www.

CLIC PARA IR AL URL



FLECHAS
DEL TECLADO

PULSE PARA MOVERSE ENTRE
LAS PÁGINAS

ESC

PULSE PARA SALIR DEL MODO
PANTALLA COMPLETA

CTRL+L

PULSE PARA VOLVER AL MODO
PANTALLA COMPLETA

CTRL+W

PULSE PARA CERRAR LA
VENTANA ACTUAL



MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ

Viceministro de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

JOSÉ FERNANDO ARIAS DUARTE

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

SAMUEL GARCÍA DE VARGAS

Subdirector de Prestación de Servicios



MINSALUD

MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS

Consultora de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

ANA MILENA MONTES CRUZ

Profesional Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

UNIÓN TEMPORAL



DIANA CAROLINA VÁSQUEZ VÉLEZ
Dirección General del Proyecto

MARÍA INÉS TORRES CAYCEDO
ALBA NORA PATIÑO GARCÍA
Expertos Técnicos

LABORATORIO CLÍNICO CONTINENTAL
E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VIOTÁ
INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT
HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E
FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER Foscal
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E
Agradecimiento por su participación



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. OBJETIVO GENERAL	15
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4. GLOSARIO DE TÉRMINOS	19
5. ESCENARIO PROBLÉMICO	25
6. METAS DE APRENDIZAJE (COMPETENCIAS)	27
7. MARCO TEÓRICO.....	29
7.1 Antecedentes	30
7.2 Justificación	47
7.3 Análisis de causas en atención en salud “Protocolo de Londres”	48
7.4 Seguimiento y Monitorización	72
7.4.1 Mecanismos de monitoreo	72
7.4.2 Indicadores	72
8. APROPIACIÓN	79
9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS	88
10. EXPERIENCIAS EXITOSAS	92
11. CONCLUSIONES.....	95
12. ANEXOS	98

Este pdf es interactivo.
Se puede ingresar a cada uno de los contenidos dando clic sobre el título que desee buscar.



1. INTRODUCCIÓN

8



IR AL ÍNDICE



El presente paquete se elaboró con la orientación de expertos técnicos, entrevista a líderes en la implementación de prácticas seguras y revisión sistemática de literatura.

El marco teórico está basado en el Protocolo de Londres como metodología (teoría) sugerida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el análisis de eventos adversos e incidentes. Bajo este modelo interactivo se presentan las fallas en la atención en salud más relevantes, las barreras de seguridad que evitan su ocurrencia y los factores contributivos que predisponen a dicha falla.

Para la actualización del paquete instruccional que se presenta se siguió la siguiente metodología:

1. Revisión y recolección de la propuesta de ajuste de los paquetes instruccionales vigentes e identificación de nuevas fallas, barreras de seguridad y factores contributivos.

La revisión se realizó desde los siguientes dos enfoques:

- a. Enfoque de expertos técnicos: en esta participaron tres actores:
 - IPS acreditadas o de alto reconocimiento en el país: se invitó a identificar fortalezas según la IPS y se correlacionó con un paquete instruccional o varios. Las IPS sugirieron según su práctica clínica y recomendación de sus expertos, incluir, modificar o eliminar fallas activas o prácticas seguras y factores contributivos según apique.

- Agremiaciones: se invitó a las agremiaciones como expertos técnicos en el tema, para la retroalimentación en la inclusión, eliminación o modificación de fallas activas, prácticas seguras y factores contributivos de los paquetes aplicables a cada agremiación.
- Experto técnico: dentro del equipo de la unión temporal se cuenta con un experto técnico con especialidad en el tema relacionado al paquete, de amplia trayectoria clínica. Este experto según su experiencia clínica realizó recomendaciones en la inclusión, eliminación o modificación fallas activas, prácticas seguras y factores contributivos de los paquetes aplicables a su experticia clínica.

b. Revisión sistemática de la literatura que a su vez se realizó con dos enfoques:

- Validación de las recomendaciones de los expertos y de lo ya existente.

La unión temporal cuenta con un equipo de epidemiólogos con amplia experiencia en revisión de literatura. Una vez finalizada la etapa de revisión se realizó consolidación de todas las fallas activas o prácticas seguras, factores contributivos y barreras de seguridad sugeridos por los diferentes actores como expertos técnicos más los que contienen los actuales paquetes y se aplicó una matriz de priorización en donde los criterios fueron:

- En fallas activas o acciones inseguras: se priorizaron para búsqueda de soporte bibliográfico las fallas activas o acciones inseguras que requerían soporte

bibliográfico que a criterio de los expertos técnicos no hay evidencia conocida sobre el impacto y frecuencia de esta falla.

- En las barreras de seguridad: se priorizaron para búsqueda de soporte bibliográfico las barreras de seguridad que a criterio de los expertos técnicos no cuentan con evidencia de su efectividad.

Como resultado de este ejercicio se eligieron:

- Preguntas PICOT para calificación de la evidencia de los artículos que soportan la barrera de seguridad y falla activa.
- PICOT: es una sigla en donde la P significa población, la I significa: Intervención, la C significa: comparación y Out come: Desenlace y la T significa el tiempo al que se evalúa el desenlace. Esta metodología permite construir preguntas de fácil respuesta que facilitan la búsqueda de literatura en diferentes bases de datos.
- Preguntas de referenciación bibliográfica para validar la aplicación de las barreras de seguridad, la frecuencia e impacto de las mismas.

Para esto el equipo de epidemiólogos realizó búsquedas en bases de datos como Medline y Embase de cada una de las preguntas., prefiriendo por su nivel de evidencia, artículos cuyos métodos de estudio fuesen: revisiones sistemáticas, meta análisis,

y ensayos clínicos aleatorios y guías de práctica clínica basadas en evidencia. De esta búsqueda se procede a la lectura, por los expertos y epidemiólogos, para sintetizar la información relevante y para los casos que aplique la calificación de la evidencia y poder emitir las recomendaciones.

2. Búsqueda de recomendaciones en la literatura.

Dentro de las preguntas se incluyeron las búsquedas de las fallas más comunes y de mayor impacto para cada tema y las prácticas seguras más comunes y de mayor impacto.

El presente paquete instruccional motiva al lector a identificar los errores más comunes y de alto impacto (fallas en la atención), sus factores contributivos, las barreras o prácticas seguras a implementar para evitar su expresión en forma de daños a la salud, así como los mecanismos de monitoreo y medición de las prácticas seguras sugeridas. Adicionalmente se presentan algunas experiencias exitosas de IPS nacionales que reflejan diferentes metodologías para la implementación de barreras de seguridad en la atención en salud a la población en mención.

La identificación errónea de los pacientes es una de las causas principales de errores médicos en las instituciones de salud, por ello cada vez más va cogiendo fuerza el enfoque centrado en el paciente y por ende en la mejora de su seguri-

dad como una prioridad en las políticas de calidad de las instituciones de salud en todo el mundo; no siendo ajeno el Ministerio de Salud y Protección Social con sus paquetes instruccionales de seguridad del paciente, en los cuales se plantean estrategias para la seguridad del paciente, y dentro de ellas aparece de forma relevante y sistemática la estrategia para la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.

La identificación incorrecta es una causa importante de incidentes y eventos adversos. Estas complicaciones pueden deberse a errores en la administración de medicamentos, cirugía en paciente incorrecto, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, etc.¹ Complicaciones que representan un problema grave, con una repercusión directa e inmediata y con un posible riesgo para el paciente².

La instrucción del presente paquete está dirigida a todo el personal asistencial (enfermeros, auxiliares de laboratorio, auxiliares de enfermería, médicos, bacteriólogos, microbiólogos y bionalistas), así como al personal administrativo (directivo y operativo) que participa en las diferentes fases del proceso de atención a pacientes en los diferentes niveles de atención en salud.

- 1 Wagar EA, Tamashiro L, Yasin S, Hilborne L, Bruckner DA. Safety in the Clinical Laboratory A Longitudinal Analysis of Specimen Identification Errors. Arch Pathol Lab Med. 2006; 1662-8 y Kline TJ, Willness C, Ghali WA. Determinants of adverse events in hospitals-the potential role of patient safety culture. J Healthc Qual.
- 2 Algüacil A, Cabello J; Cuadrado Cenzual MA : Identificación Inequívoca del Paciente y sus Muestras Biológicas” EN: Herramientas Corporativas en Seguridad Clínica. ISBN 978-84-694-5231-8.2011. 67-71

El modelo pedagógico en el que se ha diseñado el paquete instruccional es el Aprendizaje Basado en Problemas, ABP. Este modelo está centrado en el aprendizaje que busca incluir a la reflexión distintos aportes para que se mire la realidad desde una dimensión más compleja e integral. Pretende llevar los temas de análisis a la formulación de grandes preguntas-problemas que enriquecen la discusión en función de resolver un problema. El problema es el punto de partida del estudio pero no con el objetivo de dar una respuesta y cerrar la discusión, sino de buscar nuevos problemas para que se eternicen las preguntas y así se incentive el permanente aprendizaje que promueve un conocimiento dinámico acorde a la cambiante realidad. Para profundizar en este tema lo invitamos a leer el paquete del modelo pedagógico que le será de gran ayuda para el desarrollo de su proceso de aprendizaje. [\(Hacer click aquí\)](#).



2. OBJETIVO GENERAL

15



IR AL ÍNDICE



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.





3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

17



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- Identificar los errores o fallas más comunes e impactantes en la práctica de atención que ponen en riesgo al paciente cuando tanto él y/o sus muestras biológicas son identificadas incorrectamente.
- Identificar los factores contributivos más comunes y de mayor impacto que favorecen la aparición de errores o fallas relacionados con la identificación incorrecta del paciente y de las muestras de laboratorio.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces, así como su aplicación para mitigar las fallas en la atención relacionados con identificaciones incorrectas del paciente y de las muestras de laboratorio.
- Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados durante el seguimiento tanto para la aplicación de prácticas seguras como la disminución de fallas relacionados con la identificación incorrecta del paciente y de las muestras de laboratorio.
- Presentar experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.



4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

19



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el 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.³

ATENCIÓN EN SALUD: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.⁴

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.⁶

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 farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).⁷

3 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

4 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

5 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

6 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

7 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

FALLAS LATENTES: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (personal administrativo)⁸

- **EVENTO ADVERSO:** es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:
- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

FACTORES CONTRIBUTIVOS: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).⁹ Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- **Paciente:** cómo ese paciente contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- **Tarea y tecnología:** documentación ausente, poco clara no socializada, que contribuye al error. Como la tecnología o insumos ausentes, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa que contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- **Individuo:** como el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los

8 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

9 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.

- **Equipo de trabajo:** como las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
- **Ambiente:** cómo el ambiente físico contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Organización y gerencia:** como las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** como las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

INCIDENTE: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.¹⁰

BARRERA DE SEGURIDAD: una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.¹¹

BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN: las pulseras de identificación, pulseras de control, pulseras de seguridad o pulseras de control de acceso son brazaletes de distintos materiales y

10 Tomado de WHO. Project to Develop the International Patient Safety Event con modificaciones UT Praxxis -UNAD

11 Wagar EA, Stankovic AK, Raab S, Nakhelh RE, Walsh MK. Specimen labeling errors. A Q-probes analysis of 147 clinical laboratories. Arch Pathol Lab Med 2008;132(10):1617-22

apariencias que cumplen con la función de identificar a un individuo o grupos de personas para lograr un rápido control de ingreso a eventos o lugares de concurrencia masiva.

ERROR: es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución.¹²

ERROR DE DIAGNÓSTICO: un diagnóstico que se pierde, que está mal o retrasa, según lo detectado por alguna prueba definitiva posterior o encontrada.¹³

VERIFICACIÓN CRUZADA: procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como mínimo; ejemplo: verbal y a través del brazalete.

FALLO DEL SISTEMA: es un defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o las infraestructuras de una organización. Los factores que contribuyen a los fallos del sistema pueden ser latentes (ocultos o que pasan fácilmente inadvertidos) o evidentes y estar relacionados con el sistema, la organización o el paciente.¹⁴

¹² http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos_para_Implementaci%C3%B3n_de_Pol%C3%ADtica_de_Seguridad_del_Paciente.pdf consultado el 4 de diciembre de 2014 y .Donalson LJ, Fletcher MG. The WHO World Alliance for Patient Safety:towards the years of living less dangerously. MJA 184. 2006.S69-S72.

¹³ http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos_para_Implementaci%C3%B3n_de_Pol%C3%ADtica_de_Seguridad_del_Paciente.pdf consultado el 4 de diciembre de 2014

¹⁴ http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos_para_Implementaci%C3%B3n_de_Pol%C3%ADtica_de_Seguridad_del_Paciente.pdf consultado el 4 de diciembre de 2014

SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA: componentes de un sistema de información de la atención sanitaria ideado para fundamentar en el la prestación de asistencia a los pacientes, lo que incluye las comunicaciones de prescripciones, la notificación de resultados, la planificación de la atención y la documentación clínica.¹⁵

FASE PRE ANALÍTICA: procesos que comienzan cronológicamente a partir de la orden del médico con la solicitud de los análisis, la preparación e identificación del paciente, la toma de la(s) muestra(s) primaria(s) y el transporte hasta el interior del laboratorio y que terminan cuando comienza el proceso analítico.¹⁶

15 http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos_para_Implementaci%C3%B3n_de_Pol%C3%ADtica_de_Seguridad_del_Paciente.pdf consultado el 4 de diciembre de 2014

16 ISO Medical laboratories: particular requirements for quality and competence. ISO 15189 Geneva Switzerland: International Organization for Standardization;2014

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir Anexo 2](#))



5. ESCENARIO PROBLÉMICO

25



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



¿FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA?

¿Por qué es importante detectar, prevenir y reducir los errores asociados a la identificación de pacientes y muestras de laboratorio?

¿Por qué es importante contar con una identificación de pacientes y muestras de laboratorio correctas?

¿Cuáles son las fallas activas o acciones inseguras más comunes relacionadas con los errores en la identificación de muestras de laboratorio?

¿En el laboratorio clínico cuáles son las fallas más comunes en la atención a pacientes relacionadas con eventos adversos?

¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces para detectar, prevenir y reducir los errores en la identificación de pacientes y muestras de laboratorio?

¿Cuál es el impacto económico de la mala identificación de muestras de laboratorio?

¿Cómo se implementan prácticas seguras para evitar los errores asociados con la identificación incorrecta de los pacientes y muestras de laboratorio?

¿Cuáles son los mecanismos de monitoreo y seguimiento más eficaces para vigilar la implementación de prácticas seguras y el comportamiento de eventos adversos relacionados con la identificación de pacientes y muestras de laboratorio?

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir Anexo 3](#))



6. METAS DE APRENDIZAJE

27



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- Identifica y analiza los factores contributivos que favorecen la aparición, las acciones inseguras o falla activa y ayuda a identificar las fallas latentes relacionadas con la cultura y los procesos organizacionales.
- Identifica y propone nuevas barreras de seguridad y planes de acción para promover la política de seguridad del paciente.
- Implementa y aplica en su desempeño buenas prácticas (institucionales, asistenciales, las que involucran al usuario y su familia y las que mejoran la actuación de los profesionales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la seguridad del paciente.
- Asume el reto de trabajar y aportar en equipos interdisciplinarios, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.



7. MARCO TEÓRICO

29



IR AL ÍNDICE



7.1 ANTECEDENTES

Los análisis clínicos son una parte esencial para el diagnóstico, tratamiento, prevención e investigación de las enfermedades,¹⁷ por lo tanto es imprescindible contar con un proceso estandarizado de identificación del paciente y de sus muestras biológicas, en el cual se incluyan todas sus fases.

En la prestación de servicios de toma de muestras y laboratorio clínico, independientemente de su complejidad, debe existir la necesidad de investigar cualquier posible desviación en el proceso de identificación de pacientes y de muestras, porque cualquier error por insignificante que sea, puede tener un impacto negativo en el paciente.

La seguridad es una condición dinámica y debe ser la filosofía que sustente la mejora de la calidad. Las estrategias para reducir incidentes pasan por abordarlos desde un enfoque general para soluciones generales a largo plazo, admitir que los errores se producen (cultura), se notifican (sacan a la luz), y se analizan los factores causales, todo ello desde una actitud proactiva, preventiva y sistemática.¹⁸

¹⁷ Documento marco sobre Calidad en los Laboratorios Clínicos. Q_LaboratoriosV3_2doc. 2003

¹⁸ Aplicación del análisis modal de fallos y sus efectos a la fase pre analítica de un laboratorio clínico. Rev. Lab Clin. 2010;3(4):161–170. A. Giménez Marín et al.

A veces, en nuestra práctica diaria, confiamos excesivamente en nuestra memoria y en nuestra experticia, obviando aquellas comprobaciones vitales que nos confirman que estamos atendiendo a la persona correcta, cuando marcamos los tubos que contienen las muestras posterior a la toma en lugar de hacerlo desde el inicio, cuando pasamos por alto verificaciones críticas porque nos confiamos de que todo marcha a la perfección y que nunca vamos a estar involucrados en un error de este tipo.

Si los pacientes se identifican incorrectamente cuando las muestras se obtienen para las pruebas de laboratorio, los errores en la identificación pueden generar costos de no calidad, como el retraso en el diagnóstico, solicitud de pruebas adicionales de laboratorio, el tratamiento de un paciente equivocado para la enfermedad que no tiene e incluso la muerte por tratamientos o procedimientos realizados al paciente equivocado y por ende pérdida de tiempo en el establecimiento de conductas de tratamiento y seguimiento al paciente que lo necesitaba.

Una causa importante de la generación de incidentes es la tendencia a resumir ubicaciones, nombres completos y características de los pacientes. Ejemplo: el niño de la 704 o el hipertenso que ingresó ayer.

La correcta identificación del paciente debe iniciar desde el ingreso. Los datos de identificación obligatorios deben estar conformados por los nombres y apellidos completos del paciente (dos si los tiene), el tipo de documento de identificación, el número, el género, la fecha de su nacimiento, la edad, la dirección del lugar de



residencia habitual y su número telefónico. En el proceso de identificación deben ser tenidos en cuenta las siguientes opciones de pacientes:

- Adulto con documento de identidad.
- Adulto sin documento de identidad.
- Recién nacidos y menores de edad sin número de identificación.
- Para el parto normal o cesárea de un solo bebé.
- Para el parto normal o cesárea de embarazo múltiple.
- Identificación en la atención y cuidado del paciente correcto.

Como la identificación incorrecta de los pacientes está determinada como causa fundamental de muchos errores, la Comisión Conjunta, en Estados Unidos, ubicó la mejora de la exactitud de la identificación del paciente en el primer lugar de sus objetivos nacionales para la seguridad del paciente, presentados en 2003 y éste continúa siendo un requisito para la acreditación¹⁹. Mientras que en algunos países las pulseras se usan tradicionalmente para identificar a los pacientes hospitalizados, las pulseras perdidas, con información incorrecta, pulseras escasas, ilegibles, identificación y pulseras en conflicto, como el que un paciente tenga la pulsera de otra persona, limitan la eficacia de este sistema. Entre noviembre de 2003 y julio de 2005, la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente del Reino Unido denunció 236

¹⁹ <http://www.minsalud.gov.co/DocumentosyPublicaciones/Identificacióndepacientes.pdf> consultado 6 de diciembre de 2014. Ministerio de Protección Social, Lineamientos de la JOINT COMMISSION

incidentes y casi pérdidas relacionadas con el extravío de pulseras o pulseras con información incorrecta. La identificación incorrecta se mencionó en más de 100 estudios en Estados Unidos.²⁰

En un estudio realizado por CAP's Q-Tracks program, en el que se controlaron los errores de pulseras, que eran más de 4%, se redujeron a menos de 1% debido a la participación en un programa de control y seguimiento de errores y la negativa del flebotomista a realizar la toma de la muestra cuando el paciente no tenía una pulsera adecuada.²¹

En el estudio Patient Safety in the Clinical Laboratory: A Longitudinal Analysis of Specimen Identification Errors, los criterios de identificación críticos definidos fueron: muestras sin marcar, muestras mal etiquetadas y muestras que no llegaron con las condiciones pre analíticas requeridas para su procesamiento, representó el 11,9% de todos los errores de muestras a partir del 1 de septiembre de 2003 hasta el 31 de agosto de 2005 (1978 errores críticos, N=16, 632 errores totales), reflejando como este tipo de errores pueden llegar a poner en peligro la seguridad del paciente. Se recibieron más de 4,29 millones de ejemplares y 2,31 millones de solicitudes de flebotomía en el mismo período de tiempo. Errores de identificación críticos ocurrieron en menos de uno en 1000 de todos los procedimientos o las muestras recibidas.

El Colegio Americano de Patólogos, CAP, en el año 2006, realizó un estudio sobre

²⁰ Recomendaciones para la toma segura y manipulación apropiada de muestras potencialmente infecciosas con agentes altamente patógenos. The joint comisión international – OMS

²¹ Clinica Chimica Acta. Errors in Laboratory Medicine and Patient Safety Volume 404, Issue 1, 6 June 2009, Pages 16–23

los errores de identificación en el laboratorio clínico en el que participaron 120 instituciones. Se hallaron errores en el etiquetado de muestras y/o solicitudes en una proporción de 379/millón (3.79/10.000), dichos errores provocaron 345 eventos adversos sobre el paciente. El CAP halló, en un estudio más reciente realizado en 147 laboratorios, una incidencia en relación con el error en el etiquetado de un 0.92 por cada 10.000 etiquetas.²²

Se debe destacar una práctica segura impulsada por la Organización Mundial de la Salud, OMS, en relación a la identificación de paciente en la que se sugieren medidas tanto para la identificación inequívoca de éstos en los diferentes procesos, como de las muestras (OMS. Soluciones para la seguridad del paciente. Identificación de Pacientes, Volumen 1 Solución 2 ,2007). Es importante, además, trabajar con un enfoque holístico en donde todo el personal del laboratorio como de los otros servicios de la institución que le proveen muestras, trabajen en equipo, lo cual redundará en una atención más segura y eficaz para los pacientes.

22 Wagar EA, Tamashiro L, Yasin S, Hilborne L, Bruckner DA. Safety in the Clinical Laboratory A Longitudinal Analysis of Specimen Identification Errors. Arch Pathol Lab Med. 2006; 1662-8. y Howanitz PJ, Renner SW, Walsh MK. Continuous wristband monitoring over 2 years decreases identification errors: a College of American Pathologists Q-Tracks Study. Arch Pathol Lab Med. 2002; 126:809-15. y Wagar EA, Stankovic AK, Raab S, Nakhel RE, Walsh MK. Specimen labeling errors. A Q-probes analysis of 147 clinical laboratories. Arch Pathol Lab Med 2008;132(10):1617-22

En el ámbito del laboratorio clínico, inicialmente se mejoraron los sistemas de medida y se implantaron sistemas de control de la calidad para evitar errores, por lo que se redujo su número considerablemente en la fase analítica. En los últimos años los profesionales del laboratorio clínico han tomado conciencia de que la mayor parte de los errores se produce en las fases pre analítica y post analítica, especialmente en la pre analítica.²³ Según Carrano el 61.9% de los errores se producen en la fase pre analítica y el 23.15% en la post analítica.²⁴

Según un estudio realizado por la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular sobre los errores producidos en la fase pre analítica, el 88.8% de las causas de rechazo de muestras clínicas corresponden a muestras no recibidas, hemolizadas, coaguladas o insuficientes.²⁵

En general, en todos los estudios coinciden en que son en las fases extra analíticas donde sucede el mayor número de errores y más concretamente en la pre analítica, siendo además en ella los más críticos.

La prestación del servicio de un laboratorio clínico, como lo es para cada una de las áreas que hacen parte de una entidad de salud, debe garantizar un enfoque

23 Carrano P., Plebani M. Errors in a stat laboratory: types and frequencies 10 years later. *Clin Chem* 2007;53:1338-42 y Errors in clinical laboratories or errors in laboratory medicine. *Plebani M Clin Chem Lab Med.* 2006; 44(6):750-9

24 Carrano P., Plebani M. Errors in a stat laboratory: types and frequencies 10 years later. *Clin Chem* 2007;53:1338-42

25 Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular. Errores relacionados con el laboratorio clínico. *Quim Clin* 2007;26:23-8

centrado en el paciente y por ende en la mejora de su seguridad, porque la misión del laboratorio es aportar información de calidad,²⁶ asegurando la utilidad clínica de los resultados generados²⁷.

El Ministerio de Salud y Protección Social con sus paquetes instruccionales en los cuales plantea estrategias para la Seguridad del Paciente, incluye, de forma relevante y sistemática, la estrategia para la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio, debido a que la identificación inadecuada es una causa importante de incidentes y eventos adversos. Estas complicaciones pueden deberse a errores en la administración de medicamentos, cirugía en paciente incorrecto, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, etc.²⁸ Complicaciones que representan un problema grave, con una repercusión directa e inmediata y con un posible riesgo para el paciente.²⁹

Organizaciones internacionales como la Joint Commission Accreditation Health Organization (JCAHO), Institute of Medicine (IOM), el American College of Pathology (CAP), American Association of Clinical Chemistry (AACC) y nacionales como el Mi-

26 Torra M. Impacto estratégico del SIL integrado. Consulta de información clínica. V. Reunión Nacional. Sociedad Española Dirección y Gestión de laboratorios Clínicos. Avila: Marzo 2001 y 37. Documento marco sobre Calidad en los Laboratorios Clínicos. Q_LaboratoriosV3_2doc. 2003

27 ISO Medical laboratories: particular requirements for quality and competence. ISO 15189 Geneva Switzerland: International Organization for Standardization;2007.

28 Wagar EA, Tamashiro L, Yasin S, Hilborne L, Bruckner DA. Safety in the Clinical Laboratory A Longitudinal Analysis of Specimen Identification Errors. Arch Pathol Lab Med. 2006; 1662-8 y Kline TJ, Willness C, Ghali WA. Determinants of adverse events in hospitals-the potential role of patient safety culture. J Healthc Qual.

29 Algüacil A, Cabello J; Cuadrado Cenzual MA : Identificación Inequívoca del Paciente y sus Muestras Biológicas” EN: Herramientas Corporativas en Seguridad Clínica. ISBN 978-84-694-5231-8.2011. 67-71



nisterio de Protección Social, asociaciones médicas, agremiaciones de profesionales de la Salud, entre otros, coinciden en que la “Identificación segura del paciente” es el primer y más importante objetivo en la mejora de la seguridad del paciente.

¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces para detectar, prevenir y reducir los errores en la identificación de pacientes y muestras de laboratorio? ([regresar al escenario problémico](#))

Existen muchas prácticas seguras que permiten minimizar el riesgo de una confusión en la identificación de pacientes y muestras de laboratorio.

La OMS marca una línea totalmente prioritaria sobre al ámbito de seguridad del paciente,³⁰ entre ellas la identificación inequívoca del paciente. En este sentido sugiere las siguientes estrategias:

- Hacer énfasis en la responsabilidad de todo el personal de salud en realizar la identificación adecuada del paciente.
- La identificación verbal del paciente y en tono alto, al inicio de la admisión y en el momento de la toma de la muestra, con al menos dos identificadores.
- Estandarizar los métodos de identificación de paciente (por ejemplo si son pulseras identificativas, estandarizar el tipo de información, cómo se va a hacer la identificación verbal, gráfica, cruzada) para hacer coincidir el paciente correcto, con el procedimiento correcto.

30 Organización Mundial de la Salud. Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente. 2007. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/index.html. Acceso el 08-12-2014. y Organización Mundial de la Salud. Informe de la Secretaría: Calidad de la Atención: seguridad del Paciente. Acceso el 08-12-2014 y Donalson LJ, Fletcher MG. The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerously. MJA 184. 2006. S69-S72.

- Existencia de protocolos claros de identificación de paciente y de las muestras biológicas a lo largo de todo el proceso (pre analítica, analítica y post analítica). Contemplar en ellos cómo debe actuarse ante situaciones excepcionales (pacientes con el mismo nombre y apellidos, diferente idioma, inconscientes, etc.).
- Hacer partícipes a los pacientes en todas las fases del proceso. Informar a los pacientes de la importancia y relevancia de su correcta identificación.
- Fomentar que el etiquetado de los recipientes para la obtención de muestras se realice en presencia de los pacientes.
- Considerar la implementación de sistemas automatizados de Identificación (código de barras, radiofrecuencia, brazaletes, tarjeta de cabecera de pie de cama o de habitación de un paciente, la biometría, el uso de la huella dactilar, etc.) para disminuir los potenciales errores.

Sin lugar a dudas, el protocolizar la admisión de la muestra y la remisión de la misma si aplica, el uso de la tecnología para la diferenciación de posibles homónimos, capacitar a los trabajadores de la salud sobre procedimientos de control y verificación, se constituyen, entre otros, como barreras administrativas.

El potencial de la tecnología de código de barras se estableció en un informe de Hong Kong, donde no se han producido en materia de etiquetado o de transfusión errores en más de 60.000 transacciones cuando los pacientes y la sangre eran identificadas con esta tecnología. Aunque estos informes son preliminares, los có-

digos de barras son muy prometedores para reducir los errores en la identificación de pacientes que dan lugar a errores con las muestras y de la sangre y productos sanguíneos³¹.

Independiente de la tecnología o el enfoque empleado para identificar a los pacientes, con exactitud la planificación cuidadosa de los procesos de atención asegurará la debida identificación del paciente antes de cualquier procedimiento en el laboratorio y proporcionará una atención más segura, con considerable disminución de errores. Igualmente se debe resaltar la importancia que tiene el hacer partícipe al paciente en todo el proceso de identificación.

Joint Commission. En 2002 en Estados Unidos, se establecieron los objetivos nacionales de Seguridad del Paciente “National Patient Safety Goals” que determinan las áreas donde las organizaciones deben desarrollar sus estrategias de seguridad de paciente. Estos objetivos han de cumplirse en estas organizaciones para que puedan ser acreditadas³²

La JCAHO establece, dentro de la estrategia de seguridad del paciente, seis objetivos principales, siendo el objetivo número uno, el de la “Mejora de la Seguridad en la Identificación del Paciente» como se detalla a continuación:

31 Chan, J. C. , R. W. Chu , and B. W. Young . et al. Use of an electronic barcode system for patient identification during blood transfusion: 3-year experience in a regional hospital. Hong Kong Med J 2004. 10:166–171

32 The Joint Commission’s National Patient Safety Goals 2007. Hospital Program. www.jointcommission.org y Patient Safety. The Joint Commission. Disponible en: http://www.jointcommission.org/topics/patient_safety.aspx.

“Use at least two patient identifiers when providing care, treatment and services”

“Utilizar al menos dos identificadores del paciente en la prestación de la asistencia sanitaria”

“Deben utilizarse al menos dos identificadores de paciente a lo largo de todo el proceso asistencial del paciente, (admisión, solicitudes pruebas diagnósticas, administración de sangre u otros componentes sanguíneo, etc.)

La JACHO recomienda, específicamente, al menos utilizar dos identificadores adecuados del paciente cuando se toman las muestras sanguíneas y realizar un etiquetado seguro e inequívoco de dichos especímenes

Esta recomendación hace referencia explícita a que el número de cama o la localización física del paciente no deben utilizarse como un identificador del paciente.

El Colegio de Patólogos Americano, CAP reconoció la importancia de la identificación del paciente y sus muestras al introducir en los laboratorios clínicos una herramienta de medida de calidad sobre este tema³³. En sus “checklist” introduce las siguientes preguntas en relación con este tema:

33 . Wagar EA, Tamashiro L, Yasin S, Hilborne L, Bruckner DA. Safety in the Clinical Laboratory A Longitudinal Analysis of Specimen Identification Errors. Arch Pathol Lab Med. 2006; 1662-8 y Wagar EA, Stankovic AK, Raab S, Nakhel RE, Walsh MK. Specimen labeling errors. A Q-probes analysis of 147 clinical laboratories. Arch Pathol Lab Med 2008;132(10):1617-22

- ¿La persona que ha realizado la obtención de las muestras ha identificado positivamente al paciente antes de la obtención de dichas muestras?
- ¿Se dispone de un programa documentado para asegurar que se monitorizan los riesgos de errores de identificación pre transfusión de las muestras sanguíneas y además se dispone de un protocolo de mejora continua de este proceso?

El código de Regulaciones Federales “Code of Federal Regulation” (CFR), es la codificación de las normas y regulaciones del Gobierno Federal de los Estados Unidos. Dentro de estos CFR, se hace referencia a la identificación del paciente y sus muestras.³⁴

CFR 493.1101. La organización debe asegurar la integridad óptima del espécimen así como la identificación positiva del paciente a través de todo el proceso: pre analítico, analítico y post analítico.

Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Uno de los más importantes documentos publicados recientemente por el CLSI es el GP 33-A “Guidelines for Accuracy in Patient and Sample Identification”.³⁵ En esta guía se describen los elementos esenciales de los sistemas y los procesos requeridos para asegurar una identificación inequívoca del paciente.

34 Wagar EA, Tamashiro L, Yasin S, Hilborne L, Bruckner DA. Safety in the Clinical Laboratory A Longitudinal Analysis of Specimen Identification Errors. Arch Pathol Lab Med. 2006; 1662-8 y AHRQ-Agency for Healthcare Research and Quality. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/>. y Clinical Laboratory News, American Association for Clinical Chemistry, “CDC Uses Comparative Effectiveness for Quality Improvement”, Vol.35, No. 5, May 2009, Washington, D.C

35 CLSI (Clinical Laboratory Standards Institute) GP 33-A : “Accuracy in Patient and Sample identification • (GP 33-A) 2010

La sección de educación (EMD) de la Federación Internacional de Química Clínica y Laboratorio de Medicina (IFCC), ha creado un grupo de trabajo específico sobre errores de laboratorio y seguridad del paciente (Working Group on “Laboratory errors and patient safety”).

WG-LEPS 9.3.8 como herramienta para mejorar el conocimiento en este campo a nivel internacional y recomendar el desarrollo y aplicación de protocolos operativos estandarizados.³⁶

La Norma ISO 15189:2014 “Laboratorios Clínicos: Requisitos Particulares para la Calidad y la Competencia”. Esta norma internacional establece los procedimientos para una correcta gestión de la identificación inequívoca del paciente y sus muestras. Además hace referencia a la seguridad y ética dentro del servicio ofrecido.³⁷

Norma ISO 9001:2008. Esta norma, en su Sistema de Gestión de Calidad, prioriza la seguridad del paciente en términos de una adecuada gestión de los riesgos que éste puede sufrir.³⁸

36 The International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC). <http://www.ifcc.org/>. y International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC) - Education and Management Division. Working Group: Laboratory Errors and Patient Safety. Disponible en: <http://www2.csinet.it/mqiweb/>. Acceso el 08-12-2014

37 ISO Medical laboratories: particular requirements for quality and competence. ISO 15189 Geneva Switzerland: International Organization for Standardization;2014.

38 NORMA ISO 9001:2008. “Requisitos Sistemas de Gestión de la Calidad” Icontec-Colombia

En materia de Gestión de riesgos para la Seguridad de Paciente, la norma UNE 179003:2013 hace también referencia a la identificación inequívoca del paciente.³⁹

Esta norma va dirigida a:

- Identificar las situaciones de riesgo e implantar acciones para su reducción y prevención.
- Conseguir una atención libre de daños evitables.
- Desarrollar sistemas y procesos encaminados a:
- Reducir probabilidad aparición fallos y errores.
- Aumentar probabilidad detección cuando ocurren.
- Mitigar sus consecuencias.

La Norma ISO 31000:2011, establece una serie de principios que deben ser satisfechos para hacer una gestión eficaz del riesgo. Recomienda que las organizaciones desarrollen, implementen y mejoren, continuamente, un marco de estructura de soporte cuyo objetivo es integrar el proceso de gestión de riesgos en el gobierno corporativo de la organización, planificación y estrategia, gestión, procesos de información, políticas, valores y cultura.⁴⁰

³⁹ Norma UNE 179003: 20013 "Sistema de Gestión de riesgos para la Seguridad del Paciente" Aenor. España

⁴⁰ Norma ISO 31000:2011 "Gestión de Riesgos" Icontec-Colombia

¿Por qué es importante detectar, prevenir y reducir los errores asociados a la identificación de pacientes y muestras de laboratorio? ([regresar al escenario problemático](#))

Entre noviembre de 2003 y julio de 2005, la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente del Reino Unido denunció 236 incidentes y casi pérdidas relacionadas con el extravío de pulseras o pulseras con información incorrecta.⁴¹

La identificación incorrecta de los pacientes fue mencionada en más de 100 análisis de causas fundamentales individuales realizados por el Centro Nacional para la Seguridad del Paciente del Departamento de los Veteranos (VA) de los Estados Unidos, desde enero de 2000 hasta marzo de 2003.

Para el laboratorio clínico el impacto de este tipo de errores es de tal magnitud que puede generar errores de pruebas y exámenes y/o procedimientos en pacientes incorrectos, los registros equivocados de datos producen la pérdida de información. La identificación correcta se debe manejar como una actividad asistencial prioritaria en la seguridad del paciente.

41 Wristbands for hospital inpatients improve safety. National Patient Safety Agency, Safer practice notices 11, 22 November 2005. http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1440_Safer_Patient_identification

¿Por qué es importante contar con una identificación de pacientes y muestras de laboratorio correctas? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

Conocer en todo momento la identidad correcta de los pacientes que se están atendiendo es importante porque reduce ostensiblemente el riesgo potencial de confusión que puede llevar a un error médico y además facilita el conocimiento, por parte de todo el personal del servicio que tiene que ver con su atención y con el manejo de sus muestras, de aquellos factores personales del paciente que pueden suponer un riesgo para su seguridad.

¿Cuáles son las fallas activas o las acciones inseguras más comunes relacionadas con los errores en la identificación de muestras de laboratorio? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

Entre estas fallas activas o acciones inseguras se encuentran: ausencia de estándares para la realización de la identificación, la ausencia de protocolos para el ingreso y la remisión de muestras, pacientes con el mismo nombre, intervención de varias personas en la atención del paciente, pacientes muy ancianos o con facultades mentales disminuidas, sistemas de información deficientes o sistemas de información sin el debido mantenimiento, entre otras.

¿En el laboratorio clínico cuáles son las fallas más comunes en la atención a pacientes relacionadas con eventos adversos? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

No verificación de resultados antes de su emisión y entrega al paciente, falta de

verificación de los datos demográficos del paciente, marcación de tubos sin verificación de datos del paciente.

¿Cuál es el impacto económico de la mala identificación de muestras de laboratorio? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

Si los pacientes se identifican incorrectamente cuando las muestras se obtienen para las pruebas de laboratorio, los errores en la identificación pueden generar costos de no calidad, como el retraso en el diagnóstico, solicitud de pruebas adicionales de laboratorio, el tratamiento de un paciente equivocado para la enfermedad que no tiene e incluso la muerte por tratamientos o procedimientos realizados al paciente equivocado y por ende pérdida de tiempo en el establecimiento de conductas de tratamiento y seguimiento al paciente que lo necesitaba.

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP [\(Ir a Anexo 4\)](#)

7.2 JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta los antecedentes nacionales e internacionales presentados anteriormente, con el fin de fomentar el conocimiento, las competencias y habilidades para una práctica de atención que permita detectar, prevenir y reducir las fallas relacionadas con la identificación incorrecta de los pacientes y de las muestras de laboratorio, se presentan a continuación tanto las fallas activas como las fallas latentes más frecuentes relacionadas con éste tipo de infecciones así como las prácticas seguras para mitigar el riesgo de errores en la atención.

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 1 ([regresar al escenario problemático](#))

SIGUIENTE FALLA



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)

Falla Activa No.1 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 1](#)

Organización y Gerencia

- Políticas institucionales poco claras para la elaboración o adopción de protocolos de identificación.
 - Inadecuado plan de mantenimiento de las impresoras de etiquetas y sistema de información.
 - Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal o flotante.
 - No implementación de rondas de seguridad que verifiquen la correcta identificación y el funcionamiento de todos los dispositivos para esta acción.
 - No contar con programas de capacitación ni socialización de protocolos ni con un programa de educación al personal para la prevención de fallas asociadas a la identificación.
 - Debilidad en la implementación del sistema de información que permita la identificación del paciente y sus muestras biológicas.
 - Ausencia de programas de capacitación al personal asistencial que incluyan evaluación de la adherencia.
 - Irregularidades con la consecución de suministros para el etiquetado de las muestras y el mantenimiento de impresoras.
 - Escasez de recursos para el financiamiento.
 - Insuficiente investigación para proveer datos y justificación económica referentes a análisis de costos y beneficios para implementación de recomendaciones de identificación de muestras.
- Recomendaciones para la toma segura y manipulación apropiada de muestras potencialmente infecciosas con agentes altamente patógenos. The Joint Comisión International – OMS

Individuo

- Falta de adherencia del personal de salud al protocolo de identificación del paciente y de muestras biológicas.
 - Falta de verificación de los datos demográficos del paciente.
 - Desconocimiento acerca del uso de dispositivos para el marcado del paciente y de las muestras.
 - Falta de compromiso con la cultura institucional de seguridad y adopción de prácticas seguras.
 - Marcación de las muestras posterior a la toma en otro sitio diferente al que se llevó a cabo el contacto con el paciente.
 - Marcación de tubos sin verificación de datos del paciente.
 - Realizar varias extracciones al mismo tiempo sin identificar, al finalizar el procedimiento de venopunción de cada paciente, sus muestras.
- Manual de obtención y manejo de muestras para el laboratorio clínico. 2009. Plan de laboratorios clínicos y bancos biológicos. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía
- Error de identificación de muestra al hacer la alícuota.
- Aplicación del análisis modal de fallos y sus efectos a la fase pre analítica de un laboratorio clínico. Rev Lab Clin. 2010;3(4):161-170. A. Giménez Marín et al.
- Rapidez en la toma de muestras por estado crítico del paciente.

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de un protocolo de identificación estandarizado. Recomendaciones para la toma segura y manipulación apropiada de muestras potencialmente infecciosas con agentes altamente patógenos.
- The Joint Comisión International – OMS
- Ausencia de criterios documentados para la aceptación y rechazo de muestras.
 - Inadecuadas condiciones de los dispositivos o cantidad insuficiente necesarias para la identificación de las muestras como impresoras de etiquetas o códigos de barras.
- Paciente CCdIOsSplSd. Soluciones para la seguridad del paciente, Identificación de pacientes 2007. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/oluciones-para-la-Seguridad-del-Paciente.aspx>.
- Contar con protocolos poco claros para identificar pacientes que carecen de identificación y para distinguir la identidad de los pacientes con el mismo nombre.
- Organización Mundial de la Salud. Identificación de Pacientes. [En línea] 2007. [Citado el: 25 de Noviembre de 2014.] <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.
- Errores en el sistema de información (caída del sistema, sistemas de información obsoletos, sistemas sin filtros de seguridad).
- Understanding and preventing wrong-patient electronic orders: a randomized controlled trial. Adelman JS, Kalkut GE, Schechter CB, Weiss JM, Berger MA, Reissman SH, Cohen HW, Lorenzen SJ, Burack DA, Southern WN. 2, Mar - Apr de 2013, J Am Med Inform Assoc. , Vol. 20, págs. 305-310.
- Solicitudes para pruebas de laboratorio incompletas, mal diligenciadas, ilegibles, ambiguas.
- Manual de obtención y manejo de muestras para el laboratorio clínico. 2009. Plan de laboratorios clínicos y bancos biológicos. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Excesiva confianza en soluciones técnicas imperfectas.
- Recomendaciones para la toma segura y manipulación apropiada de muestras potencialmente infecciosas con agentes altamente patógenos. The Joint Comisión International – OMS.
- Carencia de formularios para solicitud de pruebas de laboratorio.
- Aplicación del análisis modal de fallos y sus efectos a la fase pre analítica de un laboratorio clínico. Rev Lab Clin. 2010;3(4):161-170. A. Giménez Marín et al.
- Etiquetas que se caen (sin pegatina).
 - Tubos que se usan y que fueron previamente etiquetados para otros pacientes que no se emplearon.
 - Remanentes de etiquetas marcadas, que son impresas con anterioridad y no son destruidas cuando al paciente se le da el alta.

FALLAS LATENTES

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO
PROBLÉMICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



Falla Activa No.1 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 1](#)

Organización y Gerencia

- Políticas institucionales poco claras para la elaboración o adopción de protocolos de identificación.
 - Inadecuado plan de mantenimiento de las impresoras de etiquetas y sistema de información.
 - Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal o flotante.
 - No implementación de rondas de seguridad que verifiquen la correcta identificación y el funcionamiento de todos los dispositivos para esta acción.
 - No contar con programas de capacitación ni socialización de protocolos ni con un programa de educación al personal para la prevención de fallas asociadas a la identificación.
 - Debilidad en la implementación del sistema de información que permita la identificación del paciente y sus muestras biológicas.
 - Ausencia de programas de capacitación al personal asistencial que incluyan evaluación de la adherencia.
 - Irregularidades con la consecución de suministros para el etiquetado de las muestras y el mantenimiento de impresoras.
 - Escasez de recursos para el financiamiento.
 - Insuficiente investigación para proveer datos y justificación económica referentes a análisis de costos y beneficios para implementación de recomendaciones de identificación de muestras.
- Recomendaciones para la toma segura y manipulación apropiada de muestras potencialmente infecciosas con agentes altamente patógenos. The Joint Comisión International – OMS

Ambiente

- Inadecuadas condiciones de iluminación.
 - Inadecuada distribución o condiciones de impresoras de etiquetas.
 - Carencia o deficiencia de impresoras de etiquetas.
 - Atención congestionada o simultánea de pacientes.
 - Ausencia y/o fatiga del personal por exceso de trabajo.
- Aplicación del análisis modal de fallos y sus efectos a la fase pre analítica de un laboratorio clínico. Rev Lab Clin. 2010;3(4):161-170. A. Giménez Marín et al.

Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento.
 - Problemas de comunicación entre los responsables de la atención.
 - El no informe oportuno cuando el laboratorio en la fase de recepción, detecta un error en la identificación de la muestra.
- Buenas prácticas de laboratorio clínico. República de Cuba. Ministerio de salud pública centro para el control estatal de la calidad de los medicamentos. 2009
- No disponibilidad de personal de soporte.

Paciente

- Desconocimiento por parte del paciente de la importancia de que sus muestras estén correctamente marcadas.
- Organización Mundial de la Salud. Identificación de Pacientes. [En línea] 2007. [Citado el: 25 de Noviembre de 2014.] <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.
- Pacientes inconscientes, demasiado jóvenes, con alteración cognitiva, no hablan el idioma del país, nombre del paciente difícil de escribir, sin acompañante.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.1 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 1](#)

ADMINISTRATIVAS

- Diseño, actualización y socialización del protocolo institucional para la identificación del paciente y muestras de laboratorio que incluya rutas críticas como: admisión, solicitud realizada por el médico, obtención de muestras, recepción de la orden en el laboratorio, recepción de las muestras, trazabilidad analítica, validación del resultado. Identificación del paciente y sus muestras biológicas.
 - Recomendación (2013) Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (seqc) m.a. cuadrado cenxual, e.e. moreno campoy, f.j. otros
- Estandarizar el proceso de identificación y verificar que se esté realizando correctamente mediante lista de chequeo.
- 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.
 - Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario. Estándar 27, Código: (AsPL6)
- Realizar reinducción al personal nuevo.
- Registro administrativo: correcta entrada de datos del paciente y de las muestras solicitadas.
- Realizar evaluación y auditoría a la adherencia al protocolo institucional de identificación.
 - [Adelman JS et al. Understanding and preventing wrong-patient electronic orders: a randomized controlled trial. Am Med Inform Assoc. 2013 Mar-Apr;20(2):305-10 (4) [calificación evidencia: ⊕⊕⊕⊕ MODERATE](#)]
- Vigilancia activa del grupo de trabajo conformado para la revisión de la estrategia de identificación.
- Realizar actividades encaminadas a la toma de conciencia por parte de los trabajadores de las consecuencias que pueden generar la deficiente o inadecuada identificación de las muestras de un paciente.
 - Errores en el laboratorio clínico. Ruth Cano Corres. Laboratori Clínic, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. Xavier Fuentes Arderiu. Consultor en Ciències de Laboratori Clínic, Barcelona.
- Definir acciones sistemáticas tendientes a garantizar la identificación correcta del paciente y de las muestras.
- Creación de una cultura de seguridad integrando al paciente y trabajador en las prácticas seguras.
- Estructurar programas de educación para la prevención de fallas en la identificación.
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación del protocolo de identificación del paciente y muestras biológicas.
 - World Health Organization on behalf of the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases. Good laboratory practice (GLP). 2009
 - Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario. Estándar 35. Código: (AsPL14)
- Disponer de criterios documentados para la aceptación y rechazo de muestras.
- Incluir los insumos para el etiquetado de las muestras como una prioridad en las compras.
- Definir las responsabilidades de todo el personal y registrarlas en las descripciones de puestos y sus cualificaciones y competencias definir las en los registros de educación y formación.
 - Global Government and Public Health Services Laboratory, DAIDS Clinical Laboratory Oversight Team. DAIDS Guidelines for Good Clinical Laboratory Practice Standards. 2013.
- Hacer énfasis en la responsabilidad principal de los trabajadores de la atención de verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta.
 - Organización Mundial de la Salud. Identificación de Pacientes. [En línea] 2007. [Citado el: 25 de Noviembre de 2014.] <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>
- Desarrollar y utilizar enfoques no orales para identificar pacientes comatosos o confundidos.
 - Organización Mundial de la Salud. Identificación de Pacientes. [En línea] 2007. [Citado el: 25 de Noviembre de 2014.] <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.
- Contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, conservación, calidad, confiabilidad y la confidencialidad de las muestras cuando se vayan a remitir. Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario. Estándar 35. Código: (AsPL14)
- Fomentar en los trabajadores la capacidad para controlar y verificar su propio trabajo. Organización Mundial de la Salud. Identificación de Pacientes.
 - [En línea] 2007. [Citado el: 25 de Noviembre de 2014.] <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.

PRÁCTICAS SEGURAS

Falla Activa No.1 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 1](#)

TECNOLÓGICAS

- Implementar y estandarizar sistemas automatizados de Identificación (código de barras, radiofrecuencia, brazaletes, tarjeta de cabecera de pie de cama o de habitación de un paciente, biometría, uso de la huella dactilar, etc.).
- Organización Mundial de la Salud. Identificación de Pacientes. [En línea] 2007. [Citado el: 25 de Noviembre de 2014.] <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPAN-ISH.pdf>.
- Identificar muestras y solicitudes mediante el uso de etiquetas con código de barras, compatible con el equipamiento.
- Briozzo G, Perego M, Parsehian S. Seguridad del paciente. Contribución del laboratorio clínico. 2008: [19-25 pp.]. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=65112134004>.
- Estandarizar el formato de solicitud de exámenes de laboratorio.
- Destrucción de las pulseras cuando al paciente se le de el alta.

FÍSICAS

- Contar con los elementos necesarios para identificar la muestra.
- Ubicación de las impresoras de etiquetas a la menor distancia de los puestos de enfermería.
- Contar con un área de toma de muestras privada y limpia.
- World Health Organization (WHO). guidelines on drawing blood: best practices in phlebotomy2010. Available from: http://whqlibdoc.who.int/.../9789241599221_eng.pdf.
- La muestra que se remite debe ser chequeada en el momento de su entrega al laboratorio subcontratado o referente, confirmando su identificación.
- Good Clinical Laboratory Practice. Research Quality Association (RQA) 2012

HUMANAS

- Adherencia al protocolo de identificación de pacientes y muestras de laboratorio.
- Preparación del material antes de la toma de muestra.
- Identificación del material antes de la toma de muestra.
- Marcación del tubo frente al paciente con rótulo adhesivo, verificando coherencia de datos.
- World Health Organization (WHO). guidelines on drawing blood: best practices in phlebotomy2010. Available from: whqlibdoc.who.int/.../9789241599221_eng.pdf.
- Paciente CCdIOsSplSd. Soluciones para la seguridad del paciente, Identificación de pacientes 2007. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/oluciones-para-la-Seguridad-del-Paciente.aspx>.
- Verificación de los datos demográficos del paciente.
- Implementación por el personal de al menos el uso de dos identificadores. Paciente CCdIOsSplSd.
- Soluciones para la seguridad del paciente, Identificación de pacientes 2007. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/oluciones-para-la-Seguridad-del-Paciente.aspx>.
- Contar con criterios documentados para la aceptación y rechazo de muestras.
- No tomar muestras sin orden médica.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá DCDdSP. Manual para la toma de muestras para análisis microbiológico 2008. Available from: www.saludcapital.gov.co.
- Registrar el nombre del trabajador que toma las muestras. Buenas prácticas de laboratorio clínico. República de Cuba. Ministerio de salud pública centro para el control estatal de la calidad de los medicamentos. 2009

NATURALES

- Adecuada iluminación de los ambientes destinados para la prestación del servicio.
- Adecuada distribución de puntos para las impresoras de códigos de barras y/o etiquetas.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 2 [\(regresar al escenario problemático\)](#)



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)

Falla Activa No.2 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 2](#)

Organización y Gerencia

- Sobrecarga laboral.
- Deficiencia de programas de inducción y reintroducción al personal.
- No implementación de rondas de seguridad que verifiquen que los resultados están siendo entregados a los pacientes correctos.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de protocolos ni con un programa de educación al personal para la prevención de fallas asociadas a la identificación.

Individuo

- Falta de compromiso con la cultura institucional de seguridad y adopción de prácticas seguras.
- Falta de experticia del personal que solicita las pruebas y toma las muestras.
- Afán por ejecutar la tarea.
- No verificación de la identidad del paciente antes de solicitar la prueba.
- Preguntar al paciente en lugar de revisar la historia clínica.
- Tomar muestras sin orden médica.
- Falta de adherencia al procedimiento.

Tarea y tecnología

- Ausencia de criterios documentados para la aceptación y rechazo de muestras.
 - Solicitudes para pruebas de laboratorio incompletas, mal diligenciadas, ilegibles y ambiguas.
- Manual de obtención y manejo de muestras para el laboratorio clínico. 2009. Plan de laboratorios clínicos y bancos biológicos. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Paciente

- Dificultades en la comunicación con el paciente.

Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento.
- Problemas de comunicación del equipo de trabajo.
- El no informe oportuno cuando el laboratorio en la etapa de recepción, detecta que la muestra no corresponde con el examen solicitado o viceversa.

- Buenas prácticas de laboratorio clínico. República de Cuba. Ministerio de salud pública centro para el control estatal de la calidad de los medicamentos. 2009

Ambiente

- Inadecuadas condiciones de iluminación.
- Atención congestionada o simultánea de pacientes.
- Ausencia y/o fatiga del personal por exceso de trabajo.

- Aplicación del análisis modal de fallos y sus efectos a la fase pre analítica de un laboratorio clínico. Rev Lab Clin. 2010;3(4):161-170. A. Giménez Marín et al.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.2 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 2](#)

HUMANAS

- Solicitar los exámenes de laboratorio acordes con la historia clínica del paciente.
- Verificar los exámenes solicitados antes de proceder a la toma de muestra.
- Registrar el nombre del trabajador que toma las muestras.
- Buenas prácticas de laboratorio clínico. República de Cuba. Ministerio de salud pública centro para el control estatal de la calidad de los medicamentos. 2009
- Personal entrenado en toma de muestras.
- Contar con una lista de chequeo que incluya criterios de verificación como: identificación del paciente, examen solicitado, examen tomado, examen realizado, tipo de recipiente, empleado, etc.

FÍSICAS

- Contar con un espacio adecuado para realizar la solicitud de los exámenes.
- Contar con un espacio adecuado para realizar la toma de muestras.

TECNOLÓGICAS

- Disponer de los recursos o tecnologías necesarias para la solicitud de las pruebas.
- Disponer de los recursos necesarios y adecuados para la toma de la muestra.

ADMINISTRATIVAS

- Diseño, actualización y socialización del protocolo institucional para la identificación del paciente y muestras de laboratorio que incluya rutas críticas como: admisión, solicitud realizada por el médico, obtención de muestras, recepción de la orden en el laboratorio, recepción de las muestras, trazabilidad analítica, validación del resultado. Identificación del paciente y sus muestras biológicas.
- Recomendación (2013) Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (seqc) m.a. cuadrado cenual, e.e. moreno campoy, f.j. otros
- Definir acciones sistemáticas de auditoría y evaluación tendientes a garantizar que las pruebas solicitadas son pertinentes con la historia clínica del paciente.
- 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.
- Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario. Estándar 27, Código: (AsPL6)
- Definir acciones tendientes a minimizar la solicitud de pruebas innecesarias a los pacientes.
- Disponer de criterios documentados para la aceptación y rechazo de muestras.
- Realizar auditorías a las solicitudes médicas.
- Fomentar en los trabajadores la capacidad para controlar y verificar su propio trabajo.
- Organización Mundial de la Salud. Identificación de Pacientes. [En línea] 2007. [Citado el: 25 de Noviembre de 2014.] <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.
- Realizar inducción al personal nuevo.

NATURALES

- Adecuada iluminación de los ambientes destinados para la entrega de resultados.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 3 [\(regresar al escenario problémico\)](#)



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)

Falla Activa No.3 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 3](#)

Organización y Gerencia

- Sobrecarga laboral.
- Políticas institucionales poco claras para la elaboración o adopción de protocolos de identificación.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal o flotante.
- No implementación de rondas de seguridad que verifiquen la correcta identificación.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de protocolos ni con un programa de educación al personal para la prevención de fallas asociadas a la identificación.
- Ausencia de programas de capacitación al personal asistencial que incluyan evaluación de la adherencia.

Individuo

- Falta de adherencia del personal de salud al protocolo de identificación del paciente y de muestras biológicas.
 - Desconocimiento acerca del uso de dispositivos empleados para la identificación del paciente y el marcado de las muestras de laboratorio.
 - Falta de compromiso con la cultura institucional de seguridad y adopción de prácticas seguras.
 - Personal no idóneo.
 - Falta de experticia del personal que toma las muestras.
 - Afán por ejecutar la tarea.
 - Tomar muestras sin orden médica.
 - El no informe oportuno cuando el que toma la muestra no reporta al laboratorio que se ha equivocado.
- Buenas prácticas de laboratorio clínico. República de Cuba. Ministerio de salud pública centro para el control estatal de la calidad de los medicamentos. 2009

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de un protocolo de identificación.
 - Solicitudes para pruebas de laboratorio incompletas, mal diligenciadas, ilegibles, ambiguas.
- Manual de obtención y manejo de muestras para el laboratorio clínico. 2009. Plan de laboratorios clínicos y bancos biológicos. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía
- Tubos que se etiquetaron con datos de un paciente que no fueron usados (porque cancelaron la prueba o le dieron el alta) pero no se tuvo la precaución de descartarlos o cambiar la etiqueta al momento de emplearlo en otro paciente.
 - Etiquetas marcadas e impresas de pacientes que no se destruyen cuando a éstos se les da el alta y que por error se emplean en el marcado de los tubos de otros pacientes de alta.
 - Deficiente control de la solicitud médica.

Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento.
- Problemas de comunicación del equipo de trabajo.

Paciente

- Desconocimiento por parte del paciente de la importancia de que sus muestras estén correctamente marcadas.
- Paciente inconsciente.
- Dificultades en la comunicación con el paciente.

Ambiente

- Inadecuadas condiciones de iluminación.
 - Inadecuados espacios en áreas de toma de muestras.
 - Atención congestionada o simultánea de pacientes.
 - Ausencia y/o fatiga del personal por exceso de trabajo.
- Aplicación del análisis modal de fallos y sus efectos a la fase pre analítica de un laboratorio clínico. Rev Lab Clin. 2010;3(4):161-170. A. Giménez Marín et al.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.3 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 3](#)

HUMANAS

- Adherencia al protocolo de identificación de pacientes y muestras de laboratorio.
- Identificación de los pacientes en forma adecuada con verificación y seguimiento de control.
- Preparación del material antes de la toma de muestra.
- Identificación del material antes de la toma de muestra.
- Marcación de tubos frente al paciente con rótulo adhesivo, verificando coherencia de datos.
- Registrar el nombre del trabajador que toma las muestras.

- Buenas prácticas de laboratorio clínico. República de Cuba. Ministerio de salud pública centro para el control estatal de la calidad de los medicamentos.

FÍSICAS

- 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 los ambientes destinados para la toma de muestras.
- Espacios adecuados en áreas de toma de muestras.

ADMINISTRATIVAS

- Diseño, actualización y socialización del protocolo institucional para la identificación del paciente y muestras de laboratorio que incluya rutas críticas como: admisión, solicitud realizada por el médico, obtención de muestras, recepción de la orden en el laboratorio, recepción de las muestras, trazabilidad analítica, validación del resultado. Identificación del paciente y sus muestras biológicas.

- Recomendación (2013) Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (seq) m.a. cuadrado cenual, e.e. moreno campoy, f.j. otros

- Estandarizar el proceso de identificación y verificar que se esté realizando correctamente mediante lista de chequeo.
- 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.

- Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario. Estándar 27, Código: (AsPL6)

- Realizar el correcto ingreso de los pacientes y de las muestras al sistema de información y aleatoriamente verificar algunos ingresos por una segunda persona.
- Realizar auditorías a las solicitudes médicas.
- Definir acciones sistemáticas tendientes a garantizar la identificación correcta del paciente y de las muestras.
- Creación de una cultura de seguridad integrando al paciente y trabajador en las prácticas seguras.
- Estructurar programas de educación para la prevención de fallas en la identificación.
- Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación del protocolo de identificación del paciente y muestras biológicas.
- Disponer de protocolos claros para el cuestionamiento de los resultados de análisis de laboratorio u otros hallazgos de los análisis cuando no coincidan con la historia clínica del paciente.

- Organización Mundial de la Salud. Identificación de Pacientes. [En línea] 2007. [Citado el: 25 de Noviembre de 2014.] <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.

- Fomentar en los trabajadores la capacidad para controlar y verificar su propio trabajo.

- Organización Mundial de la Salud. Identificación de Pacientes. [En línea] 2007. [Citado el: 25 de Noviembre de 2014.] <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.

- Realizar inducción al personal nuevo.

PRÁCTICAS SEGURAS



7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 4 [\(regresar al escenario problemático\)](#)



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)

Falla Activa No.4 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 4](#)

Organización y Gerencia

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

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de un protocolo de identificación.
 - Defectuoso funcionamiento del analizador.
 - Ausencia, desactualización o no socialización de protocolos institucionales para la limpieza, desinfección y esterilización de equipos biomédicos.
 - Trabajar con copillas o muestra separada en lugar de tubo primario.
 - Falta de verificación del cumplimiento de aspectos básicos para ejecución del procedimiento.
 - No se cuenta con un protocolo para conservar la identidad de las muestras del paciente durante los procesos pre analítico, analítico y post analítico.
- Organización Mundial de la Salud. Identificación de Pacientes. [En línea] 2007. [Citado el: 25 de Noviembre de 2014.] <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.
- Alícuotar las muestras de forma manual.
- Aplicación del análisis modal de fallos y sus efectos a la fase pre analítica de un laboratorio clínico. Rev Lab Clin. 2010;3(4):161-170. A. Giménez Marín et al.
- Etiquetas que se caen (sin pegatina).

Individuo

- Falta de compromiso con la cultura institucional de seguridad y adopción de prácticas seguras.
 - Falta de experticia del personal que procesa las muestras.
 - Afán por ejecutar la tarea.
 - El no informe oportuno cuando el que procesa la muestra detecta que ha procesado la muestra equivocada y no lo reporta.
- Buenas prácticas de laboratorio clínico. República de Cuba. Ministerio de salud pública centro para el control estatal de la calidad de los medicamentos. 2009
- Error de identificación de muestra al hacer la alícuota.
- Aplicación del análisis modal de fallos y sus efectos a la fase pre analítica de un laboratorio clínico. Rev Lab Clin. 2010;3(4):161-170. A. Giménez Marín et al.

Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento
- Problemas de comunicación del equipo de trabajo.

Ambiente

- Inadecuadas condiciones de iluminación.
- Inadecuados espacios para las áreas de recepción, preparación y procesamiento de muestras.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.4 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 4](#)

ADMINISTRATIVAS

- Diseño, actualización y socialización del protocolo institucional para la identificación del paciente y muestras de laboratorio que incluya rutas críticas como: admisión, solicitud realizada por el médico, obtención de muestras, recepción de la orden en el laboratorio, recepción de las muestras, trazabilidad analítica, validación del resultado.

- Identificación del paciente y sus muestras biológicas. Recomendación (2013) Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (seqc) m.a. cuadrado cenual, e.e. moreno campoy, f.j. otros

- Definir acciones sistemáticas tendientes a garantizar que las muestras que están siendo procesadas correspondan efectivamente con las que fueron tomadas a los pacientes correctos.
- Disponer de protocolos claros para el cuestionamiento de los resultados de análisis de laboratorio u otros hallazgos de los análisis cuando no coincidan con la historia clínica del paciente.

- Organización Mundial de la Salud. Identificación de Pacientes. [En línea] 2007. [Citado el: 25 de Noviembre de 2014.] <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.

- Fomentar en los trabajadores la capacidad para controlar y verificar su propio trabajo.

- Organización Mundial de la Salud. Identificación de Pacientes. [En línea] 2007. [Citado el: 25 de Noviembre de 2014.] <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.

- Realizar inducción al personal nuevo.
- Contar con procesos basados en buenas prácticas que garanticen la seguridad, conservación, calidad, confiabilidad y la confidencialidad de las muestras cuando se vayan a remitir.
- 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.

- Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario. Estándar 27, Código: (AsPL6)

HUMANAS

- Marcación de la muestra correctamente al momento de la toma.
- Detección de la muestra mal Identificada.
- Realizar verificación cruzada entre la identificación que tiene el tubo y la identificación que figura en su etiqueta (cuando la muestra es tomada en otra parte diferente al laboratorio).
- Lista de chequeo.

FÍSICAS

- Contar con un espacio adecuado para la preparación de las muestras.
- Contar con un espacio apropiado para la verificación de las muestras antes de ser procesadas.
- La muestra a ser remitida debe ser chequeada en el momento de su entrega confirmando su identificación.

- Good Clinical Laboratory Practice. Research Quality Association (RQA) 2012

TECNOLÓGICAS

- 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.

- Good Clinical Laboratory Practice. Research Quality Association (RQA) 2012

NATURALES

- Adecuada iluminación de los ambientes destinados para el procesamiento de las muestras.
- Espacios adecuados para las áreas de recepción, preparación y procesamiento de muestras.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 5 [\(regresar al escenario problemático\)](#)



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)

Falla Activa No.5 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 5](#)

Organización y Gerencia

- Sobrecarga laboral.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción al personal.
- No implementación de rondas de seguridad que verifiquen que los resultados están siendo entregados a los pacientes correctos.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de protocolos ni con un programa de educación al personal para la prevención de fallas asociadas a la identificación.
- Irregularidades con la consecución de suministros para la impresión de resultados y el mantenimiento de los equipos de cómputo y/o oficina.
- Incorrecta identificación de los datos del paciente (edad, género, hora de la toma del medicamento, toma de muestra en hora diferente a la indicada por el médico) genera interpretaciones erróneas.

- Manual de obtención y manejo de muestras para el laboratorio clínico. 2009. Plan de laboratorios clínicos y bancos biológicos. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.



Individuo

- Falta de compromiso con la cultura institucional de seguridad y adopción de prácticas seguras.
 - Falta de verificación de los datos demográficos del paciente.
 - Falta de experticia del personal que entrega los resultados.
 - Afán por ejecutar la tarea.
 - Deficiente comunicación con el paciente cuando se le debe informar el tipo de resultados que le quedan pendientes y en cuánto tiempo los debe reclamar.
 - No aplicación de los criterios para asegurar la confidencialidad de los resultados.
 - No verificación de los resultados antes de su emisión y entrega al paciente.
 - No respeto a la privacidad del paciente.
 - Errores de transcripción.
 - Resultados mal interpretados.
 - Reportar resultados telefónicamente sin ningún tipo de control.
 - El no informe oportuno cuando quien entrega los resultados detecta un error.
- Buenas prácticas de laboratorio clínico. República de Cuba. Ministerio de salud pública centro para el control estatal de la calidad de los medicamentos. 2009
- Entregar resultados verbales al paciente.
- Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario. Estándar 37. Código: (AsPL16).
- Registro de resultados de los análisis efectuados poco claros, con ambigüedades y tachones.
 - Uso de valores de referencia inapropiados para el método, la población, la edad y el género
 - Falta de verificación del cumplimiento de aspectos básicos para ejecución del procedimiento.
 - Demoras en la entrega de resultados.
 - Instrucciones poco claras y específicas o falta de las mismas.

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.
- Dificultades en la comunicación con el paciente.

Equipo

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento.
- Problemas de comunicación del equipo de trabajo.

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de un protocolo de entrega de resultados.
 - Funcionamiento defectuoso de las impresoras.
 - Errores en el sistema de información (caída del sistema, sistemas de información obsoletos, sistemas sin filtros de seguridad, duplicación de errores en sistemas informáticos vinculados que enmascaran errores de identificación de pacientes)
- Understanding and preventing wrong-patient electronic orders: a randomized controlled trial. Adelman JS, Kalkut GE, Schechter CB, Weiss JM, Berger MA, Reisman SH, Cohen HW, Lorenzen SJ, Burack DA, Southern WN. 2, Mar - Apr de 2013, J Am Med Inform Assoc. , Vol. 20, págs. 305-310.
- Recomendaciones para la toma segura y manipulación apropiada de muestras potencialmente infecciosas con agentes altamente patógenos. The Joint Comisión Internacional – OMS
- No se cuenta con los recursos necesarios para el escaneo de resultados que son realizados por otros laboratorios.

Ambiente

- Inadecuadas condiciones de iluminación.
 - Inadecuadas condiciones del área de entrega de resultados.
 - Atención congestionada o simultánea de pacientes.
 - Ausencia y/o fatiga del personal por exceso de trabajo.
- Aplicación del análisis modal de fallos y sus efectos a la fase pre analítica de un laboratorio clínico. Rev Lab Clin. 2010;3(4):161-170. A. Giménez Marín et al.

FALLAS LATENTES

INTRODUCCIÓN

IR A OBJETIVO GENERAL

IR A OBJETIVOS ESPECÍFICOS

IR A GLOSARIO DE TÉRMINOS

IR A ESCENARIO PROBLÉMICO

IR A METAS DE APRENDIZAJE

IR A MARCO TEÓRICO

IR A APROPIACIÓN

IR A EVIDENCIAR RESULTADOS

IR A EXPERIENCIAS EXITOSAS

IR A CONCLUSIONES

IR A ANEXOS

IR AL ÍNDICE



Falla Activa No.5 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 5](#)

ADMINISTRATIVAS

- Diseño, actualización y socialización del protocolo institucional para la identificación del paciente y muestras de laboratorio que incluya rutas críticas como: admisión, solicitud realizada por el médico, obtención de muestras, recepción de la orden en el laboratorio, recepción de las muestras, trazabilidad analítica, validación del resultado. Identificación del paciente y sus muestras biológicas.
- Recomendación (2013) Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (seq) m.a. cuadrado cenual, e.e. moreno campoy, f.j. otros
- Definir acciones sistemáticas tendientes a garantizar que los resultados que están siendo entregados correspondan efectivamente con las pruebas solicitadas y que sean entregados en su totalidad.
- Contar con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información.
- Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario. Estándar 37. Código: (AsPL16).
- 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.
- Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario. Estándar 27, Código: (AsPL6)
- Documentar en qué casos excepcionales se harán reportes telefónicos y cómo.
- Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario. Estándar 37. Código: (AsPL16).
- Contar con políticas claras que permitan identificar aquellos resultados que deben ser entregados directamente al paciente (ambulatorios).
- Definir qué tipo de resultados se deben manejar bajo estrictas condiciones de confidencialidad.
- Contar con directrices para el manejo de resultados de importancia en la vigilancia de la salud pública.
- Mantener el área de entrega y el kárdex de resultados en completo orden y limpieza.
- Incluir los insumos y equipos para la impresión de resultados, como una prioridad en las compras.
- Mantener todo el equipo limpio, evitando cualquier acumulación de polvo, suciedad y derrames que puedan afectar negativamente a la seguridad del personal o el rendimiento del equipo.
- Global Government and Public Health Services Laboratory, DAIDS Clinical Laboratory Oversight Team. DAIDS Guidelines for Good Clinical Laboratory Practice Standards. 2013.
- Fomentar en los trabajadores la capacidad para controlar y verificar su propio trabajo.
- Organización Mundial de la Salud. Identificación de Pacientes. [En línea] 2007. [Citado el: 25 de Noviembre de 2014.] <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.
- Realizar inducción al personal nuevo.
- Asegurar que los informes de análisis (resultados) sólo se entreguen a las personas autorizadas para ello y se establezcan las instrucciones apropiadas para la comunicación de los resultados directamente a los pacientes, cuando proceda.

PRÁCTICAS SEGURAS

Falla Activa No.5 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 5](#)

HUMANAS

- Verificación de los datos demográficos del paciente antes de ser entregado el resultado.
- Verificación de los resultados antes de su validación.
- Aplicación de la lista de chequeo para la validación y entrega de resultados
 - World Health Organization on behalf of the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases. Handbook good laboratory practice (glp) Quality practices for regulated non-clinical research and development. 2009:1-309.
- Respetar la privacidad del paciente.
- Remitir muestras con toda la información relativa a ella (tipo, cantidad, exámenes solicitados) y a los datos demográficos (nombres completos, tipo de identificación, identificación, nivel de prioridad, fecha de nacimiento, edad, género, etc) además de los epidemiológicos cuando aplique.
 - Manual de Bioseguridad en el Laboratorio tercera edición. who. 2005

FÍSICAS

- Impresión de los resultados sólo en el momento que son reclamados.
- Contar con un espacio adecuado para la entrega de éstos.
- Disponer de infraestructura para el escaneo de resultados que llegan de otros laboratorios referentes o subcontratados.
- En la cadena de custodia se debe mantener una identificación única de la muestra que permita la trazabilidad del proceso.
 - Good Clinical Laboratory Practice. Research Quality Association (RQA) 2012

TECNOLÓGICAS

- Contar con sistemas electrónicos para la entrega de resultados.
- Contar con registros de resultados de los análisis efectuados con claridad, sin ambigüedades ni tachaduras, en el formato aprobado y estandarizado.
- Estandarizar el formato de entrega de resultados de laboratorio.

NATURALES

- Adecuada iluminación de los ambientes destinados para la entrega de resultados.
- Espacios adecuados para el área de entrega de resultados.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 6 ([regresar al escenario problémico](#))



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)

Falla Activa No.6 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 6](#)

Organización y Gerencia

- Inadecuado plan de mantenimiento del sistema de información.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal o flotante.
- Ausencia de programas de capacitación al personal asistencial que incluyan evaluación de la adherencia.
- No contar con mecanismos de comunicación entre el remitente de la orden y el laboratorio.
- Irregularidades con la consecución de suministros para la solicitud de las prueba.

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de un protocolo para la solicitud de órdenes de laboratorio.
 - Manual de obtención y manejo de muestras para el laboratorio clínico. 2009. Plan de laboratorios clínicos y bancos biológicos. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Carencia de formularios para solicitud de pruebas de laboratorio.
 - Aplicación del análisis modal de fallos y sus efectos a la fase pre analítica de un laboratorio clínico. Rev Lab Clin. 2010;3(4):161-170. A. Giménez Marín et al.
- Ausencia de estándares para la realización de la solicitud.
- Inadecuadas condiciones de los dispositivos o cantidad insuficiente necesarios para la solicitud.
- Contar con protocolos poco claros para identificar pacientes que carecen de identificación.
 - Organización Mundial de la Salud. Identificación de Pacientes. [En línea] 2007. [Citado el: 25 de Noviembre de 2014.] <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.
- Fallas en el sistema de información (caída del sistema, sistemas de información obsoletos, sistemas sin filtros de seguridad).
 - Understanding and preventing wrong-patient electronic orders: a randomized controlled trial. Adelman JS, Kalkut GE, Schechter CB, Weiss JM, Berger MA, Reissman SH, Cohen HW, Lorenzen SJ, Burack DA, Southern WN. 2, Mar - Apr de 2013, J Am Med Inform Assoc. , Vol. 20, págs. 305-310.
- No contar con historia clínica electrónica.

Equipo

- Problemas de comunicación del equipo de trabajo.
- El no informe oportuno cuando el laboratorio en la fase de recepción detecta un error en la solicitud de la prueba.

Paciente

- Desconocimiento por parte del paciente de la importancia de que sus órdenes estén correctamente diligenciadas.
 - Organización Mundial de la Salud. Identificación de Pacientes. [En línea] 2007. [Citado el: 25 de Noviembre de 2014.] <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.
- Pacientes inconscientes, demasiado jóvenes, con alteración cognitiva, no hablan el idioma del país, nombre del paciente difícil de escribir, sin acompañante.

Ambiente

- Inadecuadas condiciones de iluminación.
- Atención congestionada o simultánea de pacientes.
- Ausencia y/o fatiga del personal por exceso de trabajo.
 - Aplicación del análisis modal de fallos y sus efectos a la fase pre analítica de un laboratorio clínico. Rev Lab Clin. 2010;3(4):161-170. A. Giménez Marín et al.

Individuo

- Falta de adherencia del personal al protocolo de solicitud de pruebas de laboratorio.
- Desconocimiento acerca de los criterios para realizar la solicitud.
- Falta de compromiso con la cultura institucional de seguridad y adopción de prácticas seguras.
- Rapidez en la solicitud de pruebas urgentes a paciente crítico.

FALLAS LATENTES



Falla Activa No.6 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 6](#)

HUMANAS

- Adherencia al protocolo de solicitud de órdenes para laboratorio.
- Verificación de los datos demográficos del paciente una vez se realiza la orden.
- Comunicación con el laboratorio frente a cualquier inquietud para la solicitud.

FÍSICAS

- Contar con los suficientes formularios para la petición.

TECNOLÓGICAS

- Implementar y estandarizar la solicitud electrónica.
- Estandarizar el formato de solicitud de pruebas de laboratorio.
- Destrucción de la solicitud cuando se ha detectado un error. Realización de una nueva.

ADMINISTRATIVAS

- Contar con criterios documentados para la aceptación y rechazo de solicitudes de laboratorio.
- Estandarizar el proceso de solicitud y verificar que se esté realizando correctamente mediante lista de chequeo.
- 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.
- Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario. Estándar 27, Código: (AsPL6)
- Realizar reinducción al personal nuevo.
- Realizar evaluación y auditoría a la adherencia al protocolo institucional de identificación.
- (Adelman JS et al. Understanding and preventing wrong-patient electronic orders: a randomized controlled trial. Am Med Inform Assoc. 2013 Mar-Apr;20(2):305-10(4) [calificación evidencia: ⊕⊕⊕ MODERATE](#))
- Creación de una cultura de seguridad integrando al paciente y trabajador en las prácticas seguras.
- Estructurar programas de educación para la prevención de fallas en la solicitud de exámenes.
- Incluir la papelería para la solicitud de las pruebas, como una prioridad en las compras.

NATURALES

- Adecuada iluminación de los ambientes destinados para la prestación del servicio.

PRÁCTICAS SEGURAS

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO
PROBLÉMICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 7 [\(regresar al escenario problemático\)](#)



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)

Falla Activa No.7 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 7](#)

Organización y Gerencia

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

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.

Equipo

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

Tarea y tecnología

- 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

- Inadecuadas condiciones de iluminación y de espacios.
 - Ausencia y/o fatiga del personal por exceso de trabajo.
- Aplicación del análisis modal de fallos y sus efectos a la fase pre analítica de un laboratorio clínico. Rev Lab Clin. 2010;3(4):161-170. A. Giménez Marín et al.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.7 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 7](#)

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 (evitando el uso de papelitos que se van a traspapelar e impidiendo la trazabilidad)
- 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.

FÍSICAS

- 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.

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.
- Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario. Estándar 27, Código: (AsPL6)
- Estructurar programas de educación para la prevención de fallas en la transcripción de los resultados.

NATURALES

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

TECNOLÓGICAS

- Contar con equipos que permitan establecer comunicación con el sistema de información (pasar en línea el resultado).
- 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.

PRÁCTICAS SEGURAS

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir Anexo 5](#))



7.4 SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN

7.4.1 Mecanismos de monitoreo

Dentro de los mecanismos de monitoreo se definen varias estrategias transversales que pueden consultarse en el paquete [“Monitoreo de aspectos claves de la seguridad del paciente”](#).

7.4.2 Indicadores

El paquete instruccional la seguridad del paciente y la atención segura enumera una serie de actividades que la institución realiza para prevenir la ocurrencia de eventos adversos en la identificación del paciente y las muestras de laboratorio.

Algunos indicadores en el nivel de monitoria de la institución para hacer el seguimiento de las actividades que se implementen en los procesos para garantizar la correcta identificación de paciente y las muestras de laboratorio son:

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PROPORCIÓN DE PACIENTES IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE.

JUSTIFICACIÓN

La identificación incorrecta de los pacientes está determinada como causa fundamental de muchos errores. Por lo que su monitorización es importante para los procesos de calidad en la institución y para establecer estrategias de seguridad del paciente.

DOMINIO

Gerencia del riesgo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de pacientes identificados con mínimo dos datos personales, en el periodo.

DENOMINADOR

Total de pacientes identificados.

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual.

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal. $\text{Numerador/Denominador} \times 100$

VARIABLES

NUMERADOR

DENOMINADOR

FUENTE PRIMARIA.

Auditoria en el laboratorio

Auditoria en el laboratorio

Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.

Mensual

Periodicidad de remisión de la información (obligatoria).

ANÁLISIS

Consideraciones para el análisis.

En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PROPORCIÓN DE MUESTRAS CORRECTAMENTE IDENTIFICADAS.

JUSTIFICACIÓN

Tanto en servicios ambulatorios como hospitalarios, existe la posibilidad de que sean mal etiquetadas o no etiquetadas por completo muestras de laboratorio y en consecuencia mal interpretados e incluso inducir a los profesionales de la salud a establecer diagnósticos y/o tratamientos errados, con el consecuente riesgo para el paciente. El principal objetivo del indicador: mejorar la seguridad del paciente, aumentando el porcentaje de las muestras de laboratorio que se han identificado correctamente. Este porcentaje debería aumentar con el tiempo.

DOMINIO

Gerencia del riesgo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de muestras de laboratorio correctamente etiquetadas, en el periodo.

DENOMINADOR

Número total de muestras de laboratorio evaluadas, en el periodo.

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual.

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal. $\text{Numerador/Denominador} \times 100$

VARIABLES

NUMERADOR

DENOMINADOR

FUENTE PRIMARIA.

Auditoria en el laboratorio

Auditoria en el laboratorio

Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.

Mensual

Periodicidad de remisión de la información (obligatoria).

ANÁLISIS

Consideraciones para el análisis.

En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PROPORCIÓN DE ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO.

JUSTIFICACIÓN

Tanto en servicios ambulatorios como hospitalarios, existe la posibilidad de que sean mal etiquetadas o no etiquetadas por completo las muestras de laboratorio, y en consecuencia inducir a los profesionales de la salud a establecer diagnósticos y/o tratamientos errados, que se generan por resultados que no corresponden, con el consecuente riesgo para el paciente.

El principal objetivo del indicador: mejorar la seguridad del paciente, disminuyendo el porcentaje de las muestras de laboratorio que se han identificadas incorrectamente. Este porcentaje debería disminuir con el tiempo.

DOMINIO

Gerencia del riesgo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de muestras de laboratorio con errores de identificación.

DENOMINADOR

Número total de muestras de laboratorio evaluadas, en el periodo.

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual.

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal. $\text{Numerador} / \text{Denominador} \times 100$

VARIABLES

NUMERADOR

DENOMINADOR

FUENTE PRIMARIA.

Auditoria en el laboratorio

Auditoria en el laboratorio

Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.

Mensual

Periodicidad de remisión de la información (obligatoria).

ANÁLISIS

Consideraciones para el análisis.

En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.



ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS POR ERRORES EN EL INFORME DIAGNÓSTICO DEL LABORATORIO.

JUSTIFICACIÓN

La identificación inadecuada es una causa importante de incidentes y eventos adversos. Estas complicaciones pueden deberse a errores en los resultados de laboratorio y pueden representar un problema grave, con una repercusión directa e inmediata y con un posible riesgo para el paciente.

DOMINIO

Gerencia del riesgo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de pacientes con eventos adversos asociado a errores en el informe diagnóstico, en el periodo.

DENOMINADOR

Número total de pacientes atendidos en el laboratorio, en el período.

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual.

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal. $\text{Numerador/Denominador} \times 100$

VARIABLES

NUMERADOR

DENOMINADOR

FUENTE PRIMARIA.

Historia Clínica

Historia Clínica

Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.

Semestral

Periodicidad de remisión de la información (obligatoria).

ANÁLISIS

Consideraciones para el análisis.

En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

ADHERENCIA DEL PERSONAL AL PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS.

JUSTIFICACIÓN

La adherencia al protocolo de identificación es una medida simple, económica y eficaz y permanentemente se debe fomentar en los trabajadores la capacidad para controlar y verificar su propio trabajo.

DOMINIO

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de trabajadores de la salud que toman muestras e incumplen con alguno de los criterios enunciados en el protocolo, en un periodo.

DENOMINADOR

Número total de trabajadores de la salud que toman muestras, en el periodo.

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual.

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal. $\text{Numerador/Denominador} \times 100$

VARIABLES

NUMERADOR

DENOMINADOR

FUENTE PRIMARIA.

Lista de chequeo

Cuadros de turnos. Agendas

Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.

Trimestral

Periodicidad de remisión de la información (obligatoria).

ANÁLISIS

Consideraciones para el análisis.

En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PÉRDIDA O DAÑO DE LA MUESTRA DE LABORATORIO O ESPÉCIMEN DE PATOLOGÍA.

JUSTIFICACIÓN

Los análisis clínicos son una parte esencial para el diagnóstico, tratamiento, prevención e investigación de las enfermedades; si éstas se pierden, se dañan o se deterioran no se podrá contar con un resultado oportuno. Adicional se debe tener en cuenta que hay muestras de difícil obtención y hasta irrecuperables.

DOMINIO

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de muestras que son tomadas y no se procesaron por pérdida o daño, en el periodo.

DENOMINADOR

Número total de muestras que son tomadas, en el periodo.

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual.

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal. $\text{Numerador/Denominador} \times 100$

VARIABLES

NUMERADOR

DENOMINADOR

FUENTE PRIMARIA.

Historia Clínica.
Registro de toma de muestras.
Registro de recepción de muestras.

Historia Clínica.
Registro de toma de muestras.

Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información.

Trimestral

Periodicidad de remisión de la información (obligatoria).

ANÁLISIS

Consideraciones para el análisis.

En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.





8. APROPIACIÓN

79



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



CASO 1

Paciente de 60 años que ingresa al servicio de hospitalización con diagnóstico de hemorragia de vías digestivas altas y síndrome anémico. Al examen físico se encuentra palidez cutánea y conjuntival, TA: 100/60 mmHg, FC: 100 por minuto, abdomen globoso, blando, depresible, leve dolor en epigastrio. Paraclínicos: hemoglobina: 7.5 g/dl. Se inicia transfusión sanguínea y manejo médico.

Al tercer día de hospitalización se solicitan paraclínicos de control y endoscopia que evidencia ulcera péptica en fase cicatricial. Los nuevos exámenes reportan hemoglobina: 8 g/dl, por lo que se solicita nueva transfusión que fue suspendida a los 20 minutos de su inicio, por llamada de la bacterióloga informando hemoglobina de 11 g/dl confirmada, se da de alta para continuar manejo ambulatorio.

INVESTIGACIÓN:

Posterior al reporte del evento el referente realiza revisión documental y entrevistas a las personas del laboratorio, interrogando a la bacterióloga:

Referente: ¿la muestra del paciente se recibió en forma adecuada?

Bacterióloga: no, ese día no había sistema, se fue la luz por una hora y el camillero trajo la muestra con una orden hecha en un papelito, con una letra que no se entendía. Teníamos muchos pacientes en sala esperando para la toma de muestras y la auxiliar recibió la orden y la proceso.

Referente: ¿el valor reportado inicialmente correspondía al paciente?

Bacterióloga: no, ese resultado era de un paciente de urgencias que tenía el mismo apellido, por eso al darnos cuenta inmediatamente nos comunicamos con el piso para avisar el valor que realmente correspondía al paciente.

ANÁLISIS

El comité de seguridad inicia con la presentación del caso y los hallazgos de la investigación realizada por el referente de seguridad; los participantes intervienen en la lluvia de ideas para identificar las fallas activas y por cada factor contributivo las posibles causas, incluyendo lo encontrado en la etapa de investigación. Para el caso presentado se identificó:

ACCIONES INSEGURAS

- Entrega de resultados a paciente equivocado.

FACTORES CONTRIBUTIVOS

- Deficiencia en las comunicaciones.
- Ausencia de supervisión.
- Sobrecarga laboral.
- Sistema de información fuera de servicio por interrupción en el fluido eléctrico.
- Personal insuficiente para la demanda de pacientes en la toma de muestras.
- No contar con un plan de contingencia por caída del sistema.
- Solicitud de exámenes en formularios no adecuados.
- Falta de asociación de los resultados con la evolución clínica del paciente.
- Realización de solicitud médica con letra poco legible.
- Problemas de comunicación del equipo de trabajo.
- Fallas en el fluido eléctrico sin plan de contingencia.
- Inadecuadas condiciones de iluminación y de espacios.
- Atención congestionada o simultánea de pacientes.
- Falta de planeación para el reemplazo de personal en vacaciones, licencias e incapacidades.

Posterior a la identificación de las causas se realizó la priorización de las mismas utilizando la escala de probabilidad e impacto.

[\(Si desea conocer la escala y el procedimiento haga click aquí\)](#)

1. Teniendo en cuenta el caso, correlacione las siguientes barreras con la clasificación correcta.

BARRERA PROPUESTA		CORRELACIÓN
a	Se implementará una planta de energía que alimente los servicios críticos como laboratorio, cirugía, urgencias etc.	()
b	Se comprará un lector de código de barras que sea compatible con el software de laboratorio.	()
c	Reentrenamiento a los trabajadores de salud en identificación con documento de identidad.	()
d	Lista de chequeo para el envío de laboratorios de pacientes centinela en las contingencias.	()

BARRERA PROPUESTA	
1	Tecnológica
2	Natural
3	Físico
4	Administrativa
5	Humana

2. Describa las acciones que desarrollaría para resarcir el evento adverso ante los pacientes:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

3. Determine la falla activa principal:

Si desea conocer si su respuesta es correcta diríjase a la sección de [“Evidenciar los Resultados”](#)

CASO 2

Ingresan a la institución dos pacientes femeninas, con los mismos nombres y primer apellido. Una de ellas ingresa para cirugía con diagnóstico de hemorragia uterina anormal y la otra ingresa a urgencias por amenorrea. A las dos pacientes se solicitó hormona gonadotropina coriónica cuantitativa con resultados de 3 UI/ml y 30.000 UI/ml respectivamente.

Los resultados fueron cambiados en el momento de la entrega a los servicios, por lo que se suspende la cirugía programada y se decide tomar a las dos pacientes ecografías que evidencian miomatosis en la paciente programada para histerectomía y embarazo de 6 semanas en la paciente que ingresa a urgencias.

INVESTIGACIÓN:

Posterior al reporte del evento adverso el referente realiza revisión documental y entrevistas al personal de laboratorio preguntando:

Referente: ¿las muestras fueron recibidas en el mismo turno?

Bacterióloga: si, estaba posturno, pero continúe porque no había cubrimiento de la licencia de mi compañera.

Referente: ¿al recibir las muestras se registraron en el sistema?

Bacterióloga: no, en ese turno estuve con la auxiliar nueva, está aprendiendo cómo funciona y no tuve tiempo ni paciencia para enseñarle.

ANÁLISIS

El comité de seguridad inicia con la presentación del caso y los hallazgos de la investigación realizada por el referente de seguridad; los participantes intervienen en la lluvia de ideas para identificar las fallas activas y por cada factor contributivo las posibles causas, incluyendo lo encontrado en la etapa de investigación. Para el caso presentado se identificó:

ACCIONES INSEGURAS

- Entrega de resultado a paciente equivocado.

FACTORES CONTRIBUTIVOS

- Incumplimiento de protocolos o no se tenían.
- Deficiencias en las comunicaciones en el equipo de trabajo.
- Deficiencias en los procesos de supervisión.
- Inexperiencia del personal.
- Falta de inducción al personal nuevo.
- No se cuenta con personal suficiente.
- Omisión de registro y verificación de las muestras al ingreso
- Desorden.
- Fatiga y/o cansancio del personal.

Posterior a la identificación de las causas se realizó la priorización de las mismas utilizando la escala de probabilidad e impacto.

[\(Si desea conocer la escala y el procedimiento haga click aquí\)](#)

1. Clasifique las causas identificadas según el caso en cada tipo de factor contributivo (individuo, etc).

FALLA ACTIVA/LATENTE	TIPO

2. Describa la barrera de seguridad que hubieran podido evitar la presencia de esta falla activa.

Si desea conocer si su respuesta es correcta diríjase a la sección de [“Evidenciar los Resultados”](#)



9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS

88



 **MINSALUD**

IR AL ÍNDICE



CASO 1 [\(regresar a apropiación\)](#)

Pregunta 1:

Selección correcta

a. Se implementará una planta de energía que alimente las áreas y procesos estratégicos (2); corresponde a una barrera natural por cuanto aborda un problema de servicios públicos.

b. Se comprará un lector de código de barras que sea compatible con el software de laboratorio (1); corresponde a una barrera tecnológica que ayuda a mejorar la identificación del paciente.

c. Reentrenamiento a los trabajadores de salud en identificación con documento de identidad (4); corresponde a una barrera administrativa que busca mejorar las competencias de los trabajadores de salud.

d. Lista de chequeo para el envío de laboratorios de pacientes centinela en las contingencias (5); corresponde a una barrera humana por cuanto mejora las acciones de los trabajadores de la salud.

Pregunta 2:

Selección correcta:

1. Identificar los pacientes afectados, en este caso son dos, el de urgencias y el de piso.

2. Reconfirmar resultados o programar toma de nuevas muestras.
3. Asesoría a cada paciente de la equivocación y confirmación, incluyendo elaboración de nuevo consentimiento informado.
4. Notificación del caso y su análisis con comunicación al paciente.

Pregunta 3:

Selección correcta:

- Entrega de resultados a paciente equivocado.
- Se debe tener, en el protocolo, determinada la contingencia para evitar los riesgos de confusión en el reporte de los resultados de laboratorio.

CASO 2.

Pregunta No 1:

FALLA ACTIVA/LATENTE	TIPO
Incumplimiento de protocolos.	Individuo.
Deficiencias en las comunicaciones.	Equipo de trabajo.

Deficiencias en los procesos de supervisión.

Equipo de trabajo.

Inexperiencia del personal.

Individuo.

Falta de inducción al personal nuevo.

Organización y gerencia.

Asignación de personal.

Organización y gerencia.

Omisión de registro y verificación de las muestras.

Individuo.

Pregunta No 2:

Verificación de doble nombre y doble apellido e identificación en el momento de la entrega de los resultados.



10. EXPERIENCIAS EXITOSAS

92





MINSALUD

IR AL ÍNDICE



LABORATORIO CLÍNICO CONTINENTAL

Correcta identificación del paciente y muestras de laboratorio

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO
PROBLÉMICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE



INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT

Correcta identificación del paciente y muestras de laboratorio.

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir a Anexo 6](#))

INTRODUCCIÓN

IR A
OBJETIVO
GENERAL

IR A
OBJETIVOS
ESPECÍFICOS

IR A
GLOSARIO DE
TÉRMINOS

IR A
ESCENARIO
PROBLÉMICO

IR A
METAS DE
APRENDIZAJE

IR A
MARCO
TEÓRICO

IR A
APROPIACIÓN

IR A
EVIDENCIAR
RESULTADOS

IR A
EXPERIENCIAS
EXITOSAS

IR A
CONCLUSIONES

IR A
ANEXOS

IR AL ÍNDICE





11. CONCLUSIONES

95

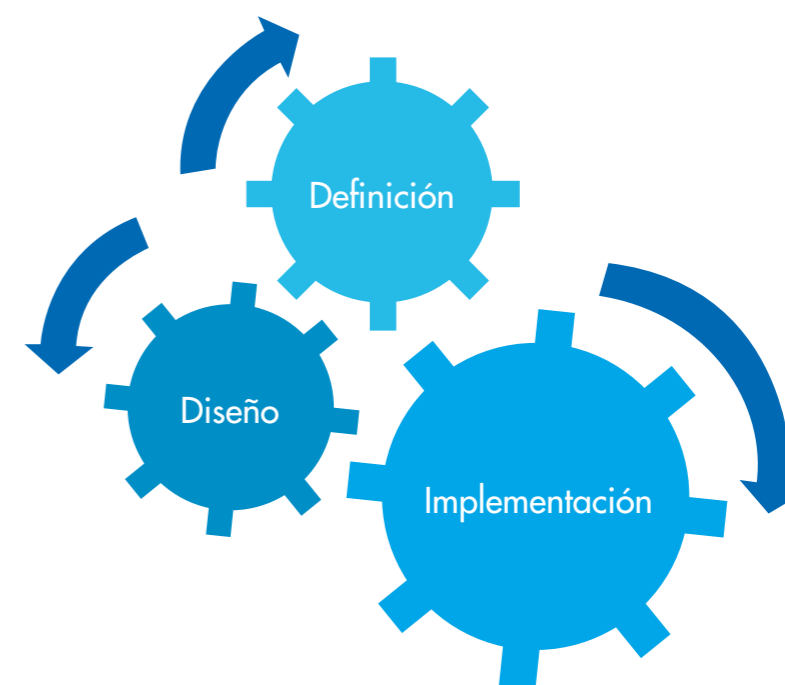


IR AL ÍNDICE



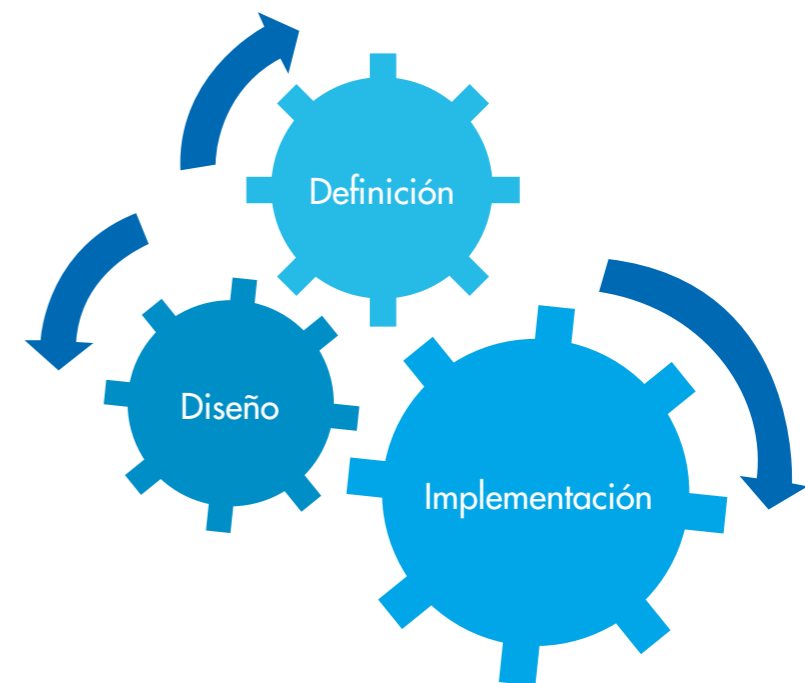
Es de vital importancia detectar, prevenir y reducir los errores asociados a fallas en la Identificación del paciente y muestras de laboratorio debido a su gran impacto sobre la seguridad del paciente.

La mayoría de los errores en la identificación de las muestras se pueden prevenir con la aplicación de medidas simples, económicas y eficaces como lo son la adherencia del personal al protocolo de identificación y a la educación de los pacientes sobre los riesgos relacionados con la identificación incorrecta.



La aplicación de listas de chequeo están asociadas con la reducción en los errores de identificación porque aunque cualquier proceso que implique una intervención humana está sujeto a error y, aunque tengamos tecnologías avanzadas en la identificación del paciente y sus muestras, como la identificación mediante pulseras, la radiofrecuencia, los códigos de barras, etc., siempre debemos estar atentos a la desviación de los puntos críticos de posible error.

Fomentar una cultura de la seguridad del paciente centrada en el aprendizaje a partir de incidentes y eventos adversos, incorporando en los programas de formación continuada de todo el personal, la seguridad del paciente y la gestión de los riesgos.



Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir a Anexo 7](#))



12. ANEXOS

98



IR AL ÍNDICE



ANEXO 1 - [CALIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA](#)

ANEXO 2 - [MODELO PEDAGÓGICO: GLOSARIO DE TÉRMINOS](#) ([regresar al glosario de TÉRMINOS](#))

PASO 1. ANÁLISIS DE OBJETIVOS Y GLOSARIO

Tenga como premisa que el modelo inicia por la formulación de preguntas, por lo tanto se invita a que en el primer ejercicio el lector realice una lluvia de ideas dando respuesta a las preguntas que desea resolver. Una vez finalizada la lectura de los objetivos y el glosario, posteriormente debe registrarlas en una hoja de trabajo.

PASO 2. ESCENARIO PROBLÉMICO

En el abordaje de la lectura de los paquetes instruccionales, identificar el **ESCENARIO PROBLÉMICO** hace relación a la presentación del tema en forma de pregunta, de situación dilemática, es un problema que necesita solucionarse. Una pregunta-problema hace las veces de motor de arranque y permite dinamizar los contenidos a trabajar a través de un problema que se identifica. Implica observar, leer, analizar, reflexionar y sintetizar el ambiente del problema y construir un **ESCENARIO PROBLÉMICO** sobre el cual se pretende actualizar, corregir, o implementar nuevas prácticas en la atención en salud. Esta etapa implica acercarse al marco teórico y entender el problema en el contexto.

Ejercicio:

Inicie con la lectura del ESCENARIO PROBLÉMICO planteado en cada paquete. Posteriormente, amplíe sus preguntas con las sugeridas en el documento, adicionando todas las demás inquietudes que surjan individualmente o en el grupo de trabajo. Regístrelas en la hoja de trabajo.

PASO 5. MARCO TEÓRICO (ANÁLISIS TÉCNICO)

5.1 Remítase a la lectura del paquete instruccional de seguridad del paciente y atención segura.

5.2 Remítase a la lectura del paquete de monitorio de aspectos claves de seguridad del paciente.

5.3 Remítase al paquete instruccional de seguridad del paciente de la línea temática clínica de su interés.

Tener en cuenta en 7.3 Análisis de Causas de falles en Atención en Salud- Protocolo de Londres.

1. Lea la falla activa o acción insegura. (Si no tiene claridad sobre su definición, consúltela en el glosario)

2. Lea las barreras y defensas (prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si éstas existieran en la organización y se cumplieran.

3. Lea los factores contributivos que conllevarán a la presencia de la falla activa o acción insegura.

Se busca con este análisis que los lectores tomen conciencia de la situación a la que se enfrentan. Que formulen hipótesis de por qué puede ocurrir el problema, las posibles causas e ideas para resolver el problema desde lo que ya se conoce.

ANEXO 5- ACTIVIDADES INSTITUCIONALES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (regresar a Falla Activa)

En los paquetes de cada línea temática clínica, responda las siguientes preguntas.

¿Las barreras y defensas o prácticas seguras sugeridas en el documento se encuentran documentadas, socializadas, adoptadas y verificadas en la organización?

¿Se han presentado estas fallas activas o acciones inseguras en nuestra organización y han sido reportadas?

¿Conoce el personal de la institución que estas fallas activas deben ser reportadas?

¿Los factores que contribuyeron en la aparición de la falla activa o acción insegura son factores comunes en nuestra organización?

¿Se cuenta en mi organización con barreras y defensas o prácticas seguras para disminuir los factores contributivos?

¿Qué barreras y defensas debería fortalecer o implementar? (Todas las definidas por la Guía Técnica, las que después de un ejercicio de AMEF queden priorizadas)

¿Qué mecanismos de monitorio tenemos implementados en nuestra institución?

¿Qué información relevante sobre seguridad del paciente ha arrojado estos mecanismos de monitorio?

¿Cuenta la institución con indicadores que permitan monitorizar el desarrollo de las actividades en seguridad del paciente mas relevantes?

¿Cuáles son?

¿Se acercan a los recomendados en el paquete instruccional de seguridad del paciente?

¿Debería ajustarlo?

¿Cómo?

¿La redacción de los indicadores y su resultados aportan información relevante para demostrar los resultados del trabajo en seguridad del paciente?

¿Son fácilmente medibles?

¿Las fuentes de información están disponibles y son de fácil recolección?

¿Esta información puede extraerse de otro indicador con una mayor profundidad en su análisis?

PASO 8. EXPERIENCIAS EXITOSAS

En cada uno de los paquetes se encuentra una EXPERIENCIA EXITOSA, un ejemplo de una institución prestadora de servicios de salud con altos estándares de calidad. Frente a esta experiencia se sugiere revisar la o las preguntas problemáticas para tratar de analizarlas desde ese contexto.

La inquietud es: si existiera, ¿cómo se resolvería el problema en la institución del ejemplo? Al conservar las preguntas y resolverlas en otro contexto, con el caso que nos presentan en la experiencia exitosa, se puede hacer un ejercicio de comparación de circunstancias, de modos, de oportunidades, de fortalezas y de debilidades para enriquecer el análisis del contexto propio.

¿Cómo la solucionan los otros, con qué recursos, con qué personal, en qué ambiente y en qué condiciones? ¿Qué podemos aprender de la comparación de la experiencia exitosa? ¿Cómo solucionar el problema con lo que somos y tenemos?

Por lo tanto los invitamos a apropiarse el modelo de aprendizaje basado en problemas, ABP, como experiencia exitosa, ya que se ha demostrado en universidades nacionales como la Universidad Nacional Abierta y a distancia, UNAD, y en universidades internacionales como la Universidad Politécnica de Madrid, que este modelo ha sido realmente exitoso. La invitación es a que en la Institución a la que pertenece el lector, este modelo pueda ser adoptado por la organización, complementado con socio-dramas, video clips, presentación en diapositivas, carteleras, protocolos ilustrados, entre otros, sobre el nuevo aprendizaje o cualquier herramienta creativa que permita socializar la comprensión del tema.

PASO 10. CONCLUSIONES

Se invita al lector a describir sus propias conclusiones de manera concreta, que lleven a la claridad del actuar en la práctica y a responder los siguientes planteamientos.

Enumere tres acciones que ejecutará, gracias a lo aprendido en este ejercicio.

Realice un breve resumen del paso a paso para la aplicación de lo aprendido

Preguntarse y responder de manera individual y grupal

- ¿Qué conocimientos tenía al inicio de la lectura y cuáles conocimientos tengo ahora?
- ¿Cómo procedía antes frente a un caso de seguridad del paciente y como debo proceder ahora que tengo los conocimientos?
- ¿Qué información relevante debo recordar y qué información debo aplicar permanentemente?
- ¿Qué errores he cometido en este proceso de aprendizaje? ¿Cómo los puedo solucionar?

Finalmente recuerde diligenciar la tabla de nivel de cumplimiento de sus metas de aprendizaje y lo que debe ejecutar para profundizar en el tema y lograr un 100% en su meta.