	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004
	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b>	<b>Versión:</b> 03
	<b>LA PLATA HUILA</b>	<b>Página:</b> 1 de 8
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL</b>	

<b>FECHA:</b>	16/04/2026
<b>ACTIVIDAD:</b>	Cierre Riesgos Institucionales Laboratorio 2025, proyección y actualización para la matriz 2026.
<b>PROCESO VINCULADO:</b>	Gestión de Laboratorio
<b>RESPONSABLE:</b>	Alicia Lozano Esteban
<b>OBJETIVO:</b>	Determinar los peligros potenciales en todas las actividades del laboratorio (pre-analítica, analítica, post-analítica) y evaluar su nivel de exposición.

## CONTENIDO DEL INFORME:

### Introduccion


En el laboratorio existen varios factores que pueden llegar a generar riesgos tanto biológicos, físicos y químicos, para ello se han implementado procesos de prevención y el control adecuados de estos peligros que son fundamentales para garantizar la seguridad del personal y de los pacientes.

### Objetivo

Proteger la salud del personal y de los pacientes frente a los riesgos inherentes a la actividad del laboratorio, incluyendo agentes biológicos, químicos, físicos y psicosociales, para evitar accidentes y eventos adversos que puedan interrumpir los procesos y afectar la seguridad.

### Alcance

Complementar medidas de seguridad y protocolos para proteger al personal y al ambiente, como la evaluación y prevención de riesgos que son fundamentales para identificar peligros potenciales, implementar controles adecuados y garantizar un entorno de trabajo seguro.

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004
	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b>	<b>Versión:</b> 03
	<b>LA PLATA HUILA</b>	<b>Página:</b> 2 de 8
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL</b>	

## RIESGOS GESTIÓN DE LABORATORIO


No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETENCIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	
				SI	NO							
<b>LABORATORIO</b>												
R1	Muestra mal tomada hemolizada, coagulada, cantidad insuficiente, tubo equivocado	Error en la fase preanalítica	Doble Punción Demora en el reporte y tratamiento del paciente	X		Verificación positiva en la cantidad de la muestra	Adverso 5	Casi seguro 5	Correcta 5	5	125	Supervisión al proceso de toma de muestras por parte del área de enfermería.  Capacitación periódica al personal auxiliar de enfermería por el área de laboratorio.  Retroalimentación en cada uno del servicio de los eventos e incidentes presentados en el periodo.
R2	Toma de muestra paciente equivocado y error en la marcación de tubo	No realizar la verificación positiva de la identidad del paciente	Reportar resultados a paciente que no corresponde Doble punción Demora en el reporte y tratamiento	X		Verificación por parte del personal de enfermería la marcación positiva del tubo	Adverso 5	Casi seguro 5	Correcta 5	5	125	Seguimiento y control al personal vinculado en el proceso (auxiliar de enfermería)  Retroalimentación y seguimiento en cada uno del servicio de los eventos e incidentes



**FORMATO DE INFORME**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA**  
**LA PLATA HUILA**  
**PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y**  
**DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO**  
**INSTITUCIONAL**


**Fecha:** 05/11/2024  
**Código:** MDE-GPDI-GD-F-004  
**Versión:** 03  
**Página:** 3 de 8

													presentados en el periodo.
													Campañas de capacitaciones interactivas según plan de medios de los 10 de correctos
R3	Fallas en la oportunidad del reporte de exámenes	Incumplimiento de la entrega oportuna de reactivos en cantidad y tiempos por parte del proveedor	Demora y falla en la oportunidad de entrega de resultados en el área de laboratorio. Ciclo de atención interrumpido e incompleto. Reagendamiento de citas médicas. Afectación en la conducta medica frente al paciente Posible remisión	X	Implementar en el contrato del proveedor la entrega en los tiempos determinados	Mayor	4	Probable	4	Mejorable	4	64	Remisión de muestras para procesamiento en otro laboratorio, logrando así el cumplimiento de entrega de resultados al paciente.  Notificar al interventore del contrato por el incumplimiento en la entrega oportuna acciones administrativas
R4	Reporte a paciente equivocado	Fallas en la verificación del paciente en el momento del reporte Congestión en el servicio Personal con alto estrés laboral. Falta de concentración durante el proceso	Diagnóstico y tratamiento a paciente equivocado causando un evento adverso	X	Por parte de jefes de enfermería no dejar los tubos marcados antes de la toma de la muestra	Adverso	5	Casi seguro	5	Correcta	5	125	Notificación al profesional implicado en la acción insegura.  Elaboración del Plan de Mejora  Seguimiento por parte del coordinador de laboratorio.

	<b>FORMATO DE INFORME</b>		<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>		<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004
	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b>		<b>Versión:</b> 03
	<b>LA PLATA HUILA</b>		<b>Página:</b> 4 de 8
<b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL</b>			

R5	Demora del proveedor en el envío de insumos, reactivos, y equipos para el laboratorio	1. No cuenta con Stock de insumos y reactivos para para realizar los despachos en los tiempos establecidos	1. Oportunidad en la entrega de reportes. 2. Remisión de muestras 3. Mayor estancia Hospitalaria. 4. Glosas	X		Se generan notificación al supervisor del contrato	Mayor	4	Casi seguro	5	Correcta	5	100	Establecer medidas por parte del supervisor para el que se cumpla con lo establecido en el contrato
----	---	--	--	---	--	--	-------	---	-------------	---	----------	---	-----	---

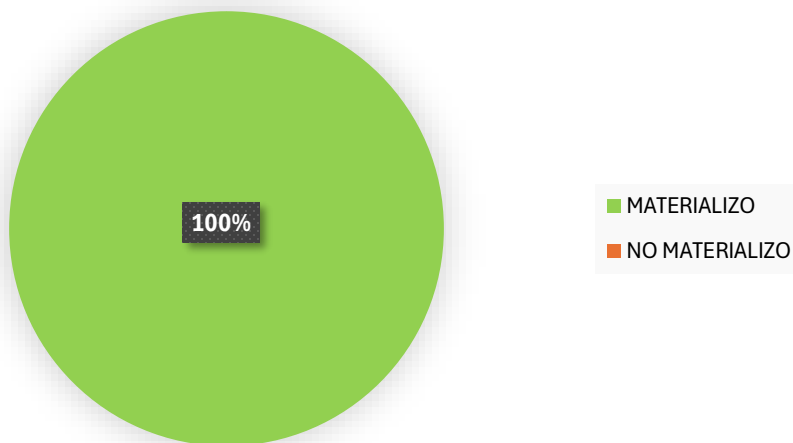
RIESGO	MATERIALIZADO	NO MATERIALIZADO	BARRERAS	ANALISIS
1. Muestra mal tomada hemolizada, coagulada, cantidad insuficiente, tubo equivocado		X	Se establecieron rondas para la socialización de los errores en la fase preanalítica que causaron la materialización de estos eventos, en los diferentes servicios (Jefes del servicio)  Implementación de la toma de muestra con la muestra del tubo al vacío.	Dedes del servicio de laboratorio mensualmente se hace retroalimentación con el personal profesional de enfermería sobre la importancia de la toma de la muestra con el sistema tubo al vacío para evitar rechazo de muestras por hemólisis, coagulación o cantidad inadecuada, con énfasis en el servicio de urgencias, donde se presenta con mayor frecuencia.
2. Toma de muestra paciente equivocado y error en la marcación de tubo		X	Educación continua al personal de enfermería en la marcación de las muestras (momento de la marcación y variables estandarizadas).  Adherencia al protocolo de toma de muestras  Reporta al programa de seguridad del paciente, para el análisis y plan de mejoramiento	Para prevenir la toma de muestras al paciente equivocado y errores de marcación, es imperativo identificar al paciente con dos identificadores (nombre completo y cédula) antes de la extracción y rotular los tubos en su presencia inmediatamente.

	<b>FORMATO DE INFORME</b>	<b>Fecha:</b> 05/11/2024
	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	<b>Código:</b> MDE-GPDI-GD-F-004
	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA</b>	<b>Versión:</b> 03
	<b>LA PLATA HUILA</b>	<b>Página:</b> 5 de 8
	<b>PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO INSTITUCIONAL</b>	

3. Fallas en la oportunidad del reporte de exámenes		<b>X</b>	Se realizaron los reportes al proveedor y se proyectaron oficios por parte del area administrativa y jurida de la entidad al proveedor solicitando el cumplimiento del contrato.	Se sigue presentado demora en los reportes de exámenes a los pacientes por incumplimiento en el envío por parte del proveedor de los insumos y reactivos  Fallos en los funcionamiento de los equipos
4. Reporte a paciente equivocado		<b>X</b>	Educación continua al personal auxiliar enfermería en la marcacion de las muestras (momento de la marcación, ingreso y variables estandarizadas).  Se recomienda la doble verificación de los pacientes con nombres y documento de identificación	Se presento debio a error en la marcación de los tubos por parte de los auxiliares, se presento ocasionalmente, frecuencia baja
5. Demora del proveedor en el envío de insumos, reactivos, y equipos para el laboratorio		<b>X</b>	Gestiones con el proveedor para en caso de no contar con el reactivo solicitado en el pedido, poder suplir la necesidad con otro laboratorio o tecnica.  Remision de muestras a otro laboratorio para su procesamiento.	Mejoro la oportunidad en la entrega de los insumos por parte del proveedor, pero no se ha logrado el cumplimiento en el 100%

<b>RIESGOS INSTITUCIONALES</b>	<b>MATERIALIZO</b>	<b>NO MATERIALIZO</b>
1. Muestra mal tomada ( hemolizada, coagulada, cantidad insuficiente, tubo equivocado		X
2. Toma de muestra paciente equivocado y error en la marcación de tubo		X
3. Fallas en la oportunidad del reporte de exámenes		X
4. Reporte a paciente equivocado		X
5. Demora del proveedor en el envío de insumos, reactivos, y equipos para el laboratorio		X

## RIESGOS LABORATORIO



## PROYECCIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES VIGENCIA 2026

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETENCIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	
				SI	NO							
<b>LABORATORIO</b>												
R1	Muestra mal tomada hemolizada, coagulada, cantidad insuficiente, tubo equivocado	Error en la fase preanalítica	Doble Punción Demora en el reporte y tratamiento del paciente	X		Verificación positiva en la cantidad de la muestra	Adverso 5	Casi seguro 5	Correcta 5	5	125	Supervisión al proceso de toma de muestras por parte del área de enfermería. Capacitación periódica al personal auxiliar de enfermería por el área de laboratorio. Retroalimentación en cada uno del servicio de los eventos e incidentes presentados.



**FORMATO DE INFORME**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA**  
**LA PLATA HUILA**  
**PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN Y**  
**DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO O DESARROLLO**  
**INSTITUCIONAL**

**Fecha:** 05/11/2024  
**Código:** MDE-GPDI-GD-F-004  
**Versión:** 03  
**Página:** 7 de 8

R2	Toma de muestra paciente equivocado y error en la marcación de tubo	No realizar la verificación positiva de la identidad del paciente	Reportar resultados a paciente que no corresponde Doble punción Demora en el reporte y tratamiento	X	Verificación por parte del personal de enfermería la marcación positiva del tubo	Adverso	5	Casi seguro	5	Correcta	5	125	os en el periodo. Seguimiento y control al personal vinculado en el proceso (auxiliar de enfermería) Retroalimentación y seguimiento en cada uno del servicio de los eventos e incidentes presentados en el periodo. Campañas de capacitaciones interactivas según plan de medios de los 10 de correctos
R3	Fallas en la oportunidad del reporte de exámenes	Incumplimiento de la entrega oportuna de reactivos en cantidad y tiempos por parte del proveedor	Demora y falla en la oportunidad de entrega de resultados en el área de laboratorio. Ciclo de atención interrumpido e incompleto. Reagendamiento de citas médicas. Afectación en la conducta médica frente al paciente Posible remisión	X	Implementar en el contrato del proveedor la entrega en los tiempos determinados	Mayor	4	Probable	4	Mejorable	4	64	Remisión de muestras para procesamiento en otro laboratorio, logrando así el cumplimiento de entrega de resultados al paciente. Notificar al interventore del contrato por el incumplimiento en la entrega oportuna acciones administrativas
R4	Reporte a paciente equivocado	Fallas en la verificación del paciente en el momento del reporte	Diagnóstico y Tratamiento a paciente equivocado	X	Por parte de jefes de enfermería no dejar los tubos marcados antes	Adverso	5	Casi seguro	5	Correcta	5	125	Notificación al profesional implicado

