

Especialización en Administración Hospitalaria

Trabajo Final de Especialización

Autora: Gladys Posse

DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE ERRORES PREANALÍTICOS EN EL SERVICIO DE LABORATORIO DEL HOSPITAL PROVNCIAL HÉROES DE MALVINAS

2014

Citar como: Posse, G. (2014). Disminución del número de errores preanalíticos en el servicio de laboratorio del Hospital Provncial Héroes de Malvinas. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Índice de contenidos

1. Resumen ejecutivo	3
2. Introducción	5
3. Marco conceptual	8
4. Problema	10
5. Objetivos	18
6. Análisis de situación y diagnóstico estratégico	19
7. Actividades y cronograma	20
8. Mecanismo de evaluación	23
9. Conclusiones	23
10. Bibliografía	24
11. Anexos	25

1. Resumen ejecutivo

- Resultados esperados

Este Proyecto de intervención se propone contribuir a la mejora de la calidad del Servicio de Laboratorio del Hospital Héroes de Malvinas de la localidad de Merlo, provincia de Buenos Aires.

Su implementación brindará un fortalecimiento institucional al mejorar el proceso de solicitud de exámenes de laboratorio y entrega de resultados de CCEE.

Al finalizar el mismo existirá una reducción del 60% de los errores preanalíticos lográndose incrementar muchísimo más este porcentaje cuando este mismo proyecto se extienda a mejorar el proceso de solicitud de exámenes de laboratorio y entrega de resultados procedentes de internación y urgencias.

Además se habrá logrado la capacitación del 100 % del personal administrativo del Servicio de Laboratorio

- Beneficiarios

Todos los pacientes que concurran al Servicio de Laboratorio del Hospital Héroes de Malvinas, se beneficiarán de la mayor calidad del procedimiento de solicitud y entrega de resultados de CCEE.

Contarán con información detallada escrita y brindada en forma oral para la toma de cualquier muestra biológica que deban realizar, como así también sobre la preparación y condiciones en las que deben asistir a la realización de una extracción de sangre en el laboratorio.

Y los profesionales médicos que podrán acceder a la información que requieran de cada uno de sus pacientes con calidad y sin demoras.

- Necesidades de financiamiento

El desarrollo del proyecto implica disponer de recursos para desarrollar las actividades de capacitación que insumirán 72 horas cátedra de nivel superior, con un costo estimado de 6000\$, las cuales pueden ser financiadas por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a través del pago de un profesional bioquímico.

El mismo debería cumplir con la tarea de capacitación de administrativos de lunes a sábados durante una hora y media por día, durante dos meses para permitir que se pueda dictar el curso en el horario de trabajo de los administrativos en forma alternativa de modo de no afectar el normal funcionamiento del Servicio. (Anexo 6)

- Conclusiones generales

El presente proyecto de intervención es un proyecto social cuyo principal impacto es mejorar la calidad del Servicio de Laboratorio del Hospital Héroes de Malvinas, reduciendo el número de errores preanalíticos y por ende mejorando la satisfacción de los pacientes que requieren el máximo de seguridad en la realización de sus estudios. El proyecto se basa en cumplir con la misión del Servicio de Laboratorio que tiene por objeto brindar su servicio con calidad y respetando el derecho a la salud de los pacientes. (Anexo 1 y 2)

- Palabras clave

Errores preanalíticos. Mejora de la calidad. Indicadores de calidad

2. Introducción

- Organización que presenta el proyecto

El Hospital Zonal General de Agudos “Héroes de Malvinas” inaugurado el 20 de junio de 1996, se encuentra ubicado en el Partido de Merlo en la zona oeste del Gran Buenos Aires.

Su área programática posee una población de 528.494 habitantes, según censo 2010 con una tasa de crecimiento anual del 12,4 %, tasa de natalidad del 21,0 %. Y una pirámide poblacional estacionaria con un 9,35% entre los 0-4 años, 9,1% entre los 5-9 años, 9,26% entre los 10-14 años, 64,65% entre los 15-64 años y 7,73% con más de 65 años. Además del 10% bajo la línea de pobreza, el 3,0% bajo la línea de indigencia (censo 2003-2011) y el 23,4% con NBI, solo el 43,3% tiene acceso a agua potable y el 18,9% a la red cloacal según censo 2001 estos últimos datos.

Hay 30 Unidades Sanitarias distribuidas en todo el distrito, sin internación. Dos de ellas cuentan con guardia permanente de clínica médica (U. S. Nº 38 y CIC. Santa Marta) y U. S. Nº 11 guardia diurna ubicadas en Mariano Acosta Libertad y centro del Parque San Martín respectivamente.

Cuenta con 170 camas, repartidas en 40 camas de internación en maternidad, 31 camas de internación en neonatología (divididas en; terapia 8 camas, intermedia 9 camas y cunero 14), 20 camas de pediatría, 10 camas de terapia intensiva (polivalente), 40 camas de cuidados progresivos, 20 camas de cuidados mínimos y 9 camas de internación en guardia. Una dotación de personal de 414 empleados.

En cuanto a la producción anual registrada es de 173.014 consultas anuales y 6.298 egresos Hospital Provincial (Fuente Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires año 2007).

Es un hospital materno-infantil, atiende patología aguda de adultos y pediátricas; desde un principio fue y es receptor de gran afluencia de pacientes obstétricas, con lo que mantiene un promedio en estos últimos años de 10 a 12 partos diarios (dato 2012) y es el único hospital público de la zona que tiene helipuerto.

La Visión del Hospital es alcanzar una Atención Especializada de alta calidad, adaptándose de forma continua a los cambios del entorno a través de la formación, investigación, desarrollo de recursos humanos (RRHH) y la tecnología, promoviendo la participación de la Comunidad a la que sirve, para que el Hospital sea ejemplo de eficacia, eficiencia y equidad.

Y la Misión es ser un Hospital Zonal en la Región sanitaria VII que proporciona una Atención general de agudo y enfermedades prevalentes, en adultos y pediatría; y hospital cabecera de alta complejidad en el área materna infantil. Además de ser un Hospital escuela Universitario de pre y pos grado, y fomentar la investigación en todas las áreas.

El Organigrama Funcional Actual del hospital (Anexo 3) es el siguiente:

Consejo de Administración, Director Ejecutivo con tres Directores asociados y un Director Administrativo.

Jefe del Servicio de Clínica Medica, del Servicio de Clínica Quirúrgica, del Servicio Materno –Infantil, con sus Jefes de Guardia, de Sala de Clínica Medica, de UIC de Salud Mental, de Sala de Clínica Quirúrgica, de Sala de Ortopedia y Traumatología, de Sala de Odontología y Cirugía MF, de Sala de Ginecología, de UIC de Neurocirugía, de Sala de Obstetricia, de Sala de Neonatología y de Sala de Pediatría.

Jefe del Servicio de Laboratorio

Jefe del Servicio de Diagnostico por imagines

Jefe del Servicio de Anatomía Patológica

Jefe de UIC de Cuidados Intensivos

Jefe de UIC de Cuidados Intensivos Cardiológico

Jefe de UIC del Centro Quirúrgico Obstétrico

Jefe de UIC de Nutrición

Jefe de UIC de Kinesiología

Coordinador de Enfermería

Jefe de Sala de Hemoterapia

Jefe de UIC de Asistencia Social

Jefe de Farmacia y Esterilización

Jefe de Mantenimiento

Jefe de Electromedicina

Jefe de Compras

Jefe de Limpieza

Jefe de Seguridad

Jefe de Ropería

Jefe de Cocina

En cuanto a los logros: y considerando a la salud un componente esencial del desarrollo social y su cuidado, un instrumento eficaz de equidad y justicia social, se ha desarrollado un Plan estratégico para reducir las brechas en los cuidados de salud, optimizar los recursos que no son demasiado abundantes y recomponiendo uno de los principales actores, los RRHH para fortalecer la cobertura asistencial.

Cabe mencionar también que posee un diagnóstico de salud desde el 2012 y un Plan estratégico de salud que comprende el período 2012-2013

La financiación del hospital es por partidas presupuestaria del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, SAMO, Plan Nacer, Plan Sumar y recaudación de Asociación Cooperadora del hospital.

- Justificación (de la intervención propuesta)

El Servicio de Laboratorio tiene una producción de 86.000 pacientes atendidos y 820.000 prácticas anuales realizadas. Atiende a pacientes adultos y pediátricos de consultorios externos, internación y urgencias, además de la demanda de pacientes de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) vecinos, ubicados dentro de los límites geográficos de su área programática, dependientes de la municipalidad del partido de Merlo, provincia de Buenos Aires.

Trabaja en forma interdisciplinaria dentro del Sistema de Salud, con una misión enfocada en la mejora continua y de la calidad. Para lograr el objetivo final que es brindar la mejor prestación de servicios de cuidados de la salud con equidad, eficacia y calidad, por ello una necesidad importante es reducir al máximo los errores preanalíticos, y entre otras cosas se requiere disponer de datos fehacientes de todos los pacientes asistidos e identificar los principales errores preanalíticos que se comenten.

Se realizaron registros de la cantidad de órdenes ilegibles resultando 20% por mes y de ordenes sin número de documento o historia clínica que permitan una identificación correcta del paciente, siendo estas un 30% por mes, evidentemente estos datos registrados indican claramente una problemática actual de la cual surge una necesidad de actuar sobre ella a fin de reducir su ocurrencia.

Es relevante lograr una reducción de estas fallas en las ordenes de prácticas realizadas por los profesionales médicos, que estimada en un 80% evitaría gran parte de los errores preanalíticos.

Además de lo mencionado se suma un registro de muestras mal tomadas y que requieren nueva extracción o nueva recolección por parte de los pacientes que asciende a un 20% por mes, lo que habla de una urgente necesidad de solución, su reducción no solo permitirá mejorar la satisfacción de los pacientes sino de los médicos tratantes y colaborará de manera directa con el Sistema de Gestión de la Calidad que se ha comenzado a implementar en el Servicio de Laboratorio.

Todas las acciones correctivas que podamos lograr tendrán un importante valor agregado en la contribución a la reducción de los costos relativos a gastos extra de insumos de extracciones y tubos de recolección de muestra y permitirán garantizar la calidad de la información que proporciona el laboratorio sobre el estado de salud de los pacientes.

Finalmente se pueden pensar como principales obstáculos a enfrentar, la reducida predisposición del personal a incorporar determinadas normas de procedimientos para mejorar la toma de muestra, participar de capacitaciones como asistentes o docentes, pero estas dificultades con un adecuado diálogo y presentación de los beneficios a lograr reduciendo los errores, y ayudando a la mejora continua, pueden ser superados y llegar a no constituir un verdadero obstáculo.

Lo que no es lo mismo a nivel de la correcta y legible confección de las ordenes de exámenes de laboratorio por parte del hegemónico plantel médico, esto verdaderamente constituye una dificultosa meta a lograr.

3. Marco conceptual: marco teórico y/o referencial

Desde su creación en 1946 el Colegio Americano de Patólogos (CAP) ha llamado la atención sobre los errores en la patología y la medicina de laboratorio y ha contribuido a reducir y/o eliminar los errores que se producen, formulando programas en todo el mundo que han mejorado el rendimiento analítico de cada prueba. Luego para todos los laboratorios surgieron las normas y programas de certificación (ISO 9000:2000) y de acreditación (ISO 15189) en donde comenzaron a fomentar el interés y el control de la fase preanalítica. (3)

Haciendo historia, desde sus comienzos hace años a fines del siglo XIX, con los gráficos de Shewhart, inicia el control de calidad basado en el producto, arribamos a la década del '50 (1951-1960) con el aseguramiento de la calidad en donde ya no era suficiente controlar solo el producto final, sino que se cumplía con los estándares Normas ISO: 9000:2000 (9), con la prevención de errores centrados en las preferencias del cliente y finalmente llegamos a la calidad total y a la mejora continua de la calidad actuales de mediados del siglo XX basándose en el cliente, con participación y trabajo en equipo de todo el personal del Servicio y la mejora y aprendizaje continuo.(8)

De todos los estudios realizados, muchos han avanzado en la mejora de la etapa analítica pero hay mucho por realizar en la etapa pre y post analítica. Hay un conjunto de procesos que hay que definir y acotar a la hora de desarrollar el análisis y planificación para reducir errores que se producen en todas estas etapas. Los errores preanalíticos constituyen hoy en día un importante porcentaje a tener en cuenta en la mejora de la calidad. Y muchas veces ocurre que se ponen de manifiesto en la fase analítica y post analítica. (1)

Durante las últimas cuatro décadas, los errores analíticos han disminuido considerablemente pero los de la fase preanalítica, en cambio, se han incrementado, con un impacto negativo que influye en un 60-70% de las decisiones clínicas. Por ello es importante mejorar los procesos de la etapa preanalítica y disminuir la ocurrencia de errores. Algunos autores relatan que un 6,5 % de los errores preanalíticos eran por incorrecta identificación del paciente antes de obtener la muestra (4)

La aplicación de los conceptos de gestión de la calidad total a las pruebas de laboratorio requiere que el proceso total incluyendo las etapas pre y post analíticas, se gestione a fin de reducir o idealmente eliminar todos los defectos dentro del proceso. Los errores preanalíticos que son los que nos ocupan principalmente en este proyecto de intervención, se identifican en diversos trabajos de la literatura y oscilan en valores que van desde un 55% (2), 68,2% (6), 70% (5) y 72% (11).

La promoción del control de calidad y la mejora continua incluyendo fases preanalíticas y post analíticas es un requisito previo para un servicio eficaz de laboratorio y de acuerdo a la misión propia del mismo.

Además resulta de importancia estratégica para el hospital, que el Servicio de Laboratorio mejore la calidad, promueva activamente la participación del personal en la mejora de la identificación de los pacientes, en la correcta atención de los mismos y en

la resolución de problemas de calidad. Que facilite la capacitación de todo personal pertinente del Servicio para favorecer el programa de mejora continua de la calidad, que permita lograr orientar todos los esfuerzos hacia la cobertura de las necesidades de los pacientes garantizando su satisfacción. (7) Y logrando hacer las cosas bien, para que se beneficie el paciente en su calidad de vida, alcanzando los objetivos de mejora en la salud a través de prácticas efectivas optimizando la utilización de los recursos que posee el laboratorio y brindando un servicio a todos los pacientes por igual sin discriminaciones. Es decir realizando todas sus actividades con eficacia, eficiencia y equidad tal como lo manifiesta su misión que está de acuerdo con la de la Institución.(8)

4. Problema

- Análisis del problema

Definición del problema e identificación de indicadores

Elevado número de errores preanalíticos en el Servicio de Laboratorio del Hospital Provincial Zonal de Agudos Héroes de Malvinas de la localidad de Merlo, provincia de Buenos Aires.

Los errores preanalíticos observados son:

- 1) Errores en la identificación de los pacientes por ilegibilidad, falta de nombre y apellido completo y/o número de documento o historia clínica que lo identifican inequívocamente.
- 2) Necesidad de tomar nuevas muestras ya sea porque la extracción fue dificultosa o porque no se realizó en el tubo adecuado o la cantidad remitida no es la correcta o el paciente no era el correcto pues la orden fue mal identificada o no era la determinación solicitada por ilegibilidad de la solicitud.
- 3) Muestras mal recolectadas por falta de preparación del paciente o preparación inadecuada del mismo por no cumplir con las instrucciones de recolección de la muestra biológica adecuada.

Indicadores

$$\frac{\text{Nº mensual de órdenes con errores de identificación de paciente}}{\text{Nº total de órdenes ingresadas mensualmente}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº mensual de nuevas extracciones por falta de preparación del paciente en CCE}}{\text{Nº total de extracciones realizadas mensualmente en CCE}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº mensual de muestra mal recolectadas provenientes de salas de internación}}{\text{Nº muestras totales mensuales provenientes de salas de internación}} \times 100$$

Este último indicador discriminado en: Guardia, Obstetricia, Partos, Cuidados mínimos, Cuidados progresivos, Terapia intensiva, Neonatología y Pediatría. A fin de identificar el lugar donde más se producen y posteriormente iniciar la etapa correctiva.

Descripción del problema y sus consecuencias

En el Servicio de Laboratorio del Hospital Zonal General de Agudos Héroes de Malvinas, situado en la localidad de Merlo y perteneciente a la región sanitaria VII de la Provincia de Buenos Aires, durante el año 2012 (desde el 1 de enero al 31 de diciembre) se

registraron mensualmente un 30% de ordenes sin número de documento o historia clínica dato que brinda la identificación correcta del paciente y 20% de ordenes con ilegibilidad de nombre y apellido de los paciente.

El número de solicitudes de exámenes de laboratorio es un promedio 7000 mensuales llegando alrededor de 86.000 al año.

Además hay registros de un 20% mensual de muestras mal tomadas y que requieren nueva extracción o nueva recolección por parte de los pacientes ante una inadecuada preparación. Más precisamente durante el año 2013 desde el 1 de enero al 31 de marzo se realizó un registro más detallado sobre todo en lo que respecta a ordenes mal identificadas lo que arrojó un dato muy interesante, solo 5% de las ordenes presentaron errores de identificación de paciente durante el turno mañana (desde las 7 hs hasta las 13 hs) y este porcentaje se incrementó a un 40% durante el turno tarde y noche, principalmente en pacientes de guardia y en pacientes internados.

En mi carácter de Jefe del Servicio de laboratorio y frente a estos datos registrados que indican la existencia de un problema sobre el cual es necesario actuar para reducir su ocurrencia, es que me propongo analizar todos los aspectos del mismo a fin de iniciar medidas correctivas en los diversos niveles del proceso preanalítico.

Los principales actores involucrados son los pacientes que se ven afectados y los médicos quienes no reciben los resultados de algunas determinaciones que solicitaron por muchos de estos errores preanalíticos y que además en su posición muchas veces hegemónica no visualizan aun la importancia que tienen estos datos y la relevancia de solucionar el problema. Además de lo mencionado, constituye un problema que impide cumplir totalmente con la misión del Servicio, pues generan ineficiencia, baja calidad e insatisfacción en los pacientes, metas claramente expuestas en la misma.

Las consecuencias del mismo principalmente como ya se mencionó es la insatisfacción del paciente, pues deben ser sometidos a nuevas punciones venosas para realizar el análisis correcto o deben recolectar nuevamente alguna muestra biológica debido a una indicación oral poco clara y también insatisfacción del médico que debe aguardar más tiempo para obtener resultados que necesita para realizar una toma de decisión clínica.

Los errores preanalíticos son todos los errores que se producen durante la fase preanalítica constituida por la secuencia de acontecimientos que suceden antes que la muestra sea sometida al proceso de análisis propiamente dicho.

Durante muchos años la etapa analítica constituyó la mayor fuente de errores en el laboratorio, pero la mejora tecnológica ha cambiado esa realidad y actualmente la fase preanalítica pasó a ser la mayor proveedora de errores en el laboratorio y por lo tanto es considerada la fase más crítica del proceso y sobre la que hay que dedicar mucho más tiempo a fin de lograr mejorarla.

Por lo mencionado es importante minimizar los errores en esta fase, controlar los procedimientos desde que el médico solicita el análisis hasta que la muestra en condiciones aptas para su estudio, ingresa al proceso de análisis.

Hay diversos factores que pueden influir en la calidad de la muestra y que han de influenciar en los procesos, pero lo más importante es que inicialmente el laboratorio disponga de los datos completos del paciente, número de documento o historia clínica, edad, sexo, condiciones de extracción, diagnóstico presuntivo, factores fisiológicos, ya que en base a estos datos primero, nos aseguramos fehacientemente la identidad de la

persona a quien se le van a realizar los estudios y luego se validará o rechazarán los resultados posteriormente obtenidos de las muestras procesadas.

La orden de pedido de análisis es el comienzo del proceso y es la acción por medio de la cual se provee al laboratorio de la información necesaria para llevar a cabo la labor. De la calidad de esta orden va a depender el resto de los procesos pues si el nombre y apellido del paciente es ilegible o sus datos no están completos el proceso final es ineficiente por más tecnología o calidad puesta en la realización del proceso analítico. Los resultados deben corresponder inequívocamente al paciente indicado y todos los datos del mismo que pudieran afectar a esos resultados deberían haber sido brindados en esa orden de prescripción de análisis.

La identificación correcta del paciente asegura trazabilidad en los resultados obtenidos y permite correlacionar con datos de antecedentes del mismo durante el análisis de los resultados, brinda satisfacción de ambos usuarios interno (médico solicitante) y externos (pacientes).

Las muestras mal recolectadas requieren reiteración del proceso de obtención con nuevas venopunciones en casos de muestras de sangre o nuevas recolecciones por parte de los pacientes que generan insatisfacción.

Muchas determinaciones presentan diferentes valores de referencia según la edad y el sexo y son fundamentales para poder interpretar los resultados obtenidos. El peso y la altura son datos indispensables para calcular correctamente el clearance de creatinina. Condiciones como el embarazo que provoca un efecto de "dilución" por aumento del volumen plasmático lo cual afecta a muchas determinaciones y en otras produce incremento. Los ciclos biológicos son importantes de informar si se solicitan determinaciones de hormonas sexuales o respetar el horario de extracción en otras afectadas por el ritmo circadiano como el cortisol.

Otros factores preanalíticos influyen en la toma de muestra, como el ayuno adecuado, el tiempo de aplicación del torniquete no superior a 1-2 minutos para evitar hemoconcentración con el aumento de determinados parámetros, pacientes con sueros terapéuticos a los que se les debe extraer la muestra del brazo opuesto al que tiene la infusión, el ejercicio intenso previo a la toma de muestra puede alterar valores de CK, lactato o PSA, el uso adecuado de anticoagulantes según la determinación a realizar: EDTA para hematimetría, Citrato para coagulación básica, Heparina de litio para determinaciones químicas de guardia, sin anticoagulante para otras determinaciones séricas. Conocer la sal del anticoagulante (Na o K) para advertir las interferencias en ciertos parámetros, mantener la proporción adecuada entre la cantidad de sangre y el anticoagulante ya que de lo contrario se invalida la muestra. Conocer los fármacos que se le están suministrando al paciente pues hay muchos analitos que son afectados por los medicamentos.

Todo lo mencionado previamente valida la necesidad que existe en el laboratorio que todos los datos mencionados sean provistos en las solicitudes médicas, de modo claro y legible, sin embargo en el ámbito hospitalario se cuestiona demasiado al respecto y no se cumple en su mayoría.

Análisis de las causas

Las causas que generan el problema son tres (Anexo 4):

- 1- Baja calidad del proceso de recepción de solicitudes y entrega de resultados de laboratorio del hospital Héroes de Malvinas, procedentes de consultorio externo (CCEE), internación y urgencias.
- 2- Baja competencia del recurso humano administrativo, técnico y de enfermería.
- 3- Falta de horas administrativas, técnicas, bioquímicas y de enfermería.

Como el proceso de recepción de solicitudes y entrega de resultados resulta el más complejo y sustancial a la hora de analizar el problema, es al cual me abocaré. El mismo tiene tres procedimientos según sea la procedencia de los pacientes, con actividades similares pero donde intervienen diversos actores. Los procedimientos de acuerdo a su procedencia son de consultorios externos, de internación y de urgencias. Por lo mencionado analizaré el proceso de recepción de solicitudes y entrega de resultados de consultorios externos, ya que los otros dos tienen actividades comunes lo cual es beneficioso a la hora de poner en marcha la mejora.

- a) Emisión de solicitudes de exploraciones cuyos responsables son los profesionales médicos de consultorios externos.

Indicador:

$$\frac{\text{Nº mensual de solicitudes de exploración de paciente ilegibles}}{\text{Nº total de solicitudes ingresadas mensualmente}} \times 100$$

Este indicador al extenderlo con posterioridad a los otros dos procedimientos sería más adelante discriminado en: CCEE, Urgencias, Obstetricia, Partos, Cuidados mínimos, Cuidados progresivos, Terapia intensiva, Neonatología y Pediatría.

$$\frac{\text{Nº mensual de solicitudes de exploración de paciente sin identificación}}{\text{Nº total de solicitudes ingresadas mensualmente}} \times 100$$

Entendiéndose por identificación como el Nombre y Apellido, su DNI o Nº de Historia Clínica.

Este indicador al igual que el anterior también sería más adelante discriminado en: CCEE, Urgencias, Obstetricia, Partos, Cuidados mínimos, Cuidados progresivos, Terapia intensiva, Neonatología y Pediatría.

- b) Recepción de las solicitudes de exámenes y entrega de turnos (en CCEE) siendo responsables el personal administrativo del laboratorio.

Indicador:

$$\frac{\text{Nº mensual de solicitudes de exploración de paciente mal ingresadas al SIG}}{\text{Nº total de solicitudes ingresadas mensualmente al SIG}} \times 100$$

SIG: sistema informático de gestión en el laboratorio

c) Entrega de indicaciones para la preparación del paciente, de acuerdo a las determinaciones solicitadas en la orden médica.

Indicador:

$$\frac{\text{Nº mensual de nuevas extracciones por falta de preparación del paciente en CCE} \times 100}{\text{Nº total de extracciones realizadas mensualmente en CCE}}$$

$$\frac{\text{Nº mensual de muestra mal recolectadas provenientes de CCEE} \times 100}{\text{Nº muestras totales mensuales provenientes de CCEE}}$$

Este indicador también sería más adelante discriminado en: Urgencias Obstetricia, Partos, Cuidados mínimos, Cuidados progresivos, Terapia intensiva, Neonatología y Pediatría.

d) Registro de solicitudes y programación de las determinaciones a cargo del personal administrativo, técnico y bioquímico del laboratorio (según se trate de CCEE, internación o guardia).

Indicador:

$$\frac{\text{Nº mensual de repeticiones de toma de muestras en CCE} \times 100}{\text{Nº total de extracciones realizadas mensualmente en CCE}}$$

e) Emisión de etiquetas

Indicador:

$$\frac{\text{Nº mensual de re-etiquetado de muestras}}{\text{Nº total de muestras etiquetadas mensualmente}} \times 100$$

Este indicador también sería más adelante discriminado en: CCEE, Urgencias, Obstetricia, Partos, Cuidados mínimos, Cuidados progresivos, Terapia intensiva, Neonatología y Pediatría.

f) Aplicación de las etiquetas para identificación de las extracciones.

$$\frac{\text{Nº mensual de muestras mal etiquetadas}}{\text{Nº total de muestras etiquetadas mensualmente}} \times 100$$

Este indicador también sería más adelante discriminado en: CCEE, Urgencias, Obstetricia, Partos, Cuidados mínimos, Cuidados progresivos, Terapia intensiva, Neonatología y Pediatría.

- g) Confirmación y registro de la llegada de los pacientes y verificación de la condición para realizar el examen.

Indicador:

$$\frac{\text{Nº mensual de extracciones a pacientes que no presenta DNI en CCE}}{\text{Nº total de extracciones a pacientes realizadas mensualmente en CCE}} \times 100$$

- h) Llamada y traslado de pacientes al sillón de extracciones o verificación en la cama de internación según la procedencia de la solicitud.

Indicador:

$$\frac{\text{Nº mensual de pacientes que ingresan por error de llamado a extracción en CCE}}{\text{Nº total de extracciones a pacientes realizadas mensualmente en CCE}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº mensual de pacientes que dejan la orden y se van sin extracción en CCE}}{\text{Nº total de extracciones a pacientes realizadas mensualmente en CCE}} \times 100$$

- i) Realización de la extracción.

Indicador:

$$\frac{\text{Nº mensual de repeticiones de toma de muestras por hemólisis en CCE}}{\text{Nº total de extracciones realizadas mensualmente en CCE}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº mensual de repeticiones de toma de muestras coagulada en CCE}}{\text{Nº total de extracciones realizadas mensualmente en CCE}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº mensual de repeticiones de toma de muestras por ser escasa en CCE}}{\text{Nº total de extracciones realizadas mensualmente en CCE}} \times 100$$

- j) Traslado de las muestras y solicitud.

Indicador:

$$\frac{\text{Nº mensual de muestra suero o sangre entera faltante en CCE}}{\text{Nº total de extracciones realizadas mensualmente en CCE}} \times 100$$

Este indicador también sería más adelante discriminado en: CCEE, Urgencias, Obstetricia, Partos, Cuidados mínimos, Cuidados progresivos, Terapia intensiva, Neonatología y Pediatría.

Como fue descripto previamente hay numerosos indicadores pues son varias etapas las que integran el procedimiento.

Para inicial el trabajo vamos a tomar principalmente los indicadores que surgen en las actividades:

a) Emisión de solicitudes de exploraciones cuyos responsables son los profesionales médicos de consultorios externos.

$$\frac{\text{Nº mensual de solicitudes de exploración de paciente ilegibles}}{\text{Nº total de solicitudes ingresadas mensualmente}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº mensual de solicitudes de exploración de paciente sin identificación}}{\text{Nº total de solicitudes ingresadas mensualmente}} \times 100$$

c) Entrega de indicaciones para la preparación del paciente, de acuerdo a las determinaciones solicitadas en la orden médica.

$$\frac{\text{Nº mensual de muestra mal recolectadas provenientes de CCEE}}{\text{Nº muestras totales mensuales provenientes de CCEE}} \times 100$$

i) Realización de la extracción.

$$\frac{\text{Nº mensual de repeticiones de toma de muestras por hemólisis en CCE}}{\text{Nº total de extracciones realizadas mensualmente en CCE}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº mensual de repeticiones de toma de muestras coagulada en CCE}}{\text{Nº total de extracciones realizadas mensualmente en CCE}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº mensual de repeticiones de toma de muestras por ser escasa en CCE}}{\text{Nº total de extracciones realizadas mensualmente en CCE}} \times 100$$

y j) Traslado de las muestras y solicitud.

$$\frac{\text{Nº mensual de muestra suero o sangre entera faltante en CCE}}{\text{Nº total de extracciones realizadas mensualmente en CCE}} \times 100$$

Análisis de los involucrados

En este sentido hay diversos actores involucrados, por un lado la Dirección ejecutiva avala la implementación de medidas mas estrictas en cuanto a la mejora del proceso de recepción de solicitudes poniendo de manifiesto la necesidad de rechazar estrictamente todas las muestras de cualquier sector que provengan sin los datos requeridos para su procesamiento, realmente este apoyo significa mucho para poder llevar a cabo la mejora en este punto. Ya que el nivel médico no está concientizado sobre la importancia de los datos en las solicitudes que confecciona y muchas veces tampoco la Jefatura médica correspondiente favorece la implementación de las mejoras, por omisión, desinterés o ausencia. Este punto tan vital al momento de

realizar las mejoras en la calidad del proceso constituirá una barrera poco permeable al cambio.

Los pacientes constituyen un aliado puesto que precisamente está en juego su satisfacción y quizás con una reforma en el modo de informar sobre la preparación y las condiciones con las que tienen que asistir al momento de realizar el estudio, se pueda llegar a lograr de modo eficaz.

La otra importante barrera es a nivel de enfermería por la reducida predisposición a incorporar determinadas normas de procedimiento para mejora en la toma de muestra. Esto se traslada en menor grado al personal técnico, bioquímico y administrativo.

5. Objetivos

- **General**

Contribuir a la mejora de la calidad del Servicio de Laboratorio del Hospital Héroes de Malvinas disminuyendo el número de errores en la etapa preanalítica.

- **Específicos**

- 1) Mejorar el procedimiento "Solicitud de exámenes de laboratorio y entrega de resultados procedente de CCEE"
- 2) Mejorar las competencias del personal administrativo del Servicio de Laboratorio.
- 3) Incrementar la oferta de horas administrativas, técnicas y bioquímicas para el Servicio de Laboratorio.

6. Análisis de situación y diagnóstico estratégico: FODA en relación al proyecto y a la intervención específica que se prevé.

Fortalezas	RRHH calificado y motivado para trabajar en equipo. Sistema Informático de Gestión de laboratorio conectado a intralab. Procesos consensuados y formalizados.
Oportunidades	Voluntad desde la Dirección ejecutiva del hospital en darle jerarquía al problema. Apoyo a la mejora de la calidad por parte de la Dirección. Realización del curso de Administración Hospitalaria por parte de la jefatura del laboratorio. Actitud positiva a la mejora de parte de administración. Quejas de los usuarios internos y externos.
Debilidades	RRHH escaso número. Alto nivel de ausentismo. Bajo nivel de capacitación en algunos integrantes. Médicos no comprenden la importancia de hacer solicitudes correctas. Baja competencia de personal administrativo, técnico y de enfermería.
Amenazas	No hay programa de calidad formal en el hospital aun. Cultura organizacional de enfermería y médica. Ministerio no visualiza la falta de RRHH Crisis económica de la Provincia de Buenos Aires. Obstáculos burocráticos para obtener los nombramientos provinciales. Falta de hardware y software actualizados y con mejoras tecnológicas por déficit presupuestario.

7. Actividades y cronograma

- Tabla de actividades de cada objetivo específico

Objetivo específico 1) Mejorar el procedimiento "Solicitud de exámenes de laboratorio y entrega de resultados procedentes de CCEE"

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	META
Emitir una normativa escrita, avalada por la Dirección con Memo a cada Jefatura médica, donde se indique la correcta confección de una solicitud de exámenes de laboratorio, con legibilidad de Nombre y Apellido del paciente, Número de Documento o Historia Clínica, sexo, edad, diagnóstico presuntivo, pedido y fecha.	Jefe del Servicio de Laboratorio y Dirección Ejecutiva	Lograr mejorar en un mes la emisión de solicitudes de exploraciones cuyos responsables son los profesionales médicos de CCEE, internación y urgencias.
Generar indicaciones escritas que avalen el rechazo de TODA orden con pedido de exámenes de laboratorio que no se presente como está normatizado.	Jefe del Servicio de Laboratorio	Lograr concientizar en un mes a TODO el personal del Servicio de Laboratorio a cumplir con la normativa de recepción únicamente de solicitudes de exámenes correctamente realizadas.
Revisar cada una de las indicaciones escritas y creación de nuevas indicaciones precisas para todos los procedimientos de toma de muestra. Con inclusión de explicación oral contendiente a reafirmar la comprensión del proceso a realizar.	Jefe del Servicio de Laboratorio y Bioquímicos de planta de cada sección especializada.	Lograr realizar en dos meses indicaciones claras para cada una de las muestras que deban ser recolectadas por los pacientes y cada una de las preparaciones que deban tener antes de realizar la extracción de sangre.
Formular indicaciones escritas sobre la necesidad de confirmar la identidad del paciente, la cantidad y tipo de tubos de extracciones que se tomarán y las condiciones de extracción antes de realizar la misma.	Jefe del Servicio de Laboratorio	Lograr concientizar en un mes sobre la importancia de la identidad y la cantidad de tubos a obtener en adecuadas condiciones.
Generar por cada orden ingresada el número exacto de tubos requeridos para cumplir con todas las determinaciones	Jefe del Servicio de Laboratorio y personal de sistemas	Lograr en un mes la eliminación de la falta de realización de alguna determinación por ser escasa la muestra o por faltar el tubo adecuado para su realización.
Generar esquemas de tipo de tubos de extracción de sangre para cada box con detalle de tapón, volumen de llenado, aditivo que posee y determinaciones que se realizan con él. (Anexo 5)	Jefe del Servicio de Laboratorio y Bioquímicos de secciones especializadas.	Lograr en un mes la erradicación de muestras mal tomadas.

Objetivo específico 2) Mejorar las competencias del personal administrativo del Servicio de Laboratorio. (Anexo6)

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	METAS
Establecer las competencias que requiere el perfil de administrativo para el Servicio de Laboratorio a capacitar.	Jefe del Servicio de Laboratorio	Lograr en un mes tener realizado el perfil con todas las competencias que requiere el puesto de administrativo en el Servicio.
Definir el programa educativo con objetivos, contenidos, metodología de capacitación, duración del curso y momento y modalidad para el dictado en el horario de trabajo.	Jefe del Servicio de Laboratorio y Docencia e Investigación.	Lograr en tres meses la definición del curso de capacitación para el personal administrativo del Servicio.
Desarrollo del curso de capacitación del personal administrativo del Servicio de Laboratorio	Jefe del Servicio de Laboratorio	Lograr en diez meses la capacitación del personal administrativo actual del Servicio.
Realizar la evaluación final de la capacitación realizada	Jefe del Servicio de Laboratorio	Lograr en un mes evaluar el resultado de la capacitación del personal administrativo del Servicio.

Objetivo específico 3) Incrementar la oferta de horas administrativas, técnica y bioquímicas para el Servicio de Laboratorio.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	METAS
Sensibilizar a decisores del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSPBA), sobre la importancia de nombramientos de administrativos, técnicos y bioquímicos para el Servicio de Laboratorio.	Jefe del Servicio de Laboratorio	Lograr en tres meses la concientización de la importancia de incorporar personal administrativo, técnico y bioquímico al Servicio de Laboratorio.
Valoración y definición de las cuestiones presupuestarias.	Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.	Imputación preventiva: dos meses
Definir el perfil de los administrativos, técnicos y bioquímicos a nombrar (titulación y competencias: conocimientos, habilidades y actitudes)	Jefe del Servicio de Laboratorio	Lograr en un mes la definición de todos los perfiles requeridos.
Definir las bases de los concursos y convocatorias para los nombramientos en los tres niveles.	Jefe del Servicio de Laboratorio Director Administrativo y Ejecutivo	Vencimiento de la convocatoria pública: un mes.

Realizar el concurso con la evaluación los antecedentes de los concursantes y definir los administrativos, técnicos y bioquímicos a nombrar para el Servicio de Laboratorio	Jefe del Servicio de Laboratorio Director Administrativo y Ejecutivo. Representante del Colegio Zonal Bioquímico	Acto del comité evaluador: un mes.
Formalización de los nombramientos	Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires	Nombramiento firmado: dos meses.
Coaching de ingreso al Servicio de Laboratorio	Jefe del Servicio de Laboratorio Personal de Coaching del Hospital	Actas del coaching: un mes.
Evaluación del desempeño de los administrativos, técnicos y bioquímicos nombrados	Jefe del Servicio de Laboratorio	Actas de las evaluaciones: un mes.

- Cronograma: diagrama de Gantt

ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Emitir normativa correct. conf. de solicitud de laboratorio															
Generar indic. escr. avalen rechazo de orden no normatizada															
Revisar cada indicación y crear nuevas															
Formular indic. escr. conf. Identidad y condic. de extracción															
Generar por cada orden numero exacto de tubos a requerir															
Generar esquema de tipo de tubos en cada box															
Establecer competencia admin.															
Definir programa educativo															
Desarrollar el curso de capacitac.															
Realizar la evaluación final															
Sensibilizar a decisores del MSPBA															
Valoración y definición de cuestiones presupuestarias															
Definir perfil de adm.,tecn y bioq.															
Definir las bases del concurso y convocatoria en los tres niveles															
Realizar el concurso con evaluación de antecedentes															
Formalización de nombramientos															
Coaching de ingreso al Servicio															
Evaluac. Desemp. de nombrados															

8. Mecanismo de evaluación

Luego de implementadas todas las actividades tendientes a mejorar la calidad del Servicio de Laboratorio disminuyendo los errores en la etapa preanalítica, se procederá a evaluar cada uno de los indicadores propuestos para cada etapa del procedimiento de Solicitud de exámenes de laboratorio y entrega de resultados procedentes de CCEE. Y se procederá a verificar el cumplimiento de cada una de las metas propuestas para lograr alcanzar cada uno de los objetivos específicos.

9. Conclusiones

La ejecución de este proyecto social de intervención le permitirá al Servicio de Laboratorio mejorar la calidad de la atención a los pacientes que asisten pudiendo cumplir las metas descriptas en su misión como lo son brindar un servicio con equidad, eficiencia, calidad y principalmente logrando la satisfacción de los pacientes y la mejora continua.

A su vez, como también se encuentra descripto en su misión, favorecer la formación continua promoviendo el desarrollo del personal e induciendo la mejora en las áreas de conocimientos y las habilidades del mismo.

Todo ello en post de brindar una mejor prestación de servicios de cuidado de la salud y asegurar la calidad de la información que proporciona a través de todas las prácticas que realiza, sobre el estado de salud de los pacientes. Pudiendo así garantizar el efectivo ejercicio del derecho a la salud por parte de los mismos y contribuyendo a la mejora de la calidad de vida y de su estado de salud.

La implementación de estas estrategias de mejora dependen principalmente de los valores, de las actitudes y del compromiso de todos los integrantes del laboratorio, y como contamos con una cultura organizacional propensa al cambio y al crecimiento, la capacitación (con la incorporación de conocimientos y nuevos hábitos de trabajo y de relación frente el paciente) mostrará resultados positivos en la mejora de la calidad de atención.

Y además la utilidad de este proyecto puede no solo limitarse al Servicio de Laboratorio del Hospital Héroes de Malvinas, sino que puede ser de variada implementación, localmente extender por ejemplo, la capacitación a enfermería, como así también extender todo el proyecto a otros equipos de trabajo de otras dependencias estatales que requieran la importante mejora de la calidad planteada.

10. Bibliografía

1. Alvarez ,Virtudes, Llopis, M Antonia, Alsina, M Jesus. (2009): "*Garantia de la Calidad de la Fase Preanalítica*"Ed. Cont. Lab. Clin. 12: 61-69
2. Etcheverry, Graciela Susana, Domínguez, Maria Virginia, Esposito, Natalia, Mayon, Paula Cecilia, Morales , Martín Jesus, Reselli , María Soledad, Andrieu , Karina, (2007): "*Auditoría Clínica: una herramienta para el seguimiento de los errores preanalíticos en el laboratorio*". Act. Bioquim. Clin. Latinoam. 41(1): 51-56
3. Howanitz , Peter J, (2005): "*Errors in Laboratory Medicine. Practical lessons to Improve Patient Safety*". Arch Pathol. Lab. Med. 129: 1252-1261
4. Lippi, Giusseppe, Bassi, Antonella, Brocca Giorgio, Salvagno, Gian Luca y Guidi, Gian Cesare,(2006): "*Preanalytic Error Tracking in a Laboratory Medicine Departament: Resuslts of a 1-year Experience*". Clin. Chem. 52(7): 1442
5. Lippi, Giusseppe, (2006): "*Preanalytical variability. The dark side of the moon in laboratory testing*" Clin. Chem. Lab. Med. 44(4): 358-365
6. Plebani, Mario, (1997): "*Mistakes in a stat laboratory types and frecuency*". Clin. Chem. 43(8): 1348-1351
7. Reale, Armando Mariano, Spadafora, Santiago Gerardo, (2007): "*Programa de Mejora Permanente de la Calidad*". ISalud 1-12 (inérito)
8. Spadafora, Santiago Gerardo, Otero, Raúl Armando,(2011): "*La Calidad en el Sector Salud*". ISalud 1-53 (inérito)
9. Spadafora, Santiago Gerardo, Otero, Raúl Armando,(2011): "*Instrumentos de Evaluación de la Calidad de Atención en instituciones de Salud*". ISalud 1-49 (inérito)
10. Valenstein, Paul N, Raab, Stephen S, Walsh, Molly K, (2006): "*Identification errors involving Clinical Laboratories: A college of American Pathologists Q-Probes Study of Patient ans Speciment Identification Errors at 120 Institutions*" Archives of Pathology Laboratory Medicine", 130(8): 1106-1113

11. Anexos

Anexo 1

Misión del Servicio de Laboratorio del Hospital Provincial Héroes de Malvinas

La misión del Laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital General de Agudos Héroes de Malvinas es ser un Laboratorio de Referencia en la zona y desarrollar una actividad asistencial comprometiéndose en lograr satisfacer la demanda de prácticas de laboratorio de toda la población de la localidad de Merlo y su área programática.

El Laboratorio a nivel asistencial realizará determinaciones clínicas en las áreas de Guardia, Química Clínica, Hematología, Bacteriología, Parasitología, Endocrinología, Inmunoserología, Marcadores tumorales, Proteínas, Autoinmunidad y Virus Respiratorios, con eficiencia y equidad brindando resultados de calidad.

El Laboratorio procederá en todo momento en post de la mejora continua en la atención a los pacientes, mediante una efectiva voluntad de ampliar el perfil de prácticas ofrecidas en función de los nuevos requerimientos diagnósticos que surjan a nivel médico y que permitan dar solución a las necesidades de la población.

El Laboratorio actuará como miembro activo de la Red de Laboratorios de la Provincia de Buenos Aires, de forma coordinada ofreciendo una amplia gamma de prácticas complejas a otros Laboratorios de Hospitales de la zona sanitaria, e interrelacionándose con otros Laboratorios más complejos y con Centros de Referencia Nacionales a los cuales solicitará su apoyo en aquellas determinaciones de patologías que excedan las posibilidades locales de resolución de modo de poder resolver la demanda.

El Laboratorio será un referente para lo cual además de brindar sus servicios especializados a la comunidad de la zona, desarrollará actividades docentes de formación práctica de personal técnico y profesional en el pregrado. Para lo cual reforzará su vínculo con Instituciones Docentes de Formación técnica y con la Universidad.

El Laboratorio además favorecerá la formación continua promoviendo el desarrollo de su personal, induciendo a la mejora en las áreas de conocimiento y las habilidades y en función de las necesidades tecnológicas emergentes y de los nuevos requerimientos diagnósticos.

El Laboratorio tendrá como meta la equidad, la eficiencia, la calidad, y principalmente la satisfacción del paciente y de los propios trabajadores que integran el Servicio, realizará periódicamente el análisis de cada tarea a fin de optimizarla logrando de este modo la anhelada mejora continua y promoviendo una correcta interrelación y desempeño de todos los trabajadores que intervienen en las diferentes etapas de los diversos procesos productivos logrando de este modo un trabajo en un clima

agradable, estimulando el espíritu de pertenencia y motivándolos para la realización de su tarea.

Con el fin de hacerlo posible, el Laboratorio desarrollará un modelo organizativo que brinde a cada una de las etapas productiva desde el comienzo al fin una guía para su realización materializada en normas escritas de los procesos realizados, de modo de estandarizar cada acción, unificando criterios y logrando alcanzar el fin propuesto.

Anexo 2

Ley de Seguridad del Paciente

LEY 26742

SALUD PÚBLICA

Modifícase la Ley N° 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud.

B.O. 24/05/12

Sancionada: Mayo 9 de 2012

Promulgada de Hecho: Mayo 24 de 2012

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º — Modifícase el inciso e) del artículo 2º de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera: e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

ARTICULO 2º — Modifícase el artículo 5º de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 5º: Definición. Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados; g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable; h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

ARTICULO 3º — Modifícase el artículo 6º de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 6º: Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

ARTICULO 4º — Incorpórase en el artículo 7º de la Ley 26.529 el siguiente inciso: f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5º deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto.

ARTICULO 5º — Modifíquese el artículo 10 de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará

redactado de la siguiente manera: Artículo 10: Revocabilidad. La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica.

Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

ARTICULO 6º — Modifíquese el artículo 11 de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 11: Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud.

Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos.

Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

ARTICULO 7º — Incorpórase como artículo 11 bis de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el siguiente texto: Artículo 11 bis: Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma.

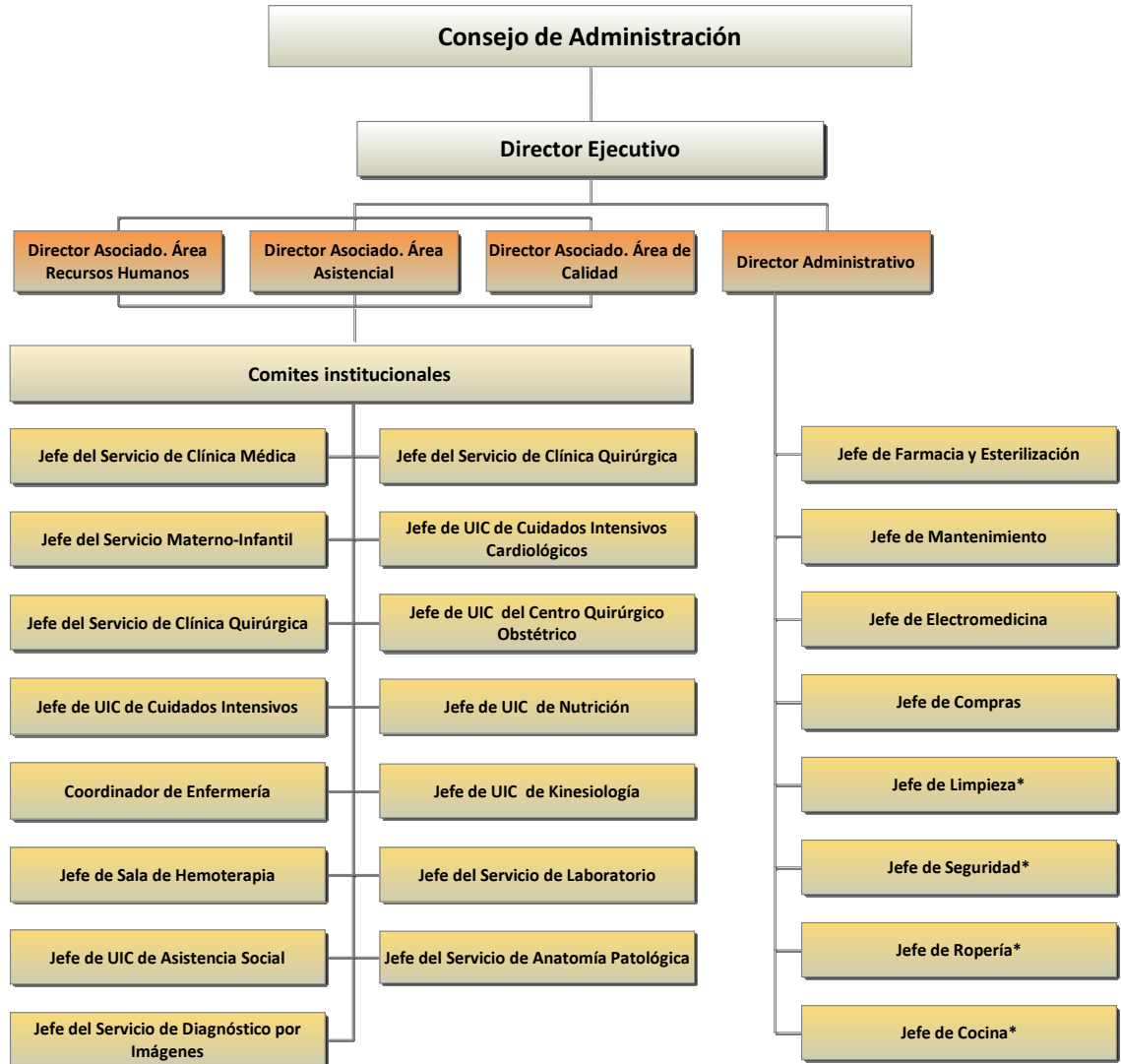
ARTICULO 8º — Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS NUEVE DIAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO DOS MIL DOCE.

—REGISTRADA BAJO EL Nº 26.742 — AMADO BOUDOU. — JULIAN A. DOMINGUEZ. — Gervasio Bozzano. — Juan H. Estrada.

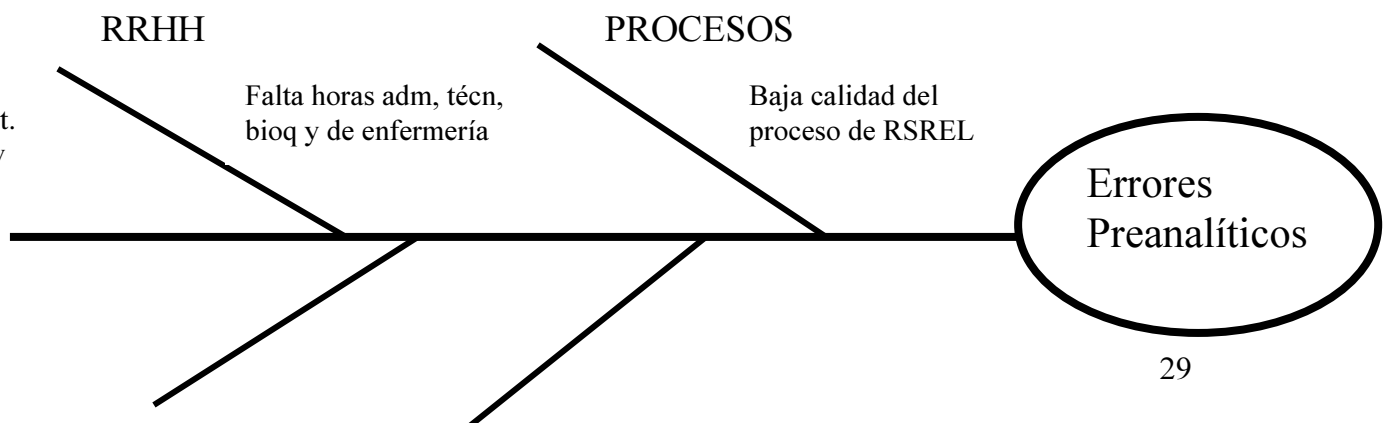
Anexo 3

Organigrama funcional del Hospital (Fuente Dirección Ejecutiva del Hospital)



Anexo 4

Diagrama de Ishikawa (Fuente: Elaboración propia)



INSUMO

EQUIPAMIENTO

Anexo 5

Guía de tubos de extracción para los boxes.

Tapón	contenido	Volumen de llenado	Determinaciones
-------	-----------	--------------------	-----------------



(suero)

Activador de coagulación

5 ml

Bioquímica



(suero)

Activador de coagulación

5 ml

Bioquímica



(plasma)

Heparina de Litio

5 ml

Bioquímica guardia



(plasma)

EDTA 3K

2,5 ml

Hematología



(plasma)

Citrato de Na

2,5 ml

Coagulación



(plasma)

Citrato de Na

1,5 ml

Eritrosedimentación

Anexo 6

Programa de capacitación de personal Administrativo de Laboratorio

PROGRAMA DE CAPACITACION BASADO EN LA COMPETENCIA PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE LABORATORIO DEL HOSPITAL HEROES DE MALVINAS

1 Introducción

Hoy en día los conocimientos se van haciendo más obsoletos de manera vertiginosa, el avance científico y la tecnología favorecen el cambio constante y las habilidades que el personal ha adquirido en los establecimientos formativos muchas veces no alcanzan en el momento de poner en marcha mejoras de la calidad en el ámbito de Salud.

Por ello se necesita llevar adelante acciones educativas continuas para mantener o para formar competencias requeridas de acuerdo a la función desempeñada en el Servicio.

Por lo cual la idea es definir un programa de capacitación en el ámbito laboral y con el protagonismo y compromiso del personal, orientado hacia objetivos de mejora de la calidad de atención en el Servicio de Laboratorio para lograr la misma con, efectividad, eficiencia y equidad, de acuerdo a lo establecido en la misión del Servicio y en la del Hospital.

A partir del problema de baja competencia del personal administrativo que se evidencia en parte por los errores preanalíticos que ello implica y para mejorar la información y el saber de los administrativos del Servicio, diseñaré un programa educativo que asegure el aprendizaje significativo tratando de configurar condiciones para la transformación y mejora de la práctica diaria.

2. Marco conceptual: marco teórico y/o referencial

Hace más de veinticinco años, el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud decidió impulsar una nueva orientación de su cooperación técnica sobre la educación del personal que trabaja en los servicios de salud. En esa época, las preocupaciones principales tenían que ver con la rápida obsolescencia de los conocimientos y habilidades que el personal obtenía en las escuelas y facultades en las que se formaba y con la idoneidad de los métodos de capacitación. Por ello, en un primer momento, se enfatizó en la búsqueda de la continuidad de las acciones educativas para mantener lo que ahora se llama la competencia profesional y en el desarrollo de nuevas aproximaciones metodológicas para facilitar el proceso educativo.

A diferencia de la capacitación convencional, la educación permanente se define desde el ámbito laboral y con el protagonismo del personal de salud (y por ello se apoya mucho en la educación de adultos) y trata de orientarse hacia objetivos de mejora de los servicios de salud (calidad, efectividad, eficiencia, equidad). A partir de una problematización de las prácticas sanitarias (y no sólo para mejorar la disponibilidad

o actualidad de la información o del saber técnico) y teniendo como mediador un proceso educativo que asegura aprendizajes significativos, trata de configurar condiciones para la transformación de las prácticas.

La gestión educacional con cobertura masiva, impacto local y buscando la transformación de prácticas para sistemas con nuevos modelos de atención es un enorme desafío para las unidades de capacitación en el sector público. Se explican así nuevas modalidades de gestión educacional como educación por encuentros o a distancia.

3. Problema

Bajo nivel de competencia del Recurso Humano Administrativo del Servicio de Laboratorio del Hospital Provincial Héroes de Malvinas de la localidad de Merlo, que contribuye en parte al elevado número de errores preanalíticos que se observan en el mismo con la consecuente baja calidad de atención.

EL análisis de las causas nos lleva a que se trata de personal administrativo con bajo grado de capacitación, con reducida cantidad de horas administrativas para la función e incorporado al Sistema de Salud por selección arbitraria y no por competencias.

Indicadores

$$\frac{\text{Nº mensual de órdenes con errores de identificación de paciente rechazadas}}{\text{Nº total de ordenes ingresadas mensualmente}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº mensual de ordenes con determinaciones mal ingresadas o faltantes en CCE}}{\text{Nº total de ordenes ingresadas mensualmente en CCE}} \times 100$$

Este último indicador discriminado en: urgencias e internación a fin de determinar donde se produce el mayor número de errores y proceder a la medida correctiva

$$\frac{\text{Nº mensual de muestra mal recolectadas provenientes de CCEE}}{\text{Nº muestras totales mensuales provenientes de CCEE}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº mensual de pacientes con Post prandiales rechazadas de CCEE}}{\text{Nº totales mensuales de post prandiales citadas de CCEE}} \times 100$$

El Servicio de Laboratorio del Hospital Héroes de Malvinas atiende un promedio de 7000 pacientes mensuales llegando a 86000 anuales.

De los mencionados hay un registro de un 20% de muestras mensuales mal tomadas y que requieren nueva recolección por parte de los pacientes ante una inadecuada preparación, 10% de las pacientes embarazadas que requieren la realización de la prueba de glucemia post prandial para el diagnóstico de diabetes gestacional, deben nuevamente requerir un turno por no haberse presentado a tiempo y en condiciones para la realización de la prueba, lo que retrasa su diagnóstico, pudiendo muchas veces llegar a cerca del momento del parto y un 5% de las ordenes ingresadas tienen error

en la identificación de pacientes durante el turno mañana (desde las 7 hasta las 13 hs) incrementándose ese porcentaje a un 40% durante la tarde y la noche en pacientes provenientes de urgencias y de internación. Además hay un 3% de órdenes ingresadas que le faltan determinaciones solicitadas o que le ingresaron determinaciones erróneas.

Por lo mencionado, es necesario fortalecer la capacitación del personal administrativo del Servicio a fin de favorecer la reducción de errores preanalíticos provenientes de este sector.

4. Objetivos

- General

Contribuir al fortalecimiento y mejora de la calidad de los servicios entregados a la población derecho-habiente promoviendo la adquisición de competencias por parte del personal administrativo del Servicio de Laboratorio del Hospital Héroes de Malvinas de Merlo

- Específicos

- 1) Mejorar la competencia del personal administrativo del Servicio de Laboratorio

Las competencias que son relevantes para el personal administrativo del Servicio de Laboratorio son las siguientes:

❖ Competencias organizacionales:

- a) Orientación al logro: capacidad de encaminar todos los actos que realiza diariamente a la consecución de lo esperado que es brindar una atención con calidad, equidad y eficiencia, actuando con velocidad y sentido de urgencia ante decisiones importantes que se planteen para cumplir las necesidades de los pacientes o para mejorar la organización. Preocupación por realizar su trabajo de la mejor forma posible.
- b) Apertura al cambio: habilitar para mantener procesos de mejoramiento permanente en el ejercicio de su trabajo para que redunden en beneficios para la organización.
- c) Calidad en el Servicio: disposición para realizar el trabajo con base en el conocimiento de las necesidades, demandas y expectativas de los clientes externos e internos.
- d) Trabajo en equipo: capacidad para trabajar en unión de otras personas por los objetivos comunes cediendo los intereses personales y con la habilidad para superar los problemas interpersonales.

❖ Competencias personales:

- a) Asertividad: respeto por si mismo, respeto a los demás ser directo, honesto y apropiado. Mantener el equilibrio emocional. Saber decir y saber escuchar.
- b) Inteligencia emocional: capacidad de establecer relaciones interpersonales, poder controlar sus emociones aun en las situaciones mas difíciles, es decir

actuar asertivamente con todos los miembros del entorno personal y con los pacientes.

- c) Habilidades comunicativas: capacidad de demostrar una sólida habilidad de comunicación y asegurar una comunicación clara.
- d) Autocontrol: posibilidad de mantener el dominio ante situaciones difíciles, controlando ante otras personas la expresión de emociones intensas y procurando no perder el foco de la realidad.
- e) Sentido ético: interiorización de normas y principios que hacen responsable al individuo de su propio comportamiento basado en conductas morales, socialmente aceptadas.
- f) Autoconfianza: convencimiento que uno es capaz de cumplir con una tarea y de escoger el enfoque adecuado para superar retos o una misión encomendada con una actitud de confianza en sus propias posibilidades, decisiones o puntos de vista.
- g) Actitud de mejoramiento: habilidad para incentivar y mantener procesos de mejoramiento permanente en el ejercicio de su trabajo que redunde en beneficios para la organización.
- h) Proactividad: capacidad de ser diligente y eficaz en el desarrollo de sus labores, teniendo visión de futuro frente a su trabajo y permitiéndose actuar anticipadamente a cualquier solicitud.
- i) Disciplina: para poder desarrollar los valores y actitudes deseadas para el Servicio.
- j) Sentido de Pertenencia: capacidad de defender y promulgar los intereses del lugar donde desarrolla sus actividades como si fueran propios.
- k) Relaciones interpersonales: habilidad para relacionarse bien con las personas dentro de un clima de cordialidad y de respeto.
- l) Conocimientos técnicos: básicos de administración, manejo de PC y atención al público, manejo del Sistema de laboratorio, de las indicaciones de preparación, para cada determinación que deba realizarse un paciente y gestión de entrega de resultados y turnos de laboratorio.

❖ Competencias funcionales:

- a) Entusiasmo: habilidad para realizar una labor particular con energía y disposición. Es la inspiración necesaria para lograr alcanzar las metas.
- b) Responsabilidad: compromiso, alto sentido del deber.
- c) Dinamismo: habilidad de mantener un nivel de actividad apropiado a las condiciones del trabajo.
- d) Administración de Recursos: facultad para regular con criterio el uso y manejo de los recursos con que cuenta para el desarrollo diario de su trabajo.
- e) Efectividad: capacidad para finiquitar procesos y actividades dentro de los estándares de tiempo y calidad en el resultado final alcanzado.
- f) Tolerancia a la frustración: mantenimiento firme del carácter bajo situaciones de fracaso. Traducidos en respuestas controladas en situaciones de presión o estrés.
- g) Compromiso y disciplina: para controlar la puesta en marcha de las acciones acordadas, para garantizar el cumplimiento de los compromisos.

Del análisis de las competencias necesarias para el personal administrativo del Servicio de Laboratorio y del problema que se presenta surge la necesidad de mejora en las competencias personales precisamente en las que atañe a los conocimientos técnicos en particular, puesto que el resto de las competencias no presenta déficit alguno.

Por ello el programa educativo basará su contenido en todas las condiciones fisiológicas, el ritmo circadiano y las de alimentación e interferencias que puedan presentarse para cada una de las determinaciones de laboratorio con un detalle exhaustivo determinación por determinación y patología por patología para un conocimiento total al momento de brindar las indicaciones de preparación a los pacientes y saber consultar y registrar sobre medicaciones que están tomando, horarios en los que deben si o si concurrir y dietas previas o no para las recolecciones que deban realizar por su cuenta. Además de la relevancia de la realización de cada determinación para poder afianzar y concientizar sobre la importancia de realizar correctamente una práctica a un paciente en el momento adecuado sin pérdida de tiempo, brindándole la prioridad que lo requiera y asegurándose que el paciente haya comprendido todas las indicaciones brindadas antes de retirarse. Además el desarrollo del mismo pretende lograr erradicar las muestras mal tomadas o pacientes mal preparados y mejorar el ingreso de solicitudes de exámenes de laboratorio al sistema informático de gestión, con el logro de la correcta identificación del paciente, el chequeo de captura de datos a partir de los números de Historia clínica o de documento con la consiguiente verificación de datos cargados automáticamente antes de la validación del ingreso y la realización del repaso de determinaciones solicitadas y las cargadas en cada petición, a fin que no se haya cargado mal una determinación o se la haya omitido. Y finalmente se pretende lograr el rechazo de toda orden con pedido de exámenes de laboratorio que no se presente como está normatizado.

El proceso educativo se desarrollará de modo presencial en diez módulos uno por mes, de manera sencilla y práctica aplicación, al inicio se presentará el objetivo general, los objetivos específicos y la metodología propuesta para alcanzar dichos objetivos y luego los contenidos teóricos para trabajar. Para ello se utilizará una combinación de clase magistral en la que el profesional bioquímico docente abordará una serie de contenidos y los alumnos los recibirán, utilizando como apoyo la guía con los conceptos teóricos que acompañan cada sesión.

Todo esto se combinará con una dinámica grupal con activa participación de los asistentes que basándose en la información teórica transmitida, se efectuarán brainstorm o tormenta de ideas sobre dudas, preguntas o comentarios en torno a cada patología, determinación, indicación o situación planteada.

Se registrará cada duda, pregunta o consulta para ir trabajando con ellas a medida que se avance. Esto permite posponer respuestas si aun no se trata el tema, volver sobre las dudas iniciales en la medida que se vayan tratando los diversos temas haciendo hincapié en lo más importante a fijar y mostrar al finalizar los diez módulos como todas las dudas que inicialmente se tenían han sido respondidas por el trabajo realizado. Además de poder incorporar todo lo recopilado durante el proceso de aprendizaje al manual de consulta previamente diseñado que se dispondrá al finalizar el mismo. Dicho manual contendrá todas las determinaciones, su preparación particular, tiempo para extraer la muestra, tubos o recipientes necesarios para la recolección, modo de conservación, interferencias y tiempo de demora para el resultado.

Para la evaluación se realizará un cuestionario de autoevaluación que se realizará antes de iniciar el proceso de capacitación y el mismo se repetirá al finalizar la capacitación, constará de diez preguntas con posibilidad de respuesta verdadero o falso, se verificará el cumplimiento de todas las metas propuestas para alcanzar los objetivos y se realizará el análisis de los indicadores pre y post capacitación continuando su análisis mensualmente para ver su evolución en el tiempo.

6. Actividades y cronograma

- Tabla de actividades de cada objetivo específico

Objetivo específico 1

Mejorar la competencia del personal administrativo del Servicio de Laboratorio

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	METAS
Establecidas las competencias que requiere el perfil de administrativo para el Servicio de Laboratorio a capacitar. Ver el requerimiento de mejora a realizar.	Jefe del Servicio de Laboratorio	Lograr en un mes tener realizado el perfil con todas las mejoras de competencias que requiere cada uno de los puestos de administrativos en el Servicio.
Definir el programa educativo con objetivos, contenidos, metodología de capacitación, duración del curso y momento y modalidad para el dictado en el horario de trabajo.	Jefe del Servicio de Laboratorio y Docencia e Investigación.	Lograr en tres meses la definición del curso de capacitación para el personal administrativo del Servicio.
Desarrollo del curso de capacitación del personal administrativo del Servicio de Laboratorio	Jefe del Servicio de Laboratorio	Lograr en diez meses la capacitación del personal administrativo actual del Servicio.
Realizar la evaluación final de la capacitación realizada	Jefe del Servicio de Laboratorio	Lograr en un mes evaluar el resultado de la capacitación del personal administrativo del Servicio.

- Cronograma: diagrama de Gantt

ACTIVIDAD	M E S 1	M E S 2	M E S 3	M E S 4	M E S 5	M E S 6	M E S 7	M E S 8	M E S 9	M E S 10	M E S 11	M E S 12	M E S 13	M E S 14	M E S 15
Establecidas las competencias que requiere el perfil de administrativo para el Servicio de Laboratorio a capacitar. Ver el requerimiento de mejora a realizar.															
Definir el programa educativo con objetivos, contenidos, metodología de capacitación, duración del curso y momento y modalidad para el dictado en el horario de trabajo.															
Desarrollo del curso de capacitación del personal administrativo del Servicio de Laboratorio															
Realizar la evaluación final de la capacitación realizada															

7. Mecanismo de evaluación

Para poder apreciar los logros de una capacitación, se requiere la realización de un esfuerzo evaluativo, formalizado a través del registro luego del proceso de capacitación de los indicadores diseñados en el momento de plantear el problema. Y de ese modo analizar si los cambios operados demuestran relación o no con el aprendizaje realizado. La evaluación inicial para la aplicación del programa de entrenamiento es indispensable porque serviría de guía para la determinación del nivel de aprovechamiento de la capacitación.

Una vez aplicada debe hacerse evaluación periódica del rendimiento del personal para que el proceso continuo de capacitación se mantenga actualizado y se aboque a las necesidades presentes y futuras de desarrollo del personal dentro del plan estratégico organizacional en aspectos de atención a los pacientes.

Al llevar a cabo la capacitación y entrenamiento debe hacerse ver a los empleados que los mismos se realizan no solo para mejora de la calidad del Servicio, sino para beneficio del personal para alcanzar un desarrollo integral.

Hasta qué punto se desarrollaron los comportamientos, conocimientos, habilidades o actitudes que el proceso de capacitación buscaba desarrollar o bien, se desarrollaron comportamientos, conocimientos, habilidades o actitudes que no fueron previstas por el proceso de capacitación y las mismas fueron positivas o negativas para el cumplimiento de los objetivos planteados?, todos estos interrogantes son muy difíciles de responder, solo la ejecución del proceso y su evaluación con los indicadores y otros sucesos pueden responder a los mismos luego de un periodo de aplicación.

8. Conclusiones

La realización de este trabajo sobre recursos humanos será muy viable y necesaria de implementar en el Servicio de Laboratorio y su finalización traerá efectos muy beneficiosos en cuanto obviamente a las competencias técnicas, de conocimiento, habilidades y destrezas, que podrán ser modificadas de manera positiva, y en cuanto a las actitudes del personal administrativo, con respecto a su trabajo tengo por seguro que también serán muy positivas lográndose el fortalecimiento de aquellas disposiciones de actuación que pueden mejorar la relación del personal con su propio quehacer y las relaciones con los otros actores institucionales y principalmente con la población usuaria del Servicio.

9. Bibliografía

1. Chang, Richard. *Como crear Programas de Formación de Alto Impacto. Guía practica para lograr Resultados operativos en la formación..* Editorial Centro de Estudios Ramón Areces S.A.
2. Conserjería de Salud (2006) *Modelo de Gestión por Competencias.* Sistema Sanitario Público de Andalucía. 1-95.

10. Anexos del Curso

Diagnóstico de Necesidad de Capacitación

Perfil de Capacitación y desarrollo para el puesto

Puesto:.....

Nombre	Requerimiento de aprendizaje	Justificación	Prioridad

Prioridad

A: urgente

B: necesaria pero no urgente

C: puede esperar

Fecha:.....

.....

Jefe de Servicio de Laboratorio

Diagnóstico de Necesidad de Capacitación

Objetivos por cursos, entrenamientos o talleres

Curso:.....

Objetivo del curso	Contenido mínimo del curso
Participantes	

Fecha:.....

.....

Jefe del Servicio de Laboratorio

Evaluación Final

Lista de Verificación

Curso de Capacitación:

Nombre	I		II		III		IV	
	Antes	Desp.	Antes	Desp.	Antes	Desp.	Antes	Desp.

I: Ingreso de ordenes correctamente

II: Entrega de indicaciones adecuadas

III: Interpretación de las ordenes médicas

IV: Relaciones interpersonales y atención al público

1: mala

2: regular

3: satisfactoria

4: excelente

Fecha:.....

.....
Jefe del Servicio de Laboratorio