

2do. Congreso Internacional para la Acreditación en el Sector Salud









GESTIÓN DEL RIESGO APLICADO EN EL LABORATORIO CLÍNICO BAJO LOS ENFOQUES ISO 15189:2012. ISO/TS

22367:2008 e ISO 9001:2105

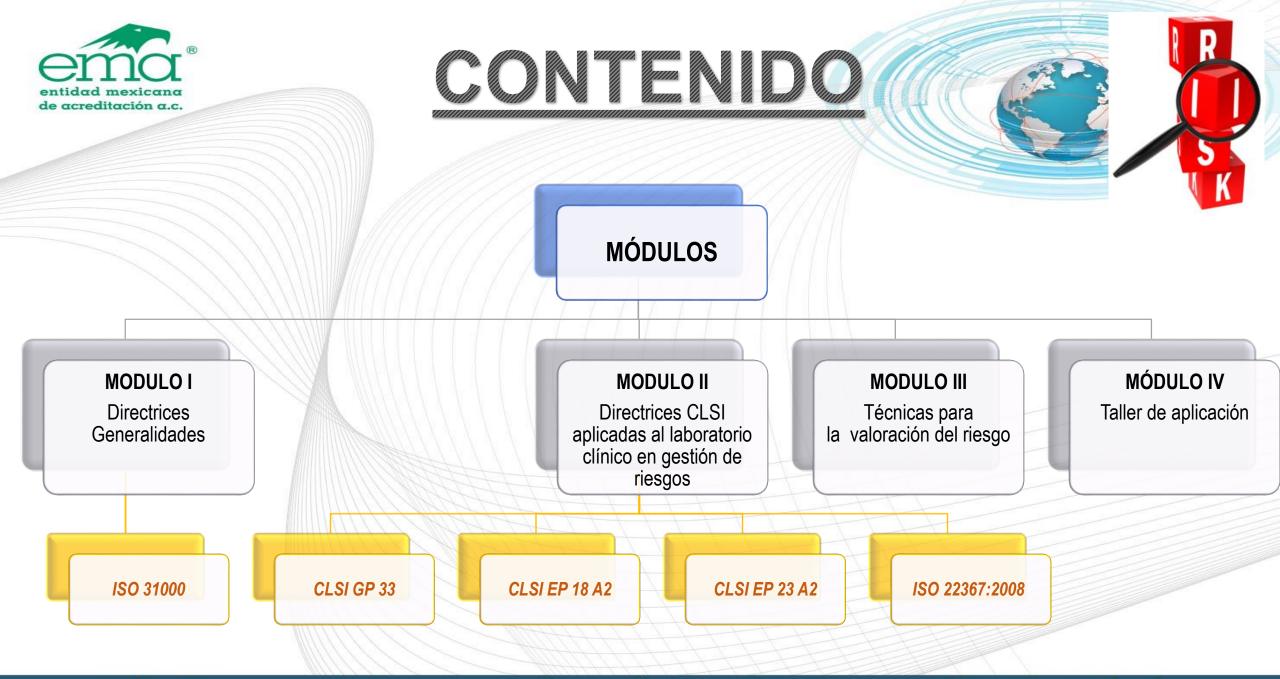
"WWW.ACGCALIDAD.COM

albacgarzon@Hotmail.com"





Fortalecer las herramientas conceptuales en gestión del Riesgo y seguridad del Paciente en el escenario del servicio de Apoyo Diagnostico de Laboratorio Clínico para mejorar sus competencias y robustcer el enfoque del riesgo desde el planear, el hacer, el verificar y el ajustar.









EN CALIDAD







PENSAMIENTO BASADO EN RIESGOS



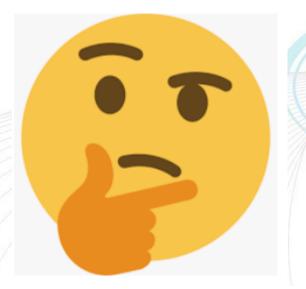


PENSAMIENTO BASADO EN RIESGOS



- Usted es el entrenador de un equipo de fútbol de jóvenes estudiantes y se ha comprometido con la junta directiva del club para llegar a la final. En este momento está en un partido que va perdiendo 2 a 1. El empate le sirve para pasar a otra ronda.
- Quedan diez minutos de juego y usted debe tomar una decisión muy rápida.
- Su jugador estrella ha salido lesionado del juego. En la banca de los reemplazos se encuentran dos muchachos:







- Jorge Martínez, excelente jugador y muy hábil. Puede conseguir un gol de manera fácil. No ha sido constante en los entrenamientos y ha tenido problemas de disciplina en el último mes, incluso peleas con sus compañeros.
- Rodolfo Pérez, no tiene mucho dominio de balón y posee poca habilidad. Asiste a todos los entrenamientos y ha mostrado ser una persona de equipo. Se nota su esfuerzo y su constancia.



MODULOI





GESTIÓN DEL IS RIESGO 31000







EL RIESGO el la exposición a una situación donde hay una posibilidad de sufrir un daño o de estar en peligro





Es esa vulnerabilidad o amenaza a que ocurra un evento y sus efectos sean negativos y que alguien o algo puedan verse afectados por él



Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión



Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene



GESTION DEL RIESGO







BALANCE ENTRE RIESGOS COSTOS Y
BENEFICIOS





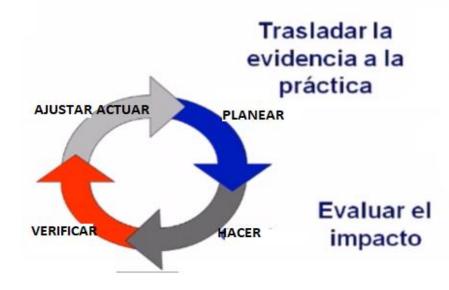


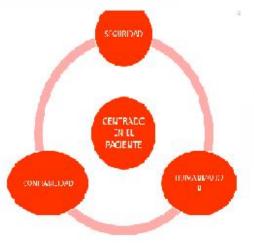
Gestionar es...

Lograr unos resultados favorables mediante el esfuerzo coordinado



Medir el daño





Entender las causas

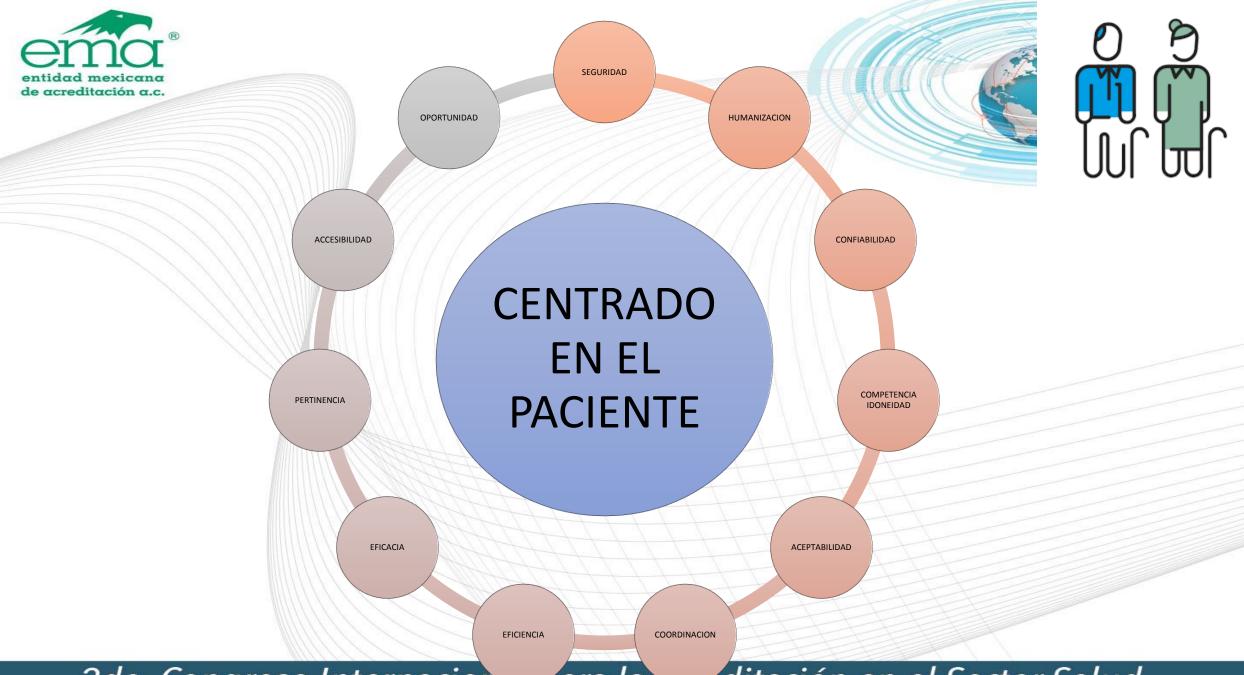
Identificar soluciones



Hay algunos pacientes que Podemos ayudar, pero ninguno Al que no podamos dañar



Arthur Bloomfield

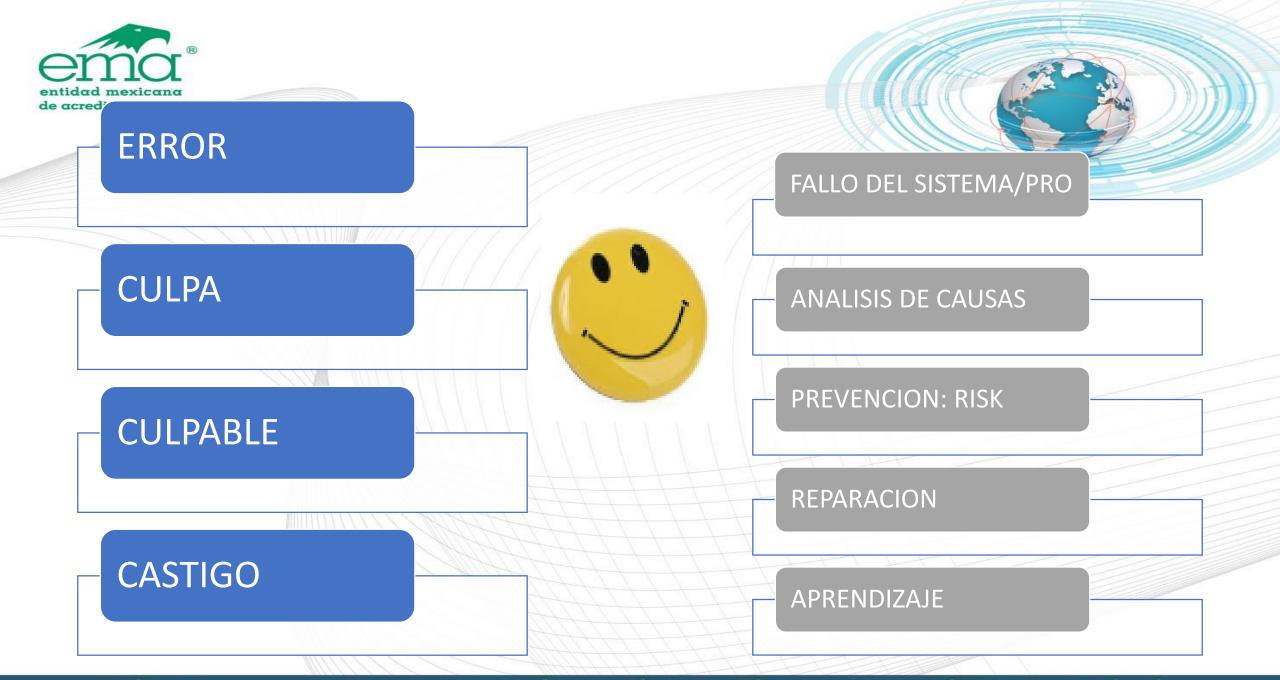




2do. Congreso Internacional para la Acreditación en el Sector Salud



Confiabilidad Resiliencia Mitigar Competencia Gestión de los **Pacientes RRHH** riesgos Grado en el que un Gestión de la sistema previene, **Profesionales** tecnología mitiga, mejora y controla el riesgo Guías practicas, Institución practicas seguras El no hacer



2do. Congreso Internacional para la Acreditación en el Sector Salud











de acres Colon Insegura ???

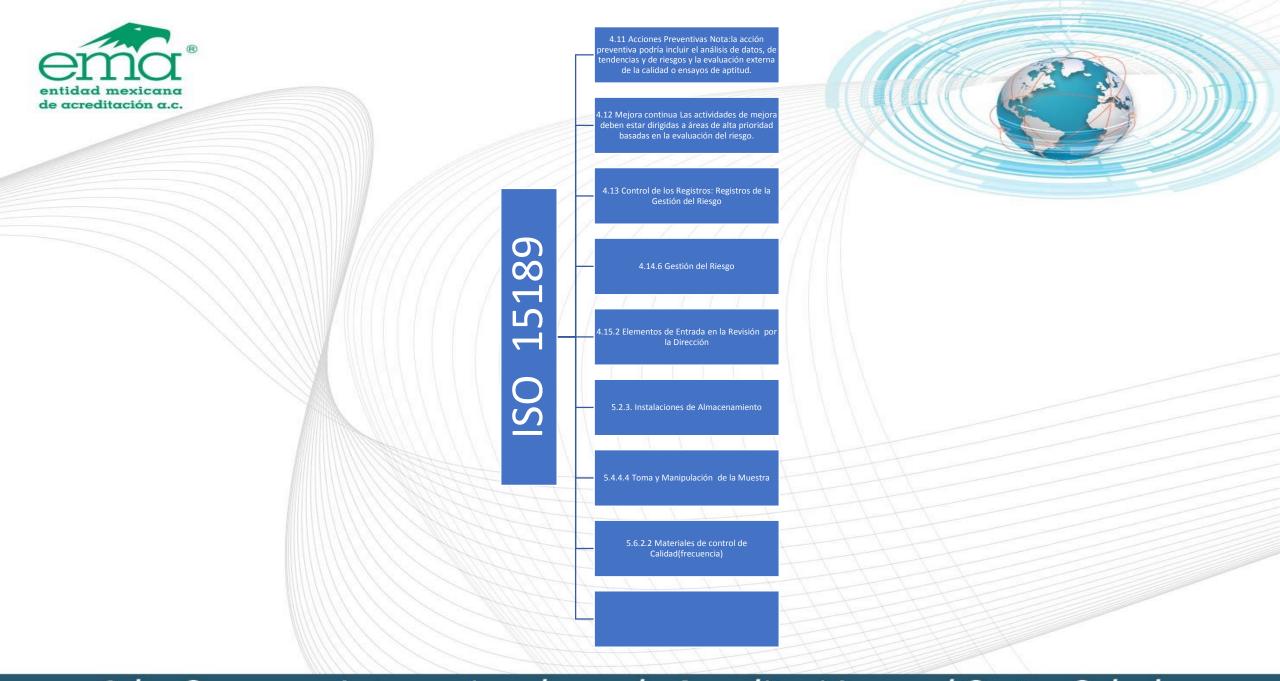








José Mª Ruíz Ortega. La gestión de riesgos en los hospitales.



2do. Congreso Internacional para la Acreditación en el Sector Salud



- 5.2.3-5.2.6. Debe existir una separación eficaz entre las secciones del laboratorio en las que se realizan actividades incompatibles. Los procedimientos deben estar en su lugar para prevenir contaminación cruzada; donde los procedimientos de examen representan peligro o donde el trabajo puede verse afectado o influenciado por no estar separado
 - 5.4.5. Transporte de la Muestra cuando después de recibir una muestra cuya integridad fue comprometida o que pudiera haber puesto en **peligro** la seguridad del portador o el público en general, se contacta directamente al remitente y se le informa sobre las medidas que se van a tomar para la eliminar recurrencia.
 - 5.4.7 Manipulación de muestra: Evitar su deterioro



ISO 31000:2018







5.0 MARCO DE REFERENCIA

5.1 Generalidades 5.2 Liderazgo y compromiso 5.3 Integración

5.4 Diseño

Planear

Compresión de la organización y contexto

Articulación del compromiso con la gestión del riesgo

Responsabilidades, Roles, Rendición cuentas

Asignación de recursos

Comunicación y consulta

5. Marco de referencia

Versión 2018

Hacer

5.5 Implementación

Verificar

5.6 Valoración

Adaptación

Mejora Continua

Ajustar

5.7 Mejora

2do. Co





¿Será que puedo lograr los objetivos si hay cambios en el contexto?



¿Es necesario cambiar el proceso de la fase pre analítica para mejorar la trazabilidad de la información?.



¿Cómo puede llevar a cabo cada una de las actividades que me permitan que toda la organización reconozca el riesgo ?



¿Tengo como objetivo la oportunidad de la prestación del servicio, pero falla mi único equipo de química en el proceso?.



¿Quien se puede ver afectados con mi proceso de prestación del servicio? Ej: Organismos de control, socios, la comunidad, Personal interno, Paciente, Usuarios, proveedores



¿Es viable que el equipo falle?



¿Qué puede generar un riesgo (Que puede hacer que se pare el funcionamiento de mis equipos?.

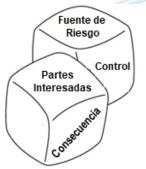


¿Tengo actividades preventivas para que el equipo no falle como? Ej: Mantenimientos preventivos, personal capacitado en el equipo, fuente de corriente eléctrica permanente, revisión diaria del funcionamiento del equipo



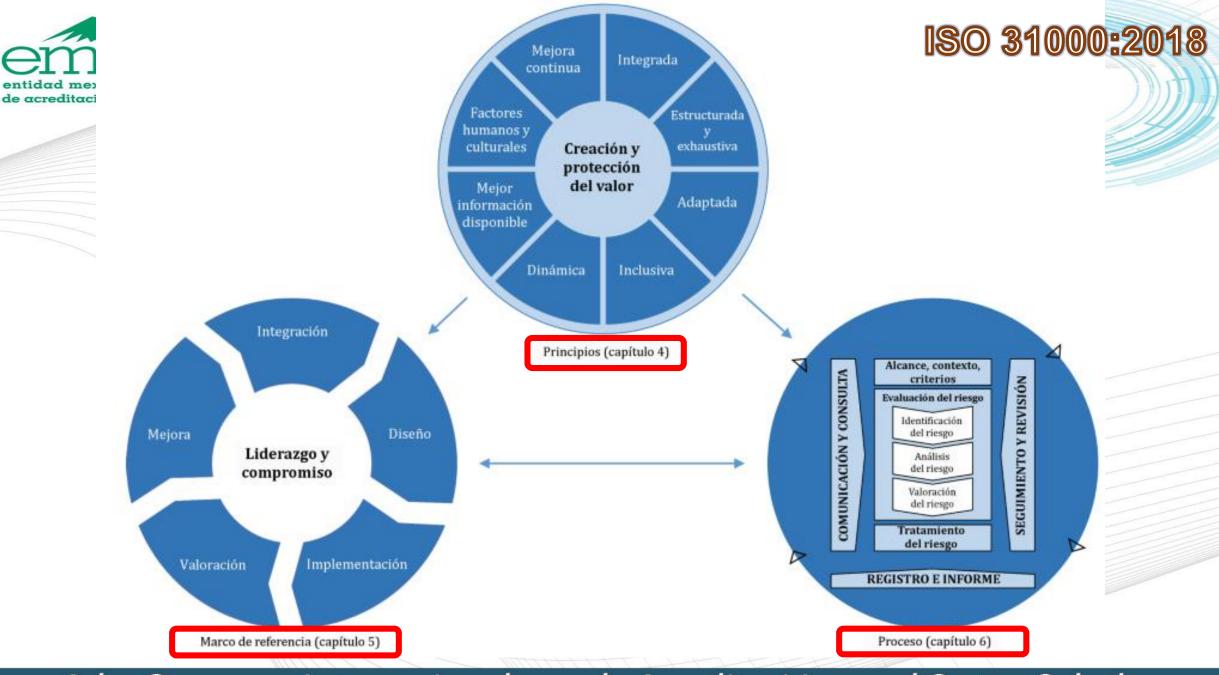








COLUMNA A	COLUMNA B
Riesgo	Efecto de la incertidumbre en los objetivos
Gestión de riesgos	Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al <u>riesgo</u>
Partes interesadas	Persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibir que se ve afectada por una decisión o actividad
Fuente de riesgo	Elemento que, por sí solo o en combinación, tiene el potencial de generar <u>riesgo</u>
Evento	Ocurrencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias
Consecuencia	Resultado de un <u>evento que</u> afecta los objetivos
probabilidad	Posibilidad de que algo suceda
Control	Medida que mantiene y / o modifica el <u>riesgo</u>

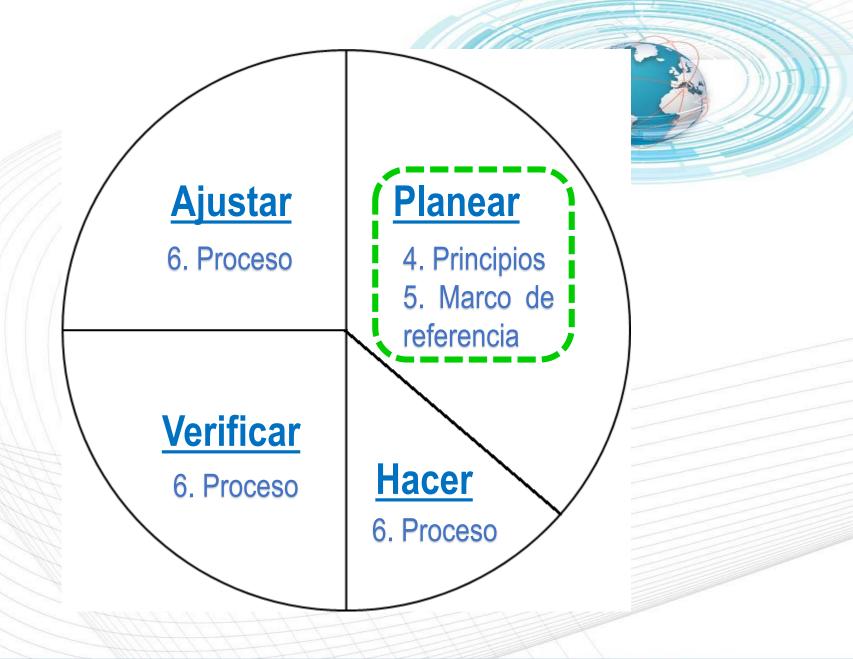


entidad mes

2do. Congreso Internacional para la Acreditación en el Sector Salud



Numerales de la norma ISO 31000:2018





4.0 PRINCIPIOS



Contribuye al logro demostrable de los objetivos y a la mejora del desempeño

• (EJ: Objetivos organizacionales relacionados)

Integrada

- Es responsabilidad de la dirección y parte integral de todos los procesos de la organización.
- (Ej: Todos los procesos de la organización identifican y gestionan riesgos)

Estructurada y exhaustiva

- Un enfoque estructurado y exhaustivo hacia la gestión del riesgo, contribuye a la coherencia y a los resultados comparables.
- (Ej: Procedimientos e indicadores)

Adaptada

- Son personalizados y proporciónales al contexto interno y externo relacionado con los objetivos.
- (Ej. FADO)

Inclusiva

- Correcta y oportuna intervención de las partes interesadas, teniendo en cuenta aquellos que toman decisiones en la organización. Para generar mejor conciencia y una gestión de riesgo informada.
- (Ej: Mecanismos de comunicación de interacción y participación de partes interesadas Reuniones, encuestas, etc)



PRINCIPIOS





Dinámica

 La gestión del riesgo anticipa, detecta, reconoce y responde continuamente al cambio de manera apropiada y oportuna, donde el contexto y conocimiento cambian.

• (Ej: FADO)

Mejor información disponible

- Basados como elementos de entrada en la información disponible y claros como datos históricos, experiencia, retroalimentación de partes interesadas, observación, previsión, y examen de expertos. Así como información actual y del futuro.
- (Ej: Registros y análisis de datos)

Factores humanos y culturales

- Se reconocen las capacidades, percepciones de intenciones de partes interesadas, comportamiento humano y cultura para facilitar el logro de los objetivos de la organización.
- (Ej: Caracterización de partes interesadas)

Mejora continua

- Desarrollo e implementación de estrategias para mejorar la madurez de la gestión de riesgo soportada en el aprendizaje y la experiencia.
- (Ej: Indicadores y ACPM)



5.0 MARCO DE REFERENCIA



El propósito del marco de referencia es: Asistir a la organización en integrar la gestión del riesgo en todas sus actividades y funciones significativas.

La organización debería valorar sus prácticas y procesos existentes de la gestión del riesgo, valorar cualquier brecha y abordar estas brechas en el marco de referencia.

Los componentes del marco de referencia y la manera en la que trabajan juntos, deberían adaptarse a las necesidades de la organización.





La alta dirección y los órganos de supervisión, cuando sea aplicable, deberían asegurar que la gestión del riesgo esté integrada en todas las actividades de la organización y deberían demostrar el liderazgo y compromiso:



Adapta e implementa Marco de referencia



Política de gestión del riesgo



Recursos para la gestión del riesgo



Autoridad y responsabilidad de rendir cuentas

Demostración de liderazgo y compromiso

Proceso de Gestión de Riesgo

Declarada y publicada

Asignar

Asignar





5.4.1 Comprensión de la organización y de su contexto

La organización debería analizar y comprender sus contextos externo e interno cuando diseñe el marco de referencia para gestionar el riesgo.



Comprensión de la organización y su contexto (FADO)

- * Contexto Externo
- * Contexto Interno

Herramienta



5. Marco de Referencia

5.4.2 Articulación del compromiso con la gestión del riesgo

5.4 Diseño



Deberían articular y demostrar un compromiso continuo

Mediante una política



Expresen claramente los objetivos



Compromisos de la organización



Debería comunicar dentro de la organización



- * Propósito (Objetivos) y relación con otras políticas.
- * Necesidad de integrar la gestión del riesgo en toda la cultura de la organización.
- * Integrar la gestión del riesgo para la toma de decisiones y actividades principales de la organización (misionales).
- * Autoridades y responsabilidades para rendir cuentas
- * Medición (indicadores) e informe de gestión del riesgo.
- * Revisión y mejora.







5.4.3 Asignación de roles, autoridades, responsabilidades y obligación de rendir cuentas en la organización

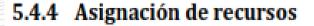
La alta dirección y los <u>órganos de supervisión</u>, cuando sea aplicable, <u>deberían</u> asegurarse de que las autoridades, las responsabilidades y la <u>obligación de rendir cuentas</u> de los roles relevantes con respecto a la gestión del riesgo se asignen y comuniquen a todos los niveles de la organización y <u>deberían</u>:





- La gestión de riesgo es una responsabilidad principal.
- * Obligaciones para rendir cuentas (Cargos asignados)
- Autoridad para gestionar el riesgo (Cargos asignados)





La alta dirección y los órganos de supervisión, cuando sea aplicable, deberían asegurar la asignación de los recursos apropiados para la gestión del riesgo, que puede incluir, pero no limitarse a:



- * Personal
- * Métodos de gestión del riesgo
- * Procesos y procedimientos documentados.
- * La información y del conocimiento.
- * Desarrollo profesional y necesidades de formación.



La organización debería considerar las competencias y limitaciones de los recursos existentes.





5.4.5 Establecimiento de la comunicación y la consulta

Organización debería estableces un enfoque aprobado

Con relación a la comunicación

Apoyar el marco de referencia y facilitar la aplicación eficaz

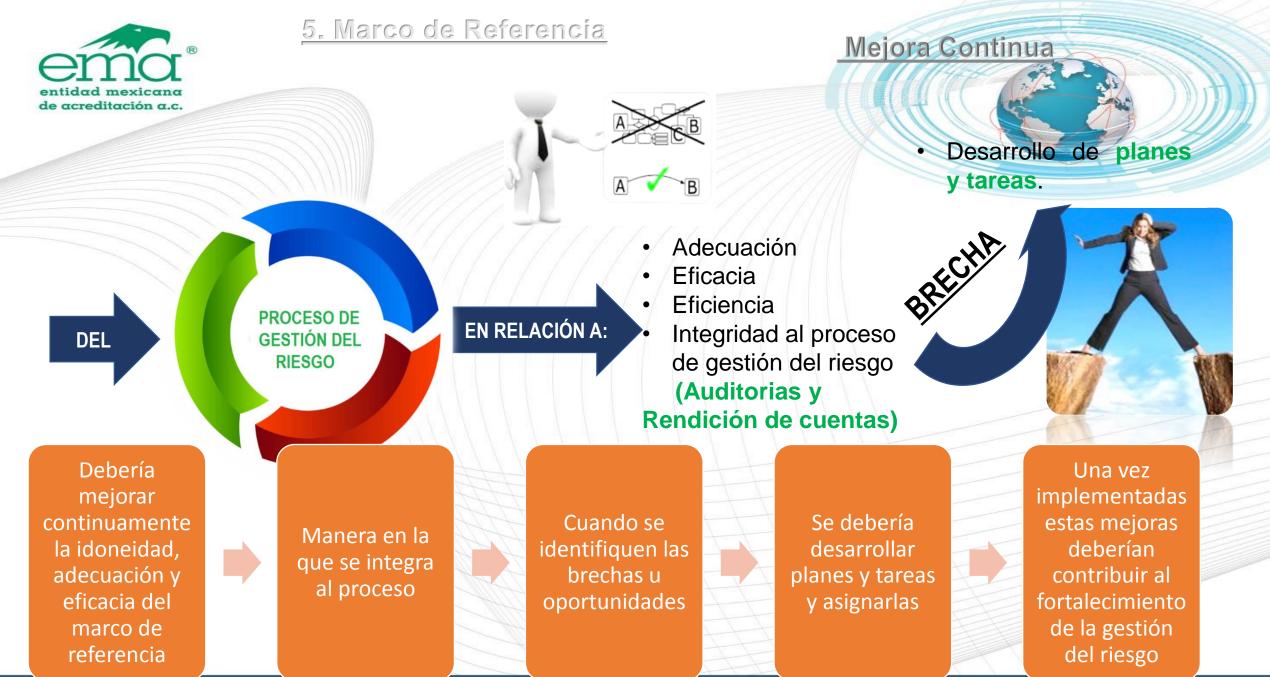
Gestión del riesgo



- Mecanismos de comunicación a partes interesadas.
- Mecanismos de retroalimentación (Consulta a partes interesadas) que contribuye a la toma de decisiones o actividades.

Comunicación oportuna

Asegurar que se recopile, consolide, sintetice y se comporta la información. Se realice retroalimentación y se llevan a cabo mejoras



2do. Congreso Internacional para la Acreditación en el Sector Salud



MEDIBLES EN LOS REQUISITOS DE LA NORMA

NUMERAL:

5. Marco de Referencia



 Análisis de contexto (interno y externo).

Proceso de Gestión del Riesgo

Política o compromiso de objetivos y de la gestión del riesgo.

Asignación de roles, autoridades y responsabilidades para: Registros de la implementación del proceso de la gestión del riesgo.

Establecimiento de canales de comunicación.

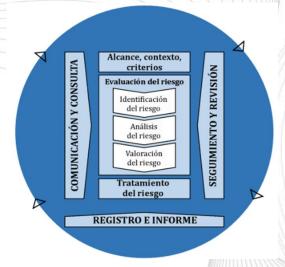
Asignación de recursos.

Personal para la redición de cuentas.

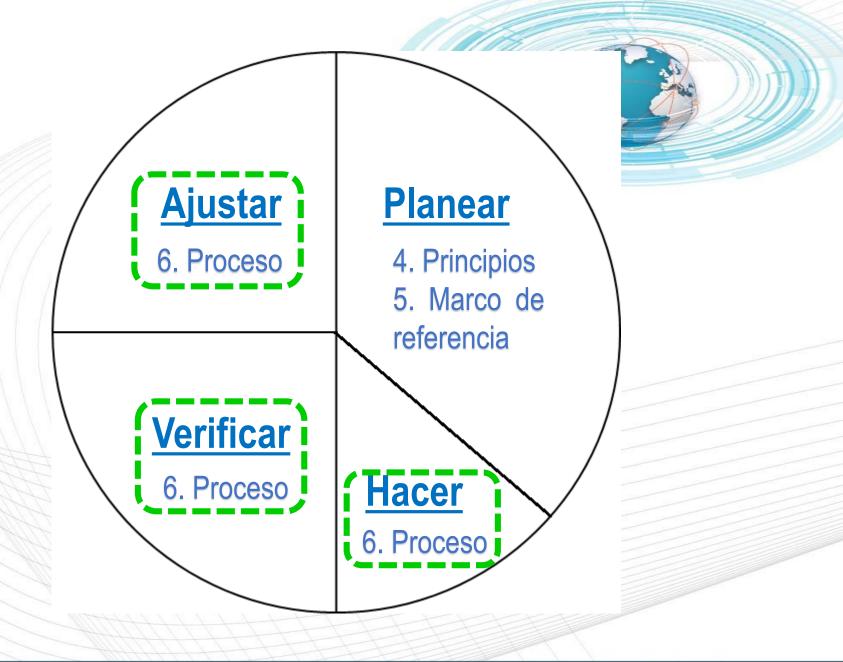
Ciclos de evaluación (Auditorias).

Planes de mejora de la gestión del riesgo vs a los objetivos.

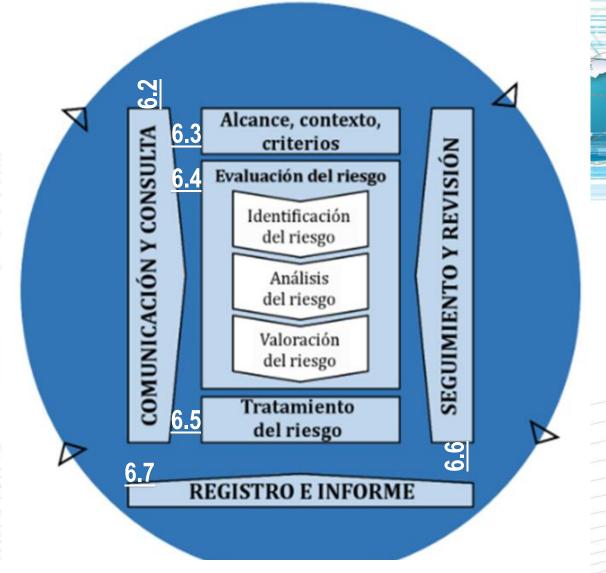




Numerales de la norma ISO 31000:2018







El proceso de la gestión del riesgo implica la aplicación sistemática de políticas, procedimientos y prácticas a las actividades de comunicación y consulta, establecimiento del contexto y evaluación, tratamiento, seguimiento, revisión, registro e informe del riesgo. Este proceso se ilustra en la Figura







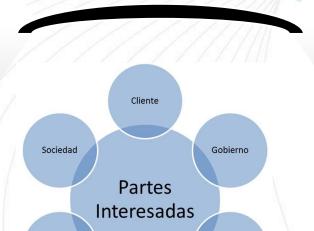
La comunicación y consulta con las partes interesadas apropiadas, externas e internas, se debería realizar en todas y cada una de las etapas del proceso de la gestión del riesgo.

CONSULTA

Toma de conciencia. y comprensión del riesgo.

Comunicación

Intercambio de información



Retroalimentación e información para la toma de decisiones.

Consulta



COMUNICAC

Disponer de razones para abordar acciones específicas.

Proveedores

Reunir áreas de experiencia para las etapas de la gestión del Riesgo.

Empleados

- Disponer diferentes puntos de vista para definir criterios y valorar los riesgos.
- Disponer información para supervisión del riesgo y toma de decisiones.
- Construir inclusión y propiedad del riesgo de las personas afectadas.

Accionistas









FADO



6.3

entorno planeación **Definir** y lograr objetivos Definir e **PROCESO DE** MAPA DE PROCESOS PROCESOS ESTRATÉGICOS **GESTIÓN DEL** integrar **RIESGO** operación Contexto que define la gestión del riesgo

Debería establecer a partir de la comprensión de los entornos externo e interno

Debería reflejar el entornó específico de la actividad en la cual se va aplicar el proceso de gestión

2do. Congreso Internacional para la Acreditación en el Sector Salud



<u>6.3</u>



Alcance, contexto, criterios

Definir objetivos de la organización

Definir los riesgos asociados a dichos objetivos

Definir criterios para valorar la importancia de los riesgos vs objetivos

Cómo se mide consecuencias y probabilidad

Detectabilidad

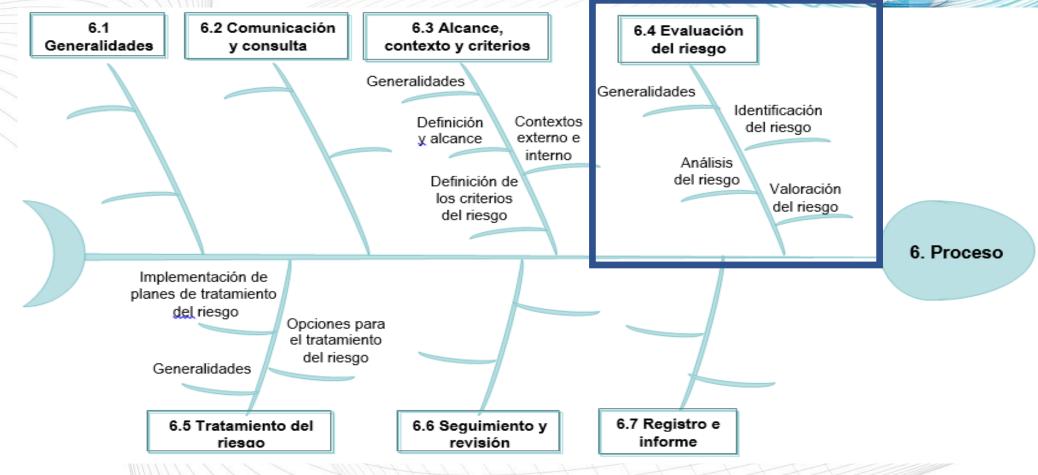
Determinación del nivel de riesgo NPE



Herramienta con los criterios del riesgo.









Herramienta para la evaluación del riesgo.



6.4.2 Identificación del riesgo

Información: Apropiada, pertinente y actualizada

Empleo de técnicas

Relacionar factores como: Fuentes, causas, amenazas, cambios, consecuencias, etc. Evaluación del riesgo

Identificación

Análisis del riesgo

del riesgo

Valoración del riesgo

<u>6.4</u>



6.4.3 Análisis del riesgo: el análisis debería considerar los factores



6.4.3 Análisis del riesgo

Comprender el nivel del riesgo

Considerar factores

Empleo de técnicas: Cualitativas, cuantitativas o combinación de las dos. La probabilidad de los eventos y de las consecuencias

La naturaleza y la magnitud de las consecuencias

El análisis causal



6.4.4. Valoración del riesgo

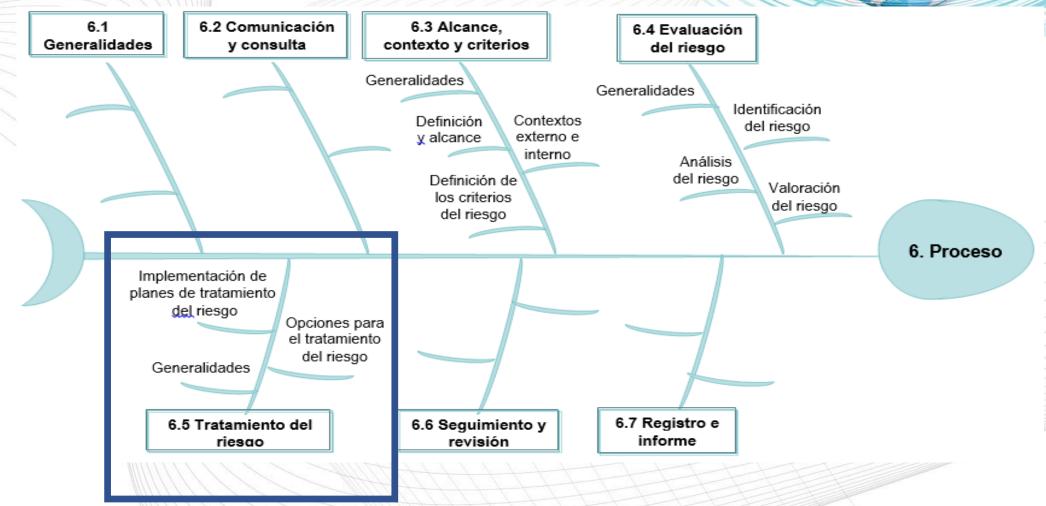
Las decisiones deberían tener en cuenta el contexto amplio, las consecuencias reales Y percibidas por las partes interesadas

6.4.4. Valoración del riesgo

PROBABILIDAD
SEVERIDAD/IMPACTO
DETECTABILIDAD





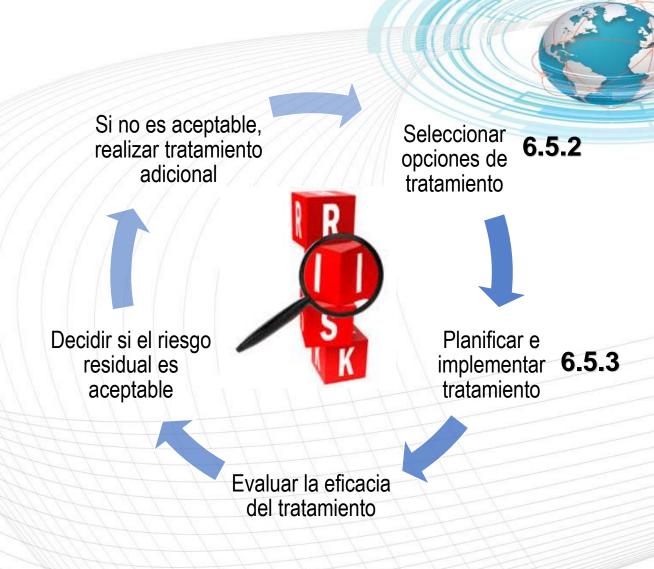




<u>6.5</u>

Tratamiento del riesgo

Seleccionar e implementar acciones para abordar riesgos



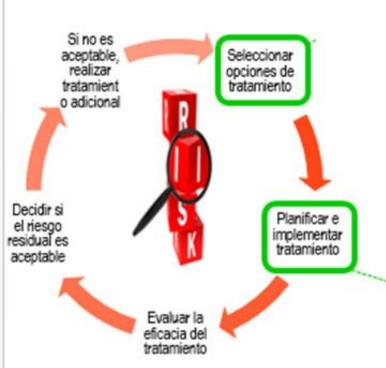
GO PROCESOS



6.5.3 Preparación e implementación de los planes de tratamiento del riesgo

Tratamiento del riesgo

<u>6.5</u>



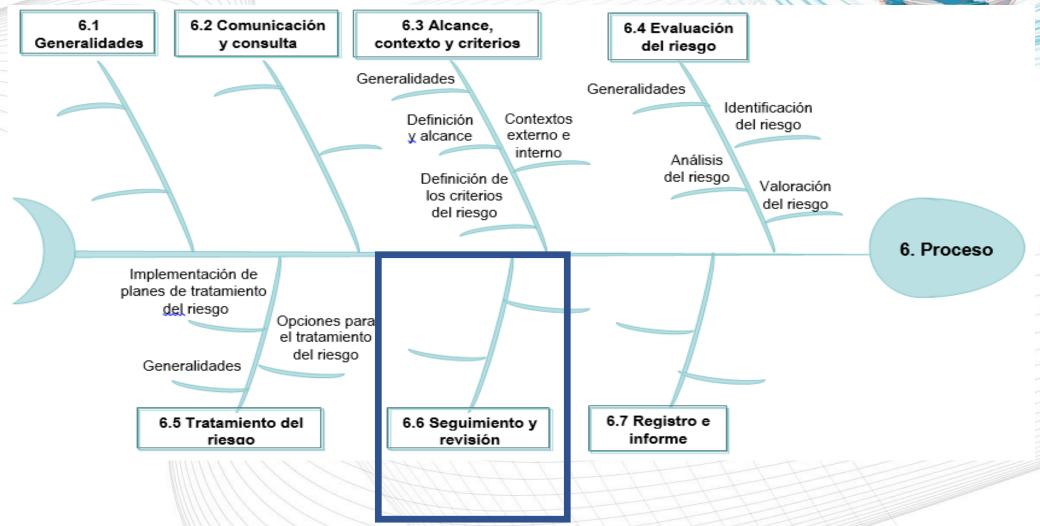
Los planes de tratamiento deberían integrarse en los planes y procesos de la gestión de la organización, en consulta con las partes interesadas apropiadas.

La información proporcionada en el plan del tratamiento debería incluir:

- el fundamento de la selección de las opciones para el tratamiento, incluyendo los beneficios esperados;
- las personas que rinden cuentas y aquellas responsables de la aprobación e implementación del plan;
- las acciones propuestas;
- los recursos necesarios, incluyendo las contingencias;
- las medidas del desempeño;
- las restricciones;
- los informes y seguimiento requeridos;
- los plazos previstos para la realización y la finalización de las acciones.







Asegura, mejora y mide la eficacia del diseño del proceso de la gestión del riesgo.



6.6

Resultados se deberían incorporar en todas las actividades de la organización



Seguimiento, revisión y resultados deberían estar planificados.

Planifica, recopila, analiza y registra los resultados.

Definición clara del personal que realiza esta actividad.

El propósito del seguimiento y la revisión es asegurar y mejorar la calidad y la eficacia del diseño, la implementación y los resultados del proceso. El seguimiento continuo y la revisión periódica del proceso de la gestión del riesgo y sus resultados debería ser una parte planificada del proceso de la gestión del riesgo, con responsabilidades claramente definidas.

6.7

REGISTRO E INFORME







PARTES INTERESADAS

RESULTADOS

RECURSOS

BARRERAS

Las decisiones con respecto a la creación, conservación y tratamiento de la información documentada deberían tener en cuenta, pero no limitarse a su uso, la sensibilidad de la información y los contextos externo e interno.



REQUISITOS EN LOS I NUMER NORMA MEDIBLES LA NORMA

•Registros de comunicación y consulta

Alcance definido del proceso de la gestión del riesgo hacia que proceso(s) de la organización.

Análisis del contexto de la organización (FADO)

Definidos los criterios para valorar los riesgo

Herramienta la para identificación, evaluación, valoración del riesgo y tratamiento del riesgo.

Registros de seguimiento y medición del proceso de la gestión del riesgo (auditorias)

Informe sobre los resultados de la gestión del riesgo frente a los objetivos (Del proceso de la gestión del riesgo y de la organización) junto con la toma de decisiones a partir de la revisión de resultados



2do. Congreso Internacional

ón en el Sector Salud



MODULO II



DIRECTRICES CLSI APLICADAS AL LABORATORIO CLÍNICO EN GESTIÓN DE RIESGOS



Temario

1. CLSI GP 33 Riesgos en la identificación de muestras y pacientes en el laboratorio clínico

2.CLSI EP 23 A 2 Control de Calidad basado en la gestión del riesgo

3. ISO 22367 Reducción del error a través de la gestión del riesgo y la mejora continua

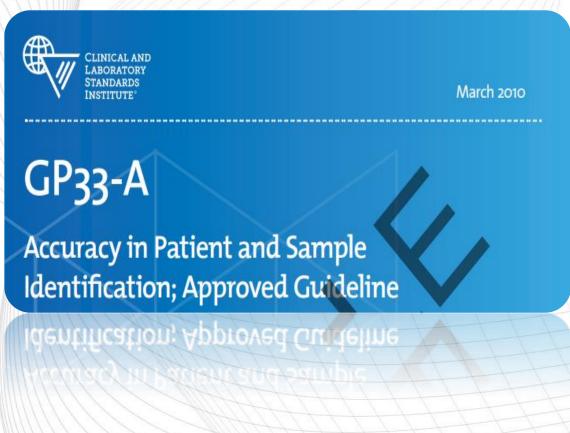






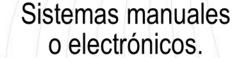












Los elementos esenciales de los sistemas y los procesos para garantizar la exactitud de identificación de pacientes





Según CLIA El laboratorio ...



(B) Podrá aceptar peticiones verbales de las pruebas de laboratorio si lo solicita por escrito o electrónico de autorización dentro de los 30 días siguientes a la solicitud oral

- (C) Debe garantizar la siguiente información:
- Nombre y la dirección u otros identificadores de la persona autorizada que solicita la prueba y, en su caso, la persona responsable de la utilización de los resultados de la prueba,
- Nombre y la dirección del laboratorio de si remite la muestra, incluyendo, en su caso, una persona de contacto
- -Permitir la notificación critica de resultados
- información básica del paciente



Si el paciente no está en condiciones de estado de palabra su nombre y fecha de nacimiento, obtenerla de otra identificación (licencia de conducir, tarjeta de identificación) o un acompañante debe confirmar la identidad del paciente



Los errores o las diferencias deben ser resueltas antes de obtener las muestras de la paciente

En PEDIATRIA Los pacientes menores a dos (2) años pueden tener una banda de identificación en la parte inferior de la pierna en lugar del brazo. Verificar con una enfermera o la madre del bebé nombre y fecha de nacimiento



GP 33 5.1 CRITERIOS DE EXACTITUD PARA LA IDENTIFICACION (Dos

identificadores)

Nombre completo del paciente

Fecha de nacimiento completa del paciente

Registro médico / número de hospital del paciente

CUIDADO ESPECIAL

Hermanos o gemelos, ambos teniendo citas al mismo tiempo

Nombres comunes, p. John Smith, Kim Chiu

Nombres parecidos o similares, p. Ej. Annie Jones o Anne E. Jones

CRITERIOS MODELO HOSPITALARIO

Se requiere cuidado adicional en el punto de entrega para verificar la identificación del paciente

Si el paciente tiene una afección que impide que se coloque una banda de identificación en el cuerpo, esta debe colocarse en la cama o incubadora

Bajo ninguna circunstancia debe un flebotomista depender de una etiqueta de cama o registros colocados en la cama, mesas cercanas o equipos



IDENTIFICADORES

Nombres, fecha de nacimiento

PACIENTE AMBULATORIO

Momento de la toma de la muestra confirmar sus datos personales

Compare la información con la orden

Designación temporal pero clara hasta que se realice una identificación positiva

Designación de identificación permanente o temporal deben adjuntarse al cuerpo del paciente y referenciado de forma cruzada con el número permanente para garantizar la correcta identificación

Garantizar la correcta identificación y correlación de l información del paciente y del resultado de la prueba

5.2 PACIENTES AMBULATO Y HOSPITALIZADOS

PACIENTE EN EMERGENCIA



5.4 PACIENTE EXTRANJERO O PACIENTE INCONSCIENTE



Paciente inconsciente, demasiado joven, incompetente o no habla el idioma del flebotomista

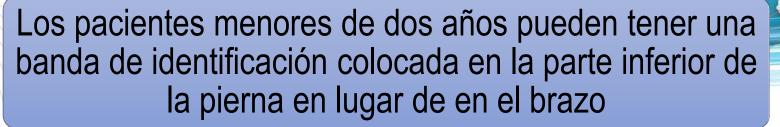
Comparar con la información en el formulario de solicitud y el brazalete de identificación, que debe adjuntarse al paciente.

Pedir a la enfermera, un pariente o amigo que identifique al paciente por nombre, dirección, número de identificación y / o fecha de nacimiento

Informar cualquier discrepancia, aunque sea menor, y corregir antes de MARCAR/ETIQUETAR cualquier muestra



5.5 PACIENTE PEDIATRICO





Solicitar a la enfermera o a la madre que indiquen el nombre y la fecha de nacimiento del bebé



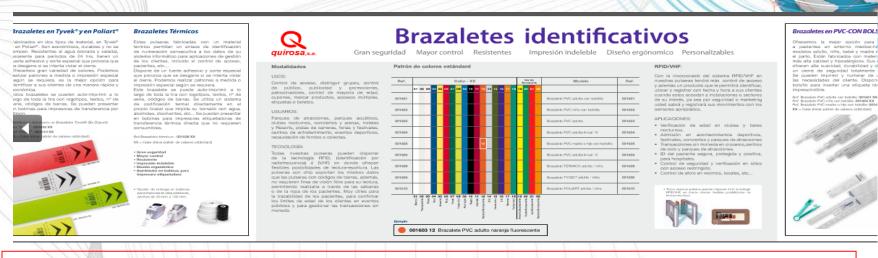
Si la enfermera toma esta responsabilidad, documente su nombre y título en la solicitud



Comparar la banda de identificación con la información verbal y la solicitud para confirmar: Fecha de nacimiento del bebé - El sexo del bebé - Número de registro médico del bebé u otro identificador único - Apellido de la madre



5.6 ESTANDARIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CONTENIDOS



- Las denominaciones más comunes son:
- Rojo para la Alerta de Alergias ;
- Amarillo riesgo de <u>caída</u> de los pacientes
- Púrpura para los pacientes con un fin NO RESUCITAR.
- •CODIGOS DE COLOR PARA TUBOS QUE VIENE DE SALAS DE CIRUGIA, DE SERVICIOS CRITICOS PARA DEFINIR CRITICIDAD



6. IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA REDUNDANTE GARANTIZAR LA EXACTITUD EN LA IDENTIFICACIÓN

竝

Mapeo completo del proceso previo a la implementación de Tiempos y Movimientos

Participación multidisciplinaria

- Administración hospitalaria,
 - Enfermería
- Tecnología de la información
 - Laboratorio

2do. Congreso internacional para la Acreditación en el Sector Salud



6.1 SISTEMA PRIMARIO IDENTIFICACIÓN DEL

Registro del paciente en el momento de la admisión y la aplicación de una pulsera de identificación. **IDENTIFICACION ÚNICA**

La identificación del paciente es parte del **programa de orientación** para todo el personal nuevo que se espera interactúe con los pacientes

Todos los profesionales de la salud deben comprender la importancia de **verificar la identificación antes de comenzar el procedimiento**, el tratamiento o la medicación.

Política de rechazo de muestras debe incluir: La falta de identificación positiva como criterio principal. Instrucciones para el manejo de muestras irremplazables

Auditorías periódicas pueden ser útiles para establecer los niveles de confianza en el proceso utilizado para la identificación

Cualquier alicuotación u otra transferencia de la totalidad o parte de la muestra a otro contenedor está sujeta a la verificación de identificación antes de liberar los resultados

2do. Congreso Internacional para la Acreditación en el Sector Salud



6.2 OTRAS ALTERNATIVAS ACEPTADAS



Identificación electrónica de las muestras mediante etiquetas de radiofrecuencia



Alternativa a la identificación positiva con códigos de barra.

Fiables

Implementación futura para usos comerciales



6.2.1 CÓDIGO DE BARRAS



El flebotomista primero **escanea su credencial** de identificación para iniciar sesión en el sistema y establecer la identidad para el seguimiento de auditoría. Las órdenes de laboratorio deben transferirse al dispositivo de mano desde el LIS.



Esto se puede lograr en modo de descarga por lotes a través de una estación de acoplamiento para el dispositivo o en tiempo real a través de una red inalámbrica



El flebotomista puede recibir un **aviso** que describa los tipos de tubo apropiados para usar, según las entradas en el diccionario LIS.



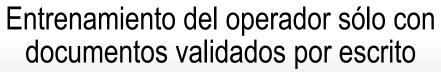
El flebotomista obtiene la (s) muestra (s) e imprime las **etiquetas de muestra con código de barras** usando una impresora integrada en la computadora de mano o mediante conexión inalámbrica de corto alcance a una impresora portátil



7. CONSIDERACIONES DE ENTRENAMIENTO



la capacitación debe seguir el diseño del proceso, el desarrollo de un procedimiento escrito y la validación del procedimiento.







Finalizado el proceso autorizar e implementar el un nuevo proceso Ejm ID automática del paciente

© Can Stock Photo - csn17018370



8. AUDITORÍA DEL SISTEMA





Se debe establecer y **seguir políticas y procedimientos** escritos para un mecanismo continuo para monitorear, evaluar y, corregir los problemas identificados en los sistemas pre analíticos



Debe incluir una revisión de la efectividad de las acciones correctivas tomadas para resolver problemas.



Debe documentar todas las actividades de evaluación de la calidad de los sistemas pre analíticos



Deben existir políticas y procedimientos similares para evaluar la frecuencia de errores y su corrección en los pasos analíticos y pos analíticos en la ruta de trabajo.







EP23-A Vol. 31 No. 18 Replaces EP23-P Vol. 30 No. 4

Laboratory Quality Control Based on Risk Management; Approved Guideline

Management, Approved Guideline





LA PLANIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DEL CONTROL DE CALIDAD CON ENFOQUE DE RIESGO









Laboratory Quality Control Based on Risk Management; Approved Guideline

Management, Approving Cundeline

EP18-A Vol. 29 No. 2 Replaces EP18-A Vol. 22 No. 2

Risk Management Techniques to Identify and Control Laboratory Error Sources; Approved Guideline—Second Edition

Approved Guideline—Second Edition

ISO 14971:2012

 GESTION DEL RIESGO EN DISPOSITIVOS MEDICOS

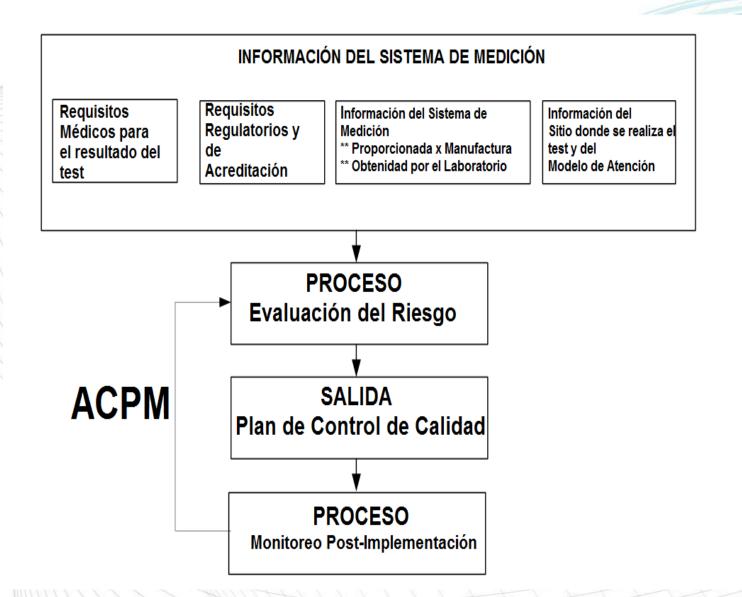
ISO 31000

- GESTION DEL RIESGO
- PRINCIPIOS Y DIRECTRICES

EP22-P Vol. 30 No. 3

Presentation of a Manufacturer's Risk Mitigation Information for Users of *In Vitro* Diagnostic Devices; Proposed Guideline









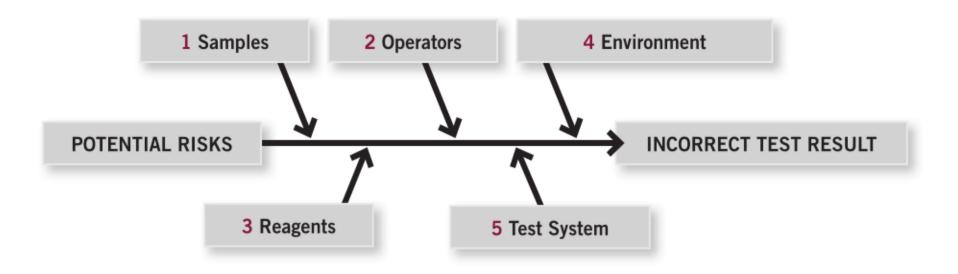
FUENTES PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN EN EL ANÁLISIS DE LOS RIESGOS



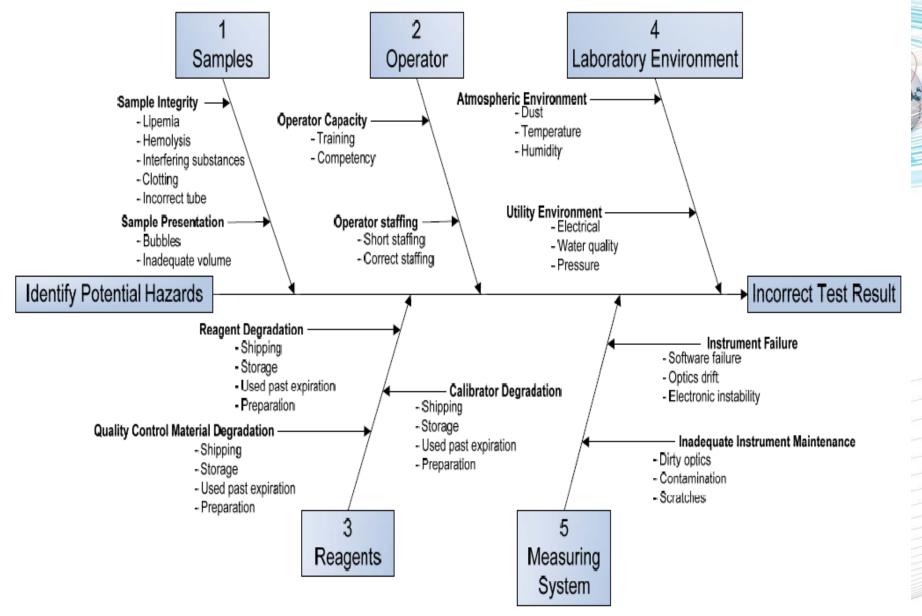
Information	Source
Regulatory and accreditation requirements	Regulatory authorities;
Mandated QC procedures	accreditation agencies
Required quality assurance activities	
Regulatory agency recall and device failure notifications	
Measuring system information	In vitro diagnostic (IVD)
Intended use (including limitations, warnings, and precautions)	manufacturer
Environmental requirements	
 Instructions for calibration, maintenance, use, and reagent storage 	
Calibrator traceability information	
QC features	
Risk mitigation recommendations	
Laboratory information	Laboratory
 Environmental conditions, including facilities and utilities, and existing controls 	
 Installation/operational qualification reports 	
 Operator training and competency 	
 Internal performance evaluation/verification data 	
External performance data (eg, proficiency test results)	
 Process map covering the steps analyzed 	
Publications and reports from laboratory peers	Laboratory
 Published performance evaluations 	
 Published clinical studies 	
 Other users (eg, user groups, listservs, forums) 	
Clinical information	Laboratory, in
 Clinical applications for use of a test result 	consultation with
 Biological reference intervals and clinical decision levels 	medical users of the test
 Foreseeable medical errors that could result from incorrect, delayed, or no results 	results
The severity of patient harm that would result from the hazardous situations	



EVALUACION DEL RIESGO











Seleccione el Test. Conforme e Equipo.Recolecte toda la Informacion

Diagrame el proceso en cada una de sus actividades

Realice lluvia de ideas e identifique la mayor cantidad de Riesgos asociados

Priorice las fallas potenciales con variables de Probabilidad, severidad y deteccion Identifique los mecanismos de MITIGACION de los riesgos actuales

Si es necesario implemente mecanismos adicionales para el manejo de riesgo re<mark>sid</mark>ual

Desarrolle el PHVA del Plan de emejoramiento e implementelo

Monitoree controle, evalúe, y ejecute planes de mejoramiento segun resultados





1. EVALUACIÓN DEL RIESGO 2. PLANIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE CALIDAD

3. ESTABLECE EL ASEGURAMIENTO DEL QC







1. IDENTIFICAR RIESGO EN LAS DIFERENTES ETAPAS

7

4. INTERVENIRLO (aseguramiento)

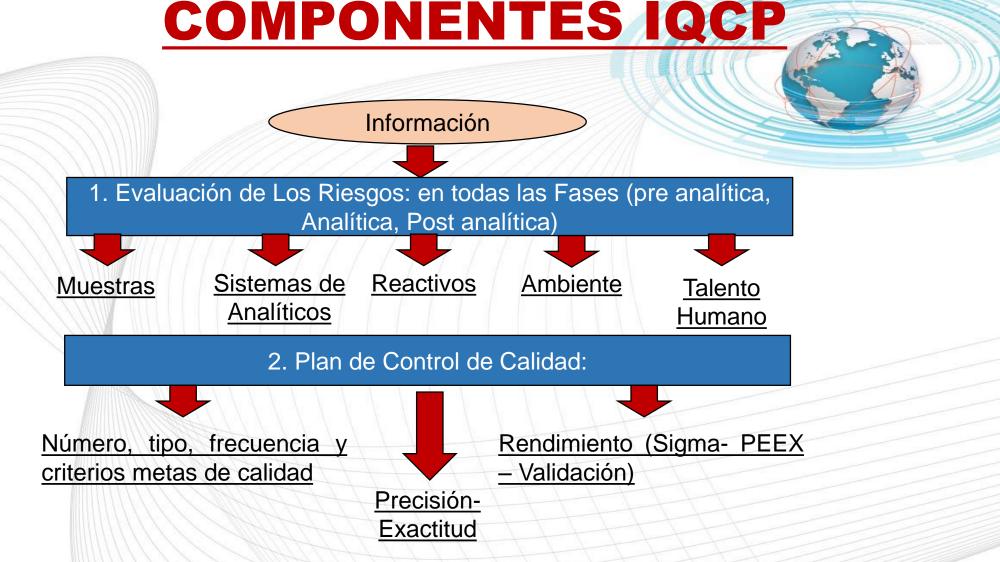
2. ANALIZARLO EN TRES DIMENSIONES



3. EVALUARLO EN TÉRMINOS DE NPR











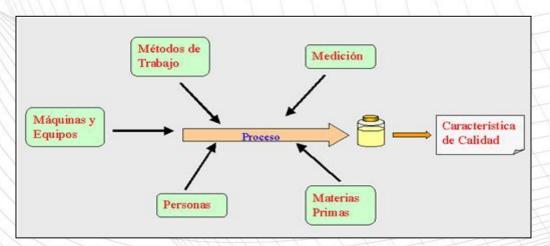
Identificación de Riesgos - Análisis de Riesgos - Definición de

Generación_

causas

Acciones Correctivas

Acciones Preventivas Planes de Mejoramiento





MUESTRA

Cuáles son cuatro posibles fuentes de error, Que podria fallar ? Salir mal	puede reducir las fuentes de error identificadas Si /No	como podemos reducir la fuente de error identificada
Recopilar toda la información, desde las instrucciones dadas por el fabribcante y otros recursos de otros fabricantes de llevar a cabo el proceso de prueba	contesteste si o No o si no Aplica	Indicar la manera de reducir la las posibles fuenres de error : • Controles internos • Las acciones tomadas por el laboratorio • Salvaguardias en el sistema de prueba o BPL



	QCP	
TIPO DE CONTROL DE CALIDAD	FRECUENCIA	CRITERIÓ DE ACPETABILIDAD
Chuqueo de temperatura	diaria AM/PM	
Ambiente	diaria AM/PM	20 a 25
Refrigerador	diaria AM/PM	de 2 a 8
congelador	diaria AM/PM	de -10 a -20
verificar los tubos recolectores	diario por paciente	establecido en el Mnual de TM



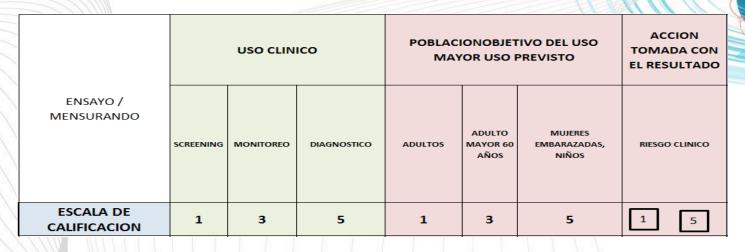


	QCP		QUALITY ASS	ESSMENT QA
TIPO DE CONTROL DE CALIDAD	FRECUENCIA	CRITERIO DE ACPETABILIDAD	fallo el control de calildad implementado /omision	ACCION CORRECTIVA
Chuqueo de temperatura	diaria AM/PM			
Ambiente	diaria AM/PM	20 a 25	/////	
Refrigerador	diaria AM/PM	de 2 a 8	4///	
congelador	diaria AM/PM	de -10 a -20		
verificar los tubos recolectores	diario por paciente	establecido en el Mnual de TM		





EP 23



RIESGOS TRANSVERSALES

			DE	LOS	S RE	ACTIVO	S				DEI	L AN	ALIZ	ZADO	OR							DE L	A CALIE	BRAC	CION			The second
MONOREACTIVO	BI REACTIVO O MAS	LISTOS PARA SU USO	REQUIEREN PREPARACION	PRESENTACION CERRADO	PRESENTACION ABIERTO	MANTENIMIETO DE LOTES POR 6 MESES O MAS	MANTENIMIENTO DE LOTES ENTRE 3 Y GMISES	CAMBIO DE LOTES FRECUENTE MENSUAL O MENOS	INDEPENDENCIA DE PIPETADORES MUESTRAS REACTIVOS	UN SOLO BRAZO PIPETEADOR	PLATAFORMA REFRIGERADA	SIN PLATAFORMA REFRIGERADA	DECTCCION DE COAGULO	SIN SESNOR DE COGUALO	INDICES SERICOS	SIN INIDCES SERICOS	MEZCLADO ULTRASONICO	MEZCLADO MECANICA	FUNCION DE CLAIBRACION LINEAL	OTRO TIPO DE FUNICON DE CALIBRACION	CALIBRADOR PLENAMENTE TRAZABLE	NO TRAE CALIBRADORES	CAMBIO DE LOTE DE CALIBRADOR FRECUENTE MENSUAL O MENOS	MANTENIMIENTO DE LOTES TRIMETRAI	MANTENIMIENTO DE LOTES SEMETRAL	MATRE DEL CALIBRADO RSIMILAR A LA MUESTRA	MATRZ NO CONMUTABLE A MUESTRAS DE PACIENTES	The second of the second
1	5	1	5	1	5	1	3	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	5	3	1	1	5	1 1 1 1

2do. Congreso Internacional para la Acreditación en el Sector Salud



EP 23

CONTROL SEMIDEPENDIENTE CONTROL SEMIDEPENDIENTE CONTROL DEPENDIENTE CONTROL DEPENDIENTE CONTROL DEPENDIENTE CONTROL DEPENDIENTE CON EVILAUCION EXTERNA ACREDITACION SIN PEER GROUP CON EVILAUCION EXTERNA ACREDITACION ACREDITACION ACREDITACION SIN FUAUCION TRIMEESTRAL TIEMPO MAYOR DE 5 DIAS INFORME DEL DESEMPEÑO EN MENOS DE 5 DIAS SOFTWARE DE CC DE LOS ANALIZADORES ANALIZADORES DIGITACION MANUAL DE DATOS DE CC PROCESO SOLO CADA 12 HORAS AL COMIENZO DE L CORRIDA PROCESO CADA 100 TUBOS TIEMPO MANUAL DE DATOS DE CC TIEMPO MANUAL DE DATOS DE CC ANALIZADORES AL COMIENZO DE L CORRIDA PROCESO CADA 100 TUBOS TIEMPO MANUAL DE DATOS DE CC TIEMPO MANUAL DE DATOS DE CC ANALIZADORES AL COMIENZO DE L CORRIDA PROCESO CADA 100 TUBOS TIEMPO MANUAL DE DATOS DIGITACION MANUAL DE DATOS DE CC TIEMPO MANUAL DE DATOS DE CC ANALIZADORES TIEMPO MANUAL DE DATOS DE CC TIEMPO MANUAL DE CO TIEMPO MANUAL DE DATOS DE CC TIEMPO MANUAL DE CO TIEMPO MANUAL DE DATOS DE CC TIEMPO MANUAL DE DATOS TIEMPO MANUAL DE

		O EN TERN Y CAPACIE					DLUMEN NTAJE DI		SE	RVICIO DE PROVIEI			
DESEMEPÑEO EN TERMINOS DE ERRO TOTAL NIVEL OPTIMO	DESEMEPÑEO EN TERMINOS DE ERRO TOTAL NIVEL DESEABLE	DESEMEPÑEO EN TERMINOS DE ERRO TOTAL NIVEL MINIMO	ANALITO 5 Y 6 SIGMA	ANALITO 4 Y SIGMA	ANALITOS CON MEONOS DE 4 SIGMA	MENOS DE 20 AL DIA	ENTRE 20 Y 50 AL DIA	MAS DE 50 AL DIA	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZADO	URGENCIAS, UCI, UNIDAD RENAL, TRANSPLANTES	RESULTADO DE LA PRIORIZACION	NIVEL DE PRIORIDAD POR RIESGO
1	3	5	1	3	5	1	3	5	1	3	5		





DESARROLLE EL IQCP

	PLANEACIO	N INIDVIDUA	LIZADA DE LA E	STRATEGIA DE C)C	
NIVEL DE CRITICIDAD	Frecuencia de calibracion	Niveles de control	frecuencia del control	Programacion de reglas de control	Mantenimientos preventivos	Rondas de Seguridad Analitica
Puntuación entre 1 hasta 25	Según recomendación de . Manufactura	Minimo 2	cada 24 Horas	Cada 6 meses	Según recomendación de Manufactura	Semestral
Puntuacioón entre 25 hasta 75	Cada 20 dias	Minimo 2	Cada 8 horas O Cada 300 muestras	Cada 3 meses	Cada 4 meses	Cada 4 meses
Puntuación entre 75 hasta 325	Semanal	Minimo 3	Cada 6 horas o cada 100 muestras	Mensual	Cada 3 meses	Cada 2 meses



Good Risk Management Strategy??





"I think we need to take another look at your IQCP"

Taller No. 4 Priorización de ensayos con enfoque de riesgo



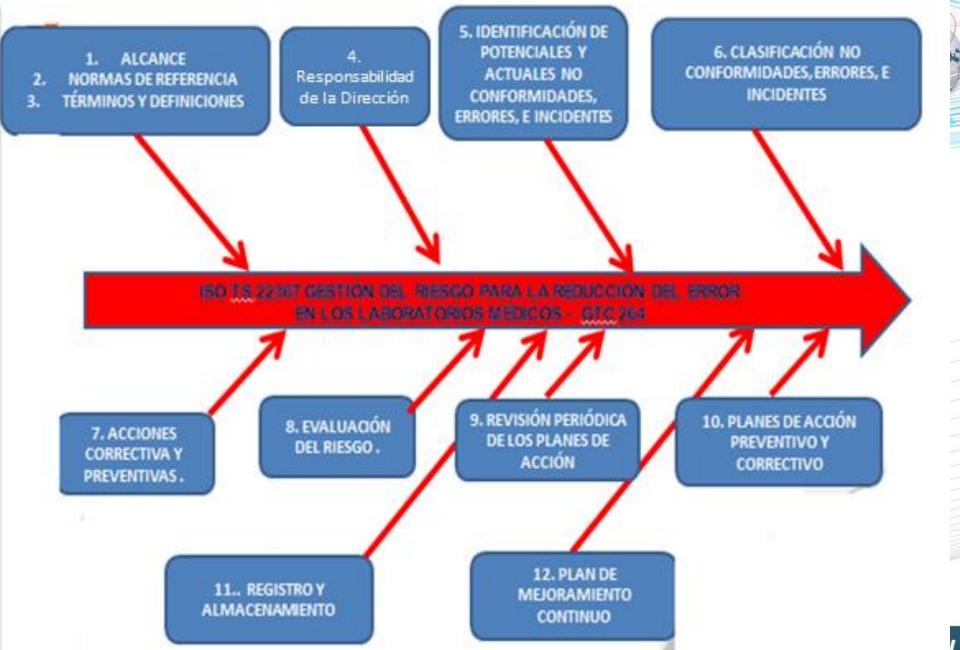
GTC 264 – ISO 22637:2008 REDUCCIÓN DEL ERROR A TRAVES DE GESTIÓN DEL RIESGO













Mapa de Procesos



Recogida	Fransporte	Preparacion	Distribución
Obtención	Almacenamiento	Preparación	
Instalación	Mantenimiento	Ajuste	Calibración Análisis <u>Resultado</u>
Obtención	Almacenamiento	Preparación	
Obtención	Almacenamiento	Preparación	Distribución
Transcripción	Selección del texto	Generación	Transmisión
	Instalación Obtención	Obtención Almacenamiento Instalación Mantenimiento Obtención Almacenamiento Obtención Almacenamiento	Obtención Almacenamiento Preparación Instalación Mantenimiento Ajuste Obtención Almacenamiento Preparación Obtención Almacenamiento Preparación



CLASIFICACION

6

 PRE ANALISIS **FASE** ANALISIS POST ANALISIS SITIO O LUGAR DONDE SE INTERNO EN EL LAB **IDENTIFICA** EXTERNOS FUERA DEL LAB ERROR LATENTE O ACTIVO RESPONSABILIDAD DEL COGNITIVO O NO COGNITIVO **EVENTO** INTERNO O EXTERNO AL LAB O NO SE PUEDE DETERMINAR **EVITABILIDAD** PREVENIBLE O NO PREVENIBLE NINGUNO O MÍNIMO IMPACTO EN EL CUIDADO RETRASO EN EL TTO O DX DEL PACIENTE INAPROPIADO TTO O DX



CLASIFICACIÓN



Identificación incorrecta



Preparación incorrecta





Marcación incorrecta



Condiciones incorrectas



Aditivos incorrectos



Centritugacion transporte incorrecto

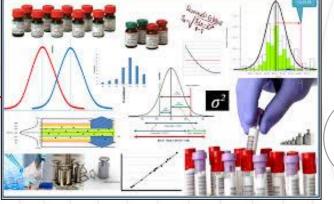
2do. Congreso Internacional para ditación en el Sector Salud



Proceso Analítica:



Resultados de control de calidad discrepantes



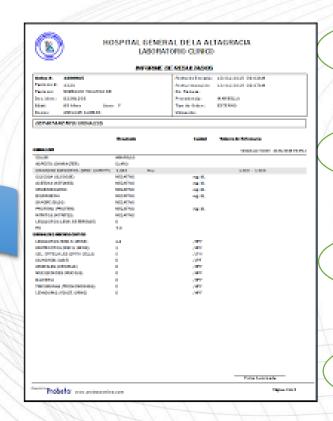
Procedimientos de no conformidad



Tiempos prolongados de procesamiento



Proceso Post Analítico:



Resultados incorrectos

Transcripción incorrecta

Reportes ambiguos

Resultados entregados al paciente incorrecto

Resultados incorrectos

Mala interpretación de resultados









IDENTIFICACIÓN DE ERRORES POTENCIALES



ACCIONES CORRECTIVAS Y ANÁLISIS CAUSAS RAÍZ



NOTA: FACTORES CONTRIBUTIVOS Y CAUSALES







PROCESOS

Identificar Procesos de alto riesgo

Identificar incidentes asociados a desvió de requisitos frente a estándares

Estimar y evaluar los riesgos de seguridad de Paciente

Controlar estos riesgos

Monitorear la efectividad de los I control implementados

ANÁLISIS

Cada actividad del proceso

Como puede ser la falla

Como afecta la seguridad del Paciente

Severidad y Probabilidad de cada modo de efecto de la falla

Efectos mas críticos del modo del fallo

Potenciales causas raíces

Acciones direccionadas a la causa raíz

EVALUACION DEL RIESGO





Proceso/ procedimiento/ actividad MODO DE FALLA POTENCIAL EFECTO DE FALLA POTENCIAL CAUSAS POTENCIALES DE FALLA CONTROLES ACTUALES E V D E PRIORIDA RIESGO INICI TRANSVERSAL (IMPACTA MÁS DE UN PROCESO DE LA PROCESO O PROCESOS IMPACTA TRATAMIENTO							MATE	RIZ AMEF		
ACCIONES RECOMENDADAS CLASIFICACIÓN DEL RIESGO TRANSVERSAL (IMPACTA MÁS DE UN PROCESO DE LA PROCESOS IMPACTA TRATAMIENTO	ECHA		MODO DE FALLA POTENCIAL		CAUSAS POTENCIALES DE FALLA	aina	E	Pá	D E T	NIVEL DE PRIORIDAD DE RIESGO O RPI INICIAL
ACCIONES RECOMENDADAS CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CLASIFICACIÓN DEL CIMPACTA MÁS DE UN PROCESO DE LA PROCESOS IMPACTA TRATAMIENTO						9			•	
ACCIONES RECOMENDADAS CLASIFICACIÓN DEL (IMPACTA MÁS DE UN PROCESO DE LA PROCESOS IMPACTA TRATAMIENTO										
ACCIONES RECOMENDADAS CLASIFICACIÓN DEL (IMPACTA MÁS DE UN PROCESO DE LA PROCESOS IMPACTA TRATAMIENTO			_							
OKGANIZACION)	ACCIONES RECOMENDADAS		Δς.	IÓN DEL <mark>(I</mark> I D UN	MPACTA MÁS DE	_		1	RATAM	IENTO



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

9.

Falla activa



2do. Congreso Internacional para la Acreditación en el Sector Salud



RIESGOS CLIMICOS

ANALITO	RIESGO CLINICO	ACCIONES PARA DETECTAR O MINIMIZAR EL ERROR	ACCIONES PARA MITIGAR EL EFECTO EN CASO DE QUE PRESENTE
GLICEMIA	Falso normal: Retraso en la oportunidad del manejo. Dependiendo del grado de hipoglicemia, se produce somnolencia, convulsión, letargia, debilidad,	Protocolo de control de calidad Validación frente a resultados históricos del paciente Mantenimiento de analizadores Entrenamiento del personal en las plataformas analíticas y control de calidad Aplicación de los 7 correctos del proceso de análisis	Notificación al servicio Toma de nueva muestra Revisión de la plataforma o la técnica en caso de que se requiera



Variables	Errores potenciales	Ejemplos de analitos que pueden verse afectados	Mitigación de posibles errores
I. Preparación d	del paciente para la prueba	////////	///
	Algunos analitos se ven afectados por el estado nutricional o la comida debido al cambio en el nivel del analito o la interferencia con el procedimiento analítico.	Glucosa Triglicéridos Cuerpos cetónicos en orina pH de la orina	Asegúrese de que el pacientes este en ayuno, si es necesario. Registro alimentos en la dieta del paciente que pueden afectar los resultados de las pruebas, el tiempo transcurrido desde la última comida o suplemento dietético y la recogida de la muestra.
Estado nutricion la dieta	nal y		

2do. Congreso Internacional para la Acreditación en el Sector Salud



MODULOIII



TECNICAS PARA VALORACIÓN DEL RIESGO



Técnicas y Herramientas





Identificación

Análisis

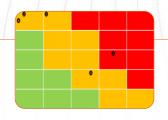
Evaluación del riesgo

HERRAMIENTAS PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO











EPO-HAZOP **AMEF**

AMEFC

MAPA CALÓRICO INDICADORES DE GESTIÓN



TÉCNICAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO

Identificación

Análisis

Evaluación del riesgo

Métodos para el análisis del riesgo



Cualitativos define:

Consecuencia, la probabilidad y el nivel de riesgo por **niveles**:

- "Alto", "medio" y "bajo"
- * Consecuencias y probabilidades = Evaluación VS
 Nivel

Definir términos y criterios

Semicnantitativos ntiliza: logarítmica)

Cuantitativos

Valores prácticos para:

Consecuencia y probabilidad = Nivel del riesgo

IMPORTANTE

Reconocer niveles de riesgo

2do. Congreso Internacional para la Acreditación en el Sector Salud





Estudios de peligro y operatividad

Es un proceso general de <u>identificación</u> de riesgos para definir las desviaciones posibles con respecto al desempeño previsto o esperado.

- Es una técnica cualitativa.
- Utiliza un sistema basado en revisión de cada paso del proceso operativo (Diseño, proceso, procedimiento o sistema) para revisar si se cumple
- Se valora la criticidad de las desviaciones.
- Generalmente se realiza por equipo multidisciplinario





Proceso

Elementos de entrada

Información actual del sistema.

Proceso o procedimiento que se revisa.

Intensión y desempeño de las especificaciones del diseño del proceso.

Proceso

Análisis de cada parte del proceso o procedimiento

Descubre las desviaciones de cada parte vs el desempeño previsto (BRECHA)

Elementos de salida

Documento de las reuniones con:

- * Desviaciones encontradas
- * Causas posibles
- * Acciones para tratar el problema(s)
- * Responsable de la acción



HAZOP-EPO



PROCESO	ACTIVIDAD	NUDO	PALABRA GUIA	DESVIACION DE LA VARIABLE	POSIBLE CAUSA	CONSECUENCIAS	CONTROLES Y SU EFICACIA	ACCIONES A TOMAR
		CENTRIFUGACION DE LAS MUESTRAS	NO					
			INVERSO					
PREANALITICO	ACONDICIONAMIENTO Y PREPARACION DE LA MUESTRAS		MAS	VELOCIDAD				
	WOLD IN S		MENOS		1		1	
			OTRO		1			





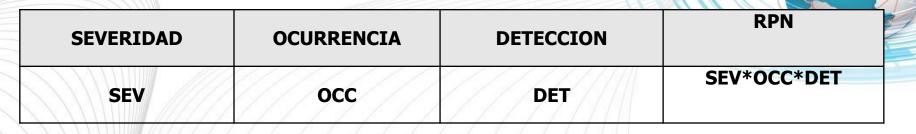
Análisis del modo y efecto de la falla

Es una técnica que identifica los modos y los mecanismos de la falla y sus efectos.

- Identifica:
 - Modos de falla potencia
 - Efectos de la falla
 - Mecanismo de la falla
 - Como evitar las fallas y/o mitigar sus efectos.







SEVERIDAD			OCURRENCIA		DETECCION
No hay Efecto	1	1	Falla improbable	5	No existe ninguna técnica de control
Efecto Moderado	3	3	Falla medianamente probable	3	Los controles tienen una mediana eficacia
Efecto alto - peligroso	5	5	Falla casi segura	1	los métodos probaron que detectaron la falla



		TABLA	A 2. AMEF (ANA	LISIS MODO EFEC	TO FALLA)				
Proceso/ procedimiento/ actividad	Clasificación Del Riesgo	Modo de falla potencial	Efecto de falla potencial	Causas Potenciales De Falla	Controles Actuales	SEV	осс	DET	NIVEL DE PRIORIDAD DEL RIESGO O RPN INICIAL
GESTION DE CALIDAD	RIESGO OPERATIVO	Falta de gestión de los eventos adversos presentados	No se realiza el análisis de cuasas que origina el evento y no se toman las acciones correctivas requeridas para mitigar el error	No se tiene establecida la responsabilidad en el análisis de EA No están capacitados en análisis y gestión de EA.	Existe un procedimiento documentado de Gestión de eventos adversos	5	3	5	75
TALENTO HUMANO		No realización de las capacitaciones programadas	No se capacite al personal en los temas requeridos por la organización	Deficiente planificación de las actividades de capacitación sin definición de responsables y recursos	Cronograma de capacitación	5	5	5	125



D) MAPA CALORICO

Matriz de consecuencia y probabilidad

Es un medio de combinar calificaciones cualitativas y semicuantitativas de las consecuencias y las probabilidades para producir un nivel de riesgo o una calificación del riesgo



☐ Alto

☐ Grave

□ <u>Medio</u>

□ <u>Bajo</u>

EVALUACION DEL RIESGO:

Matriz de Consecuencia y Probabilidad

			CONSECUENCI	A	
		l Catastrófico	II Critico	III Marginal	IV Remoto
	A Frecuente	?			?
	B Probable	Valor Critico informado a otro Paciente		?	
PROBABILIDAD	C Ocasional	Contenedor etiquetado con datos de otro paciente.	Paciente Desinformado a la T. de muestra. Muestra Contaminada (infusión intravenosa)	Muestra: Coagula Muestra Hemolizada	Contenedor sin protección de la luz
	D Remoto		?		
	E Improbable			?	



F) INDICADORES

En términos generales, un indicador es una síntesis de variables o una serie estadística seleccionada o construida, con el fin de mostrar aspectos relevantes.

Los indicadores se constituyen de acuerdo a su clasificación, en una herramienta para evaluar la evolución de la gestión y eficiencia de las dependencias o los procesos



HERRAMIENTAS PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO

F) INDICADORES

FORMATO INDICADOR

CODIGO DEL INDICADOR	ACG-1							
NOMBRE	EFICACIA DE LA GESTIÓN DE RIESGOS RIESGOS							
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD							
JUSTIFICACION	EVALUAR LA EFICACIA DE LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS Y GESTIONADOS							
RESPONSABLE	GESTOR DEL RIESGO							
FECHA DE ACTUALIZACION	12/10/2017							
BIBLIOGRAFIA NORMA ISO 9001:2015								
	DEFINICION OPERACIONAL DEL INDICADOR							
NUMERADOR	RIESGOS NO MATERIALIZADOS POR PROCESO							
DENOMINADOR	TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS Y GESTIONADOS POR PROCESO							
UNIDAD DE MEDICION	PORCENTUAL							
FACTOR	100%							
FORMULA DE CALCULO	(RIESGOS NO MATERIALIZADOS POR PROCESO/TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS Y GESTIONADOS POR PROCESO)*100							
PERIODICIDAD	SEMESTRAL							



HERRAMIENTAS PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO

F) INDICADORES

VARIABLES								
	NUMERADOR DENOMINADOR							
ORIGEN DE LA INFORMACION	AMEF	AMEF						
FUENTE PRIMARIA	AMEF	AMEF						
	ANALISIS							
1.CUANTIFICAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS POR PROCESO 2. CUANTIFICAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS, GESTIONADOS Y MATERIALIZADOS 3. DESCRIPCIÓN BREVE DE LOS RIESGOS MATERIALIZADOS 4. PROCESO CON MAYOR GESTIÓN EFICAZ DE LOS RIESGOS 5. PROCESO CON MENOR GESTIÓN EFICAZ DE LOS RIESGOS 6. SUGERENCIA DE ACCIONES A TOMAR:								
META - ESTANDAR	90,0%							
UMBRAL NO ACEPTABLE	80,0%							
	USUARIOS DEL INDICADOR							
ORGANIZACIÓN	COMITÉ DE CALIDAD - REPRESENTA	ANTE DEL SGC						



HERRAMIENTAS PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO

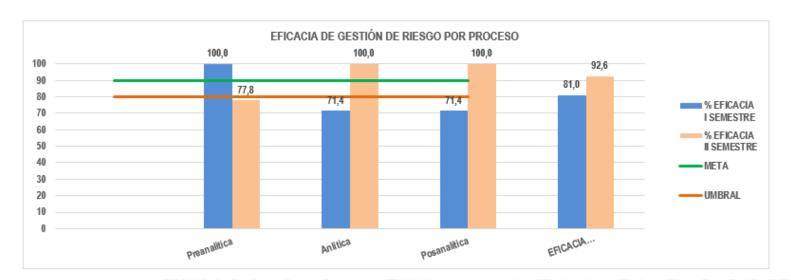
F) INDICADORES



ď	EFICACIA DE LA GESTION DE RIESGOS RIESGOS								
	QUE PROCESO CONTROLA	GESTIÓN DE CALIDAD	FRECUENCIA DE ANÁLISIS	SEMESTRAL					
	CALCULO MATEMÁTICO (FORMULA MATEMATICA)	,		DIAGRAMA DE BARRAS					
	META	90%	UMBRAL DE DESEMPENO NO ACEPTABLE	80%					

		SEMES.	% EFICACIA I SEMESTRE	
	PROCESO	RIESGOS NO RIESGOS MATERIALIZADOS IDENTIFICADO		
				TOLINLOTINE
	Preanalitica	7	7	100,0
	Anlítica	5	7	71,4
	Posanalítica	5	7	71,4
	EFICACIA GLOBAL	-		81,0

IMR	SEMEST	% EFICACIA	
RAL	RIESGOS NO MATERIALIZADOS	RIESGOS IDENTIFICADOS	II SEMESTRE
80	7	9	77,8
80	9	9	100,0
80	9	9	100,0
80	-		92,6





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.



NOMBRE

PROPORCIÓN DE MUESTRAS CORRECTAMENTE IDENTIFICADAS.

JUSTIFICACIÓN

Tanto en servicios ambulatorios como hospitalarios, existe la posibilidad de que sean mal etiquetas 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.



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.

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.

2do. Congreso Internacional para la Acreditación en el Sector Salud



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.



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.

2do. Congreso Internacionaliparacla Acreditación en el Sector Salud







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.

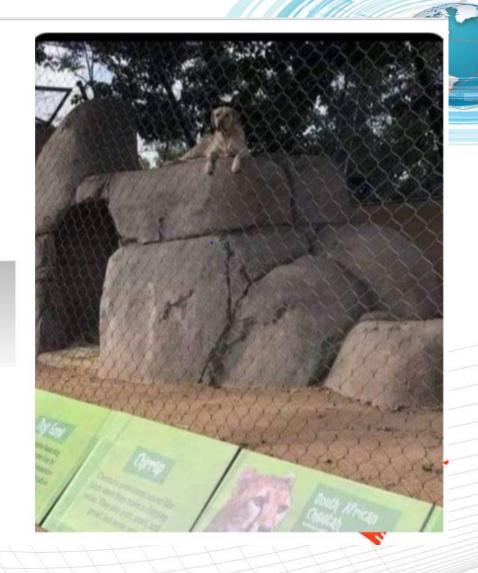
DENOMINADOR

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





Cuando no cumple el perfil, pero viene recomendado...







RACIAS

2do. Congreso Internacional para la Acreditación en el Sector Salud