

Sistema de Seguridade do Paciente e Xestión de Riscos Sanitarios

Do modelo corporativo de xestión integrada da calidade do
Servizo Galego de Saúde



SISTEMA DE SEGURIDADE DO PACIENTE E
XESTIÓN DE RISCOS SANITARIOS
DO MODELO CORPORATIVO DE XESTIÓN INTEGRADA DA
CALIDADE DO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

EDITA

Xunta de Galicia, Servizo Galego de Saúde.

ELABORA

Subdirección Xeral de Atención ao Cidadán e Calidade.

MAQUETACIÓN

Vector Digital, SL

DATA DE PUBLICACIÓN E LUGAR

Santiago de Compostela, novembro de 2014

PRESENTACIÓN DO DOCUMENTO

A **Estratexia Sergas 2014: a sanidade pública ao servizo do paciente**⁽¹⁾ establece entre os obxectivos do Servizo Galego de Saúde "contribuír a mellorar a sanidade e promover a máxima efectividade, calidade, seguridade, equidade e satisfacción na provisión de servizos sanitarios, garantindo a sustentabilidade do sistema sanitario," para o cal insta ao desenvolvemento dun modelo de xestión integral da calidade.

O modelo corporativo de xestión integral da calidade sustentarase sobre tres piares: a xestión da calidade asistencial, a seguridade do paciente e a atención ao paciente e ao cidadán. A dimensión da seguridade do paciente ten características propias, que xustifican a súa abordaxe específica e está intimamente relacionada cos outros dous piares do modelo.

O presente **Sistema de seguridade e xestión de riscos sanitarios** constitúe, polo tanto, un dos piares do modelo e é un documento que xorde coa intención de deseñar unha folla de ruta para as organizacións sanitarias do Servizo Galego de Saúde nos próximos catro anos. A estrutura sobre **14 liñas estratéxicas**, cada unha delas cos seus correspondentes criterios de avaliación, baseadas en directrices consensuadas, priorizadas e referendadas polos organismos de referencia nacionais e internacionais en seguridade do paciente, así como pola evidencia científica dispoñible. O despregamento desas liñas estratéxicas axudará os centros sanitarios a ir progresando no desenvolvemento de actividades encamiñadas a mellorar a seguridade dos pacientes e, con iso e en definitiva, a calidade da súa asistencia.

Este sistema leva asociado un módulo de avaliación que resultou do consenso das liñas estratéxicas, os criterios e os indicadores con todos os axentes relevantes implicados.

O sistema, polo tanto, potencia a autoavaliación e o *benchmarking* co fin de conseguir a máxima participación dos traballadores e a difusión e implantación das mellores prácticas en seguridade do paciente.

Preténdese así cumprir un dos obxectivos formulados na mencionada **Estratexia Sergas 2014** no seu apartado 2.6: "Fomentar a cultura de seguridade clínica na actividade diaria dos traballadores sanitarios, implantando prácticas seguras que reduzan a incidencia de eventos adversos". E "eliminar ou reducir os riscos relacionados coa asistencia en todos os centros sanitarios".

1	INTRODUCCIÓN	6
2	METODOLOXÍA	7
3	MARCOS CONCEPTUAL E NORMATIVO: CONTEXTOS INTERNACIONAL, NACIONAL E AUTONÓMICO	8
3.1	MARCO CONCEPTUAL	8
	Estudos de referencia	8
	Estratexia mundial. OMS-Alianza mundial para a seguridade	8
	Estratexia europea. Consello de Europa e Rede da Unión Europea para a Seguridade do Paciente	9
	Estratexia nacional. Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade	9
	Estratexia autonómica. Servizo Galego de Saúde	10
	Institucións e organismos internacionais de referencia en seguridade de pacientes	10
3.2	MARCO NORMATIVO	11
	Ámbito nacional	11
	Ámbito autonómico	11
3.3	NORMATIVA ESPECÍFICA PARA A ACREDITA- CIÓN E/OU CERTIFICACIÓN EN CALIDADE E SE- GURIDADE	12
4	SEGURIDADE ASISTENCIAL EN GALICIA: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN	13
5	LIÑAS ESTRATÉXICAS EN SEGURIDADE DO PACIENTE	14





6 XUSTIFICACIÓN, OBXECTIVOS, CRITERIOS DE AVALIACIÓN E INDICADORES PARA CADA LIÑA ESTRATÉXICA 15

Estratexia 1:	Liderado e xestión en seguridade de pacientes.	15
Estratexia 2:	Formación en seguridade de pacientes.	17
Estratexia 3:	Participación cidadá na seguridade do paciente.	19
Estratexia 4:	Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria (IRAS).	22
Estratexia 5:	Identificación e comprobación inequívoca do paciente correcto, lugar correcto e procedemento correcto. Identificación inequívoca de mostras, estudos e documentos do paciente.	26
Estratexia 6:	Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios.	28
Estratexia 7:	Xestión de riscos nos procesos.	31
Estratexia 8:	Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. SiNASP (Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente)	34
Estratexia 9:	Comunicación e continuidade asistencial.	36
Estratexia 10:	Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco.	38
Estratexia 11:	Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe.	43
Estratexia 12:	Seguridade nos coidados e procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento.	46
Estratexia 13:	Seguridade do ámbito: equipamento e xestión segura de residuos sanitarios.	49
Estratexia 14:	Investigación e innovación en seguridade de pacientes.	51

7 AUTORES REVISORES 53

8 BIBLIOGRAFÍA 54

9 ANEXOS 57

SISTEMAS DE AVALIACIÓN: PANEL DE INDICADORES	64
FICHAS INDIVIDUALIZADAS DOS INDICADORES	84

INTRODUCCIÓN

Introdución

A seguridade do paciente é un obxectivo consolidado e común a todos os sistemas de atención sanitaria e unha dimensión clave da calidade asistencial que se ha de impulsar dende as institucións públicas, organizacións e sociedades científicas. A seguridade do paciente defínese como a ausencia de dano evitable a un paciente durante o proceso da atención sanitaria (Organización Mundial da Saúde –OMS–, 2009) e inclúe actuacións orientadas a eliminar, reducir e mitigar os resultados adversos evitables, xerados como consecuencia da atención sanitaria, ademais de facer promoción daquelas prácticas que resultaron máis seguras.⁽²⁾ Así mesmo, insiste na necesidade dun cambio cultural que elimine todo indicio de cultura reactiva que culpe os profesionais polos seus erros e propicie enfoques proactivos cunha orientación sistémica.

A seguridade na atención sanitaria é un aspecto moi valorado polos pacientes e os seus familiares. Os eventos adversos representan unha porcentaxe cada vez maior das causas globais de morbilidad e mortalidade nos países desenvolvidos. Ademais, e en termos globais, os incidentes relacionados coa seguridade e as súas consecuencias adquiren enorme transcendencia no controvertido momento actual, dados os altos custos directos e indirectos que supoñen para o sistema sanitario os incidentes de seguridade sen dano e os eventos adversos⁽³⁾.

Mellorar a seguridade supón incrementar a calidade asistencial en todas as súas dimensións. Na actualidade, a seguridade dos pacientes durante o proceso de atención en saúde alcanzou unha relevancia prioritaria, determinando a necesidade urxente de garantir que as súas necesidades de saúde sexan satisfeitas nas mellores condicións posibles, sen verse complicada por eventos adversos acontecidos durante o proceso da atención. Conseguir unha atención segura e de calidade lógrase identificando e xeneralizando as boas prácticas que minimizan os eventos adversos.

Metodoloxía

A Subdirección Xeral de Atención ao Cidadán e Calidade, do Servizo Galego de Saúde, en consonancia coa Estratexia Sergas 2014 propúxose como obxectivo a creación dun modelo de seguridade e xestión de riscos sanitarios que servise como folla de ruta para a mellora da seguridade do paciente en todos os centros sanitarios públicos galegos, cun horizonte temporal de catro anos.

O equipo de traballo da mencionada subdirección desenvolveu un labor de recompilación e revisión de documentación partindo da bibliografía relevante. A continuación elaborouse un primeiro borrador de traballo, no que se propuxeron as liñas estratéxicas, os obxectivos e criterios de avaliación sobre as áreas que se consideraron esenciais e prioritarias.

O devandito borrador presentóuselles aos profesionais expertos en calidade e seguridade do Servizo Galego de Saúde, para a súa valoración e proposta de alegacións, e procedeuse a priorizar e consensuar as liñas estratéxicas. Tras iso elaborouse a listaxe de indicadores relacionados con elas, un indicador por criterio, de modo que permitan medir e monitorizar o sistema a través dunha ferramenta de autoavaliación.

MARCOS CONCEPTUAL E NORMATIVO: CONTEXTOS INTERNACIONAL, NACIONAL E AUTONÓMICO

3.1 Marco conceptual

a) Estudos de referencia

A magnitude e a gravidade dos danos, as consecuencias sanitarias, sociais, éticas e económicas para pacientes, profesionais e organizacións sanitarias provocaron que a seguridade do paciente sexa considerada como unha prioridade internacional, nacional e local.

A publicación en 1999 do estudo do **Institute of Medicine, "To err is human"** ⁽⁴⁾ representou unha chamada de atención, con repercusións políticas e mediáticas de grande envergadura, e foi decisiva para a definición de novas políticas de mellora da calidade e seguridade nos Estados Unidos e a súa difusión produciu un grande eco nas sociedades desenvolvidas. O informe, baseado en revisión de historias clínicas, estimaba un millón de lesións e entre 44.000 e 98.000 mortes cada ano por eventos adversos prevíbles nos Estados Unidos, o cal convertía os erros médicos na oitava causa de mortalidade nos Estados Unidos, se toma o valor inferior como resultado real (44.000). O problema da seguridade non era novo, pero este informe conseguiu que as institucións sanitarias máis importantes do país puxesen en marcha diferentes estratexias para mellorar a seguridade dos pacientes.

A partir do devandito informe, os principais estudos realizados nos Estados Unidos, Australia, Nova Zelandia, Reino Unido, Dinamarca, Canadá, Francia, Holanda, España, O Brasil e Suecia confirmaron que entre un 3,8% e un 16,6% dos pacientes ingresados en centros hospitalarios sofre algún dano relacionado coa asistencia sanitaria.

En España, o estudo de referencia en hospitais, **Estudio Nacional sobre Eventos Adversos (ENEAS)** ⁽⁵⁾ do ano 2006, revelou que a porcentaxe de eventos adversos nos hospitais españois era dun 9,3%, alto, pero similar ao rexistrado nos países desenvolvidos do noso ámbito. A metade deles, segundo conclusións do estudo, evitables. O 7,3% dos devanditos eventos adversos clasificouse como moderado ou grave e as tres áreas nas que se concentraban o maior número de eventos adversos eran as seguintes: uso de medicamentos, infeccións hospitalarias e procedementos cirúrxicos.

O **Estudio sobre la seguridad de pacientes en atención primaria de salud (APEAS)** ⁽⁶⁾ demostrou

unha prevalencia de incidentes de seguridade do 18,63 % (IC95%: 17,78 - 19,49) e concluíu que aproximadamente sete de cada cen cidadáns se verían afectados cada ano se se xeneralizasen os resultados ao conxunto da poboación.

A falta de seguridade e os eventos adversos implican, ademais do sufrimento persoal dos que os padecen e dos seus familiares, importantes custos económicos derivados do incremento de estadías hospitalarias, o aumento da mortalidade, a diminución da capacidade funcional de pacientes e a perda de anos de vida axustados por calidade. Este "custo da non seguridade" quedou reflectido en múltiples estudos e en documentos do propio Ministerio de Sanidade ^(3,12).

A Organización Panamericana da Saúde ⁽⁷⁾, colaboradora da OMS, tamén comprometida coa seguridade do paciente, coordinou o **Estudio epidemiológico de prevalencia de eventos adversos en hospitales de Iberoamérica (IBEAS)** ⁽⁸⁾.

Así mesmo, o Ministerio publicou en 2011 o estudo **Eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios (EARCAS)** ⁽⁹⁾, co obxectivo xeral de explorar a cultura da seguridade e a magnitude e transcendencia dos incidentes relacionados coa seguridade do paciente (IRSP) e os eventos adversos (EA) en residencias e centros asistenciais sociosanitarios de España.

b) Estratexia mundial: OMS - ALIANZA MUNDIAL PARA A SEGURIDADE DO PACIENTE

Ante os preocupantes datos tirados de todos os estudos internacionais sobre incidencia ou prevalencia de eventos adversos, en 2002 a Asemblea Mundial da Saúde aproba a necesidade de abordar o problema por parte de todos os países. No ano 2004 a Asemblea da OMS apoia a creación da Alianza Mundial para a Seguridade do Paciente (AMSP) e lidera así unha estratexia de seguridade no ámbito mundial. A misión desta alianza era coordinar, difundir e acelerar melloras e facilitar o desenvolvemento de políticas e prácticas relacionadas coa seguridade do paciente entre os estados membros da OMS.

Algúns dos programas desenvolvidos foron “O reto global pola seguridade do paciente”, “Pacientes pola seguridade do paciente”,⁽¹³⁾ sistemas de notificación e aprendizaxe, taxonomía, solucións de seguridade en colaboración coa prestixiosa organización Joint Commission International⁽¹⁰⁾. (Nove solucións para a seguridade do paciente), diseminación de boas prácticas (Seguridade en acción), entre outras.

Unha das accións levadas a cabo inicialmente foi a elaboración dunha nomenclatura común en seguridade de pacientes, compartida por todos os sistemas sanitarios no ámbito mundial. O produto resultante desta iniciativa foi o Marco conceptual da clasificación internacional para a seguridade do paciente⁽¹¹⁾.

Dende entón, denomínase **incidente relacionado coa seguridade do paciente** (IRSP) calquera evento ou circunstancia que lle ocasionou ou lle podería ocasionar un dano innecesario a un paciente a consecuencia da asistencia sanitaria recibida. Cando o evento ou circunstancia lle produce un dano ao paciente (enfermidades, lesións, sufrimentos, discapacidades e/ou morte), dise que se produciu un **evento adverso** (EA).

Só pacientes e cidadáns ben informados e empoderados poden contribuír activamente na mellora da comunicación e nos resultados na saúde, tal como recolle a Organización Mundial da Saúde (OMS) no seu documento *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks*⁽¹⁴⁾ (Explorando a participación dos pacientes na redución de riscos relacionados coa atención sanitaria), 2013. Nel, insístease en que a seguridade asistencial se ve reforzada cando os pacientes participan en aspectos clave, tales como: notificación de incidentes, revisión e dobre revisión de que están a recibir a medicación correcta, información sobre as súas expectativas cando son sometidos a calquera proceso cirúrxico, estímulo a que informen sobre calquera complicación ou evento adverso, fomento da súa interacción cos profesionais sanitarios en relación coa súa identificación correcta antes de seren sometidos a calquera tratamento, reforzo do seu dereito a lles recordar aos profesionais a hixiene de mans.

En relación coa participación cidadá, cabe destacar a iniciativa da Joint Commission International (JCI), desenvolvida no seu programa *Speak up*⁽¹⁵⁾ (Fale en versión traducida), onde se insta os pacientes a tomar un papel activo na prevención de erros na atención sanitaria.

c) Estratexia europea: CONSELLO DE EUROPA E REDE DA UNIÓN EUROPEA PARA A SEGURIDADE DO PACIENTE

O Consello de Europa aprobou en 2006 as recomendacións en seguridade do paciente, polas que insta os máis de 50 países que integran esta organización a incluír a seguridade do paciente no centro de todas as políticas sanitarias pertinentes.

O documento do Consello da Unión Europea *Recomendación do Consello sobre a seguridade dos pacientes*, en particular a prevención e a loita contra as infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria⁽¹⁶⁾, do ano 2009, recolle as actuacións para a mellora da seguridade do paciente no ámbito europeo (**Anexo 2**).

A Comisión Europea, dentro do seu programa de saúde pública creou a Rede da Unión Europea para a Seguridade do Paciente e a Calidade Asistencial (EUNetPaS) e puxo en marcha en 2012 un grupo de traballo, o Working Patient Safety Group (PaSQ Joint Action - JA)⁽¹⁷⁾. Este grupo está formado por representantes de 27 estados membros e colabora con organizacións internacionais de referencia para discutir e avanzar conxuntamente en temas relacionados coa seguridade do paciente, incidindo de modo especial na prevención de infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria. É un proxecto no cal España –e Galicia en concreto– está a participar activamente. Os seus obxectivos e liñas de traballo figuran no **anexo 3**.

A preocupación por incorporar os pacientes tamén ten referentes europeos. O National Health Service (NHS) en febreiro de 2012 publicou a guía clínica *Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services*⁽¹⁸⁾, que recolle as recomendacións elaboradas a partir de experiencias de participación cidadá. Neste documento resáltase a relevancia dos pacientes como axentes activos na mellora da seguridade e insístease na necesidade de aumentar os niveis de alfabetización sanitaria e de autonomía do paciente para a xestión da súa propia saúde.

d) Estratexia nacional: MINISTERIO DE SANIDADE, SERVIZOS SOCIAIS E IGUALDADE

Dende o ano 2005, o Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade do Goberno de España, en coordinación coas comunidades autónomas, vén desenvolvendo unha estratexia para a seguridade do paciente no ámbito nacional, como elemento indispensable para mellorar a calidade asistencial.

Na Xornada Nacional sobre Eventos Adversos de maio de 2006 presentáronse os resultados do estudo ENEAS⁽⁵⁾, impulsado polo Ministerio. En 2008 publicáronse os resultados do estudo APEAS⁽⁶⁾. A Declaración dos profesionais pola seguridade do paciente⁽¹⁹⁾ de 2006, á que se adscribiron máis de cen sociedades científicas, recolleu un compromiso de loita por unha asistencia segura por parte dos profesionais sen precedentes no noso país.

O Plan de calidade para o Sistema Nacional de Saúde elaborouse en 2006 co obxectivo principal de dar resposta aos retos que ten formulados o Sistema Nacional de Saúde, incrementando a cohesión do sistema, garantindo a equidade na atención sanitaria aos cidadáns, con independencia do lugar no que

residan, e asegurando que esta atención sexa da máxima calidade.

En 2010 elaborouse un novo Plan de calidade do Sistema Nacional de Salud ⁽²⁰⁾ cuxa Estratexia 8 fai referencia a mellorar a seguridade dos pacientes atendidos nos centros sanitarios do SNS, analizada en seis grandes obxectivos, que levan aparelados proxectos específicos (anexo 4).

O compromiso do Ministerio de Sanidade coa OMS recolleuse de xeito explícito no documento *Retos para a seguridade do paciente* (anexo 5).

A participación e o empoderamento dos cidadáns e pacientes na súa propia seguridade asistencial foron cobrando importancia crecente no eido internacional. Neste sentido o Ministerio de Sanidade organizou o panel de expertos "Os pacientes pola seguridade dos pacientes", en resposta á necesidade de coñecer as opinións, expectativas e posicionamento de expertos e representantes de asociacións de pacientes, de consumidores e usuarios e de defensores do paciente en diferentes comunidades autónomas sobre este tema e sobre a súa participación en futuras accións encamiñadas a previr riscos e propoñer solucións vinculadas á seguridade de pacientes. O resultado do taller é o documento *A perspectiva dos cidadáns pola seguridade do paciente* ⁽²¹⁾ (Ministerio de Sanidade, 2011).

Existen outras iniciativas de participación cidadá como a Declaración de Barcelona ⁽²²⁾ das asociacións de pacientes no 2003 ou a Declaración de Zaragoza ⁽²³⁾ de atención ao usuario de 2011.

e) Estratexia autonómica. SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

O Servizo Galego de Saúde publicou en 2010 a **Estratexia Sergas 2014** ⁽¹⁾, que inclúe no seu obxectivo 2.6, dentro das liñas de traballo para a mellora da seguridade dos pacientes, a formación dos profesionais e a difusión da cultura de calidade e seguridade nos centros asistenciais do Servizo Galego de Saúde: creación dos núcleos de seguridade en todas as organizacións, implantación da norma UNE 179003/2013: Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente, implantación do Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente (SiNASP), mellora da seguridade nos coidados: prevención de úlceras por presión (UPP), programa Bacteriemia Zero, Pneumonía Zero, hixiene de mans, prevención de caídas, identificación inequívoca de pacientes e seguridade relacionada co uso de medicamentos.

A Subdirección Xeral de Atención ao Cidadán e Calidade do Servizo Galego de Saúde vén desenvolvendo dende o ano 2009 outras intervencións (que se poden consultar na intranet) relacionadas coa seguridade dos pacientes e aliñadas coa Estratexia 8 do Plan de calidade do Sistema Nacional de Saúde (SNS) ⁽²⁰⁾.

Entre elas cabe destacar o desenvolvemento dunha intensa actividade na liña de traballo de sensibilización e formación acreditada en seguridade do paciente para profesionais sanitarios e non sanitarios, cun número crecente de cursos tanto presenciais como en liña postos en marcha nos últimos anos.

No ano 2011 elaborouse o documento *Guía de recomendacións para a xestión de eventos sentinela e eventos adversos graves nos centros sanitarios do Sistema Público de Saúde de Galicia* ⁽²⁴⁾, coa intención de mellorar a abordaxe destas complexas situacións dunha forma sistemática, respectuosa e integrada en todo o noso sistema sanitario.

En relación cos pacientes e cos cidadáns, a Comunidade Autónoma Galega, a través da **Lei 8/2008, de saúde de Galicia**, regula entre outros, os seus dereitos e deberes, así como a súa participación na xestión do Sistema Público de Saúde de Galicia.

O Servizo Galego de Saúde establece na súa **Estratexia SERGAS 2014** ⁽¹⁾ o paciente como o centro do sistema sanitario. No obxectivo 1.7. Participación dos cidadáns e dos pacientes, insístease en fomentar a participación dos cidadáns no sistema sanitario como forma de entender as súas necesidades e conseguir a súa implicación e responsabilidade tanto no sistema coma na súa propia saúde.

O **Plan de prioridades sanitarias 2011-2014** ⁽²⁵⁾, renovado en 2014 identifica como unha grande área conxunta de mellora do noso sistema sanitario a dos dereitos sanitarios dos usuarios e a calidade dos procesos asistenciais.

O compromiso coa participación e coa formación dos cidadáns na seguridade queda patente en iniciativas como a posta en marcha na **Escola Galega de Saúde para Cidadáns** ⁽²⁶⁾, que funciona dende o ano 2009 e en cuxas actividades participaron arredor de 9000 cidadáns.

Nesta mesma liña, e co obxectivo de empoderar os pacientes e cidadáns e escoitar a súa voz, créase o Consello Asesor de Pacientes (Orde do 22 de agosto de 2011), como órgano de asesoramento do Servizo Galego de Saúde.

O *Manifesto de pacientes e cidadáns pola hixiene de mans* ⁽²⁷⁾ de 2013 nace, así mesmo, do compromiso do Goberno galego coa participación dos pacientes.

f) Institucións e organismos internacionais de referencia en Seguridade de Pacientes

As organizacións de recoñecemento internacional que serviron como referencia na elaboración deste documento figuran no **anexo 1**.

3.2 Marco normativo

a) Ámbito nacional

- Constitución española de 1978. No seu artigo 43 reconece o dereito da cidadanía á protección da saúde.
- Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade. Universaliza o dereito á protección da saúde e á asistencia sanitaria a toda a poboación española, orientando o sistema sanitario á promoción da saúde, á prevención da enfermidade e ao acceso igualitario ás prestacións sanitarias, con ampla participación cidadá, promovendo a rehabilitación e a reinserción social.
- Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal.
- Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica.
- Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde. Establece o marco legal para as accións de coordinación e cooperación das administracións públicas sanitarias, no exercicio das súas respectivas competencias, de modo que se garanta a equidade, a calidade e a participación social no SNS, así como a participación activa deste na redución das desigualdades en saúde.
- Lei 44/2003, do 21 de novembro, de ordenación das profesións sanitarias..
- Lei orgánica 3/2007, do 22 de marzo, para a igualdade efectiva de mulleres e homes. Recolle no seu artigo 27 a integración do principio de igualdade na política de saúde e a perspectiva de xénero.
- Lei 29/2006, do 26 de xullo, de garantías e uso racional dos medicamentos e produtos sanitarios.
- Real decreto 577/2013, do 26 de xullo, polo que se regula a farmacovixilancia de medicamentos de uso humano.
- Real decreto 41/2013 sobre protección radiolóxica.
- Real decreto 1566/1998, do 17 de xullo, polo que se establecen os criterios de calidade en radioterapia.
- Real decreto lei 16/2012, do 20 de abril, de medidas urxentes para garantir a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde e mellorar a calidade e seguridade das súas prestacións.

- Orde ECI/332/2008, do 13 de febreiro, pola que se establecen os requisitos para a verificación dos títulos universitarios oficiais que habiliten para o exercicio da profesión de médico.
- Orde PRE/1435/2013, do 23 de xullo, pola que se desenvolve o regulamento da Lei de ordenación dos transportes terrestres en materia de transporte sanitario por estrada.
- Proxecto de real decreto polo que se establecen as garantías de calidade e seguridade na prestación da asistencia sanitaria (en tramitación).
- Real decreto 1841/1997, do 5 de decembro, polo que se establecen os criterios de calidade en medicina nuclear.

b) Ámbito autonómico

- Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia.
- Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes. .
- Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes.
- Decreto 43/2013, do 21 de febreiro, polo que se establece a estrutura orgánica do Servizo Galego de Saúde.
- Decreto 41/2013, do 21 de febreiro, polo que se establece a estrutura orgánica da Consellería de Sanidade.
- Decreto 111/2013, do 4 de xullo, polo que se modifican os decretos 41/2013 e 43/2013, do 21 de febreiro, polos que se establecen as estruturas orgánicas da Consellería de Sanidade e do Servizo Galego de Saúde.
- Decreto 29/2009, do 5 de febreiro, polo que se regula o uso e acceso á historia clínica electrónica.
- Decreto 104/2005, do 6 de maio, de garantías de tempos máximos de espera na atención sanitaria.
- Decreto 205/2007, do 27 de setembro, polo que se regula o dereito á segunda opinión médica no Sistema Sanitario Público galego.
- Decreto 259/2007, do 13 de decembro, polo que se crea o Rexistro galego de instrucións previas sobre coidados e tratamento da saúde.

- Decreto 60/2012, do 26 de xaneiro, polo que se crea a Comisión Galega de Estratexia contra a Dor.
- Orde do 22 de agosto de 2011 pola que crea o Consello Asesor de Pacientes.

- Proxecto de lei de garantías de prestacións sanitarias (en tramitación)..

E toda a normativa vixente, consultable na intranet do Servizo Galego de Saúde ⁽²⁸⁾ e a normativa específica para as áreas de seguridade transfusional e radioloxía que se recollen nos anexos 6 e 7, respectivamente.

3.3 Normativa específica para a acreditación e/ou certificación en calidade e seguridade

a) Certificación

- Norma UNE 179003/2013. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente.
- Norma UNE 179006/2013. Sistema para a vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria nos hospitais.
- PNE 179007. Servizos sanitarios. Sistema de xestión da calidade para laboratorios de reprodución humana asistida.
- Norma UNE 171340. Validación e cualificación de salas de ambiente controlado nos hospitais.
- Norma UNE 179002/2011. Servizos sanitarios. Sistemas de xestión da calidade para empresas de transporte sanitario.
- Norma UNE-EN ISO 14001/2004. Sistemas de xestión ambiental. Requisitos con orientación para o seu uso.

- Norma UNE-EN ISO 15189:2007. Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para a calidade e a competencia.

b) Acreditación

- Joint Commission International (JCI). Accreditation Standards for Hospitals, quinta edición, 2013.
- Joint Commission International (JCI) Accreditation Standards for Ambulatory Care, segunda edición, 2009.

c) Modelo de autoavaliación para a excelencia

- Modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM) de excelencia. 2013.

4

SEGURIDADE ASISTENCIAL EN GALICIA: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Dende o ano 2010 véñse realizando o seguimento e a avaliación dunha serie de indicadores de seguridade de pacientes que nos permitiu coñecer a realidade dos nosos centros nesta dimensión, comparar os resultados e logros entre os diferentes centros, dárllelos a coñecer aos equipos directivos e responsables de calidade destes, propoñer e implantar medidas de mellora.

Para a recompilación dos datos necesarios para o seguimento dos indicadores, utilizáronse como fontes de información:

- Memorias / Informes de *benchmarking* 2010/2012.
- Informes de Auditorías 2012.
- Indicadores de seguridade cadro de mando SIAC/ ATENEA.
- Indicadores do Sistema Nacional de Saúde.
- SiNASP.
- Resultados de Pneumonía Zero y Bacteriemia Zero.
- Rexistros do programa de enfermería hospitalaria Gacela.

Promoveuse a utilización de *benchmarking* como ferramenta de comparación, comunicación das mellores prácticas co fin de potenciar a comunicación e a participación dos traballadores.

Os resultados e a evolución deste traballo poden consultarse no documento de traballo e non para difusión, en pdf, *Seguimento e evolución de calidade e seguridade pacientes 2012*, que se pode solicitar e consultar nas xerencias de cada EOXI.

5

LIÑAS ESTRATÉXICAS EN SEGURIDADE DO PACIENTE

Estratexia 1	Liderado e xestión en seguridade de pacientes.
Estratexia 2	Formación en seguridade de pacientes.
Estratexia 3	Participación cidadá na seguridade do paciente.
Estratexia 4	Prevenición de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).
Estratexia 5	Identificación e comprobación inequívoca do paciente correcto, lugar correcto e procedemento correcto. Identificación inequívoca de mostras, estudos e documentos do paciente.
Estratexia 6	Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios.
Estratexia 7	Xestión de riscos nos procesos.
Estratexia 8	Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. SiNASP (Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente).
Estratexia 9	Comunicación e continuidade asistencial.
Estratexia 10	Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco. 1. Seguridade en cirurxía e anestesia. 2. Seguridade nos servizos de urxencias e emerxencias. 3. Seguridade nas unidades de críticos. 4. Seguridade obstétrica e neonatal. 5. Seguridade nas unidades de hemodiálise. 6. Seguridade nos servizos de oncohematoloxía. 7. Seguridade en radioterapia. 8. Seguridade en medicina nuclear. 9. Seguridade en saúde mental. 10. Seguridade transfusional.
Estratexia 11	Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe.
Estratexia 12	Seguridade nos coidados e procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento.
Estratexia 13	Seguridade do ámbito: equipamento e xestión segura de residuos sanitarios.
Estratexia 14	Investigación e innovación en seguridade de pacientes.

XUSTIFICACIÓN, OBXECTIVOS, CRITERIOS DE AVALIACIÓN E INDICADORES PARA CADA LIÑA ESTRATÉXICA

Estratexia 1.- Liderado e xestión en seguridade de pacientes

Xustificación

A prestación dunha atención excelente ao paciente require dun liderado efectivo. O devandito liderado provén dos gobernantes, os líderes e directivos que ocupen postos de responsabilidade.

Os que dirixen, forman, administran e xestionan unha organización teñen autoridade e responsabilidade formal. Colectiva e individualmente compételles aos líderes cumprir coas leis e garantir que a organización lle responde á poboación de pacientes que atende. **O nivel de desenvolvemento do resto de liñas estratéxicas previstas neste documento depende en boa medida da competencia e do compromiso dos líderes.**

A xestión de riscos debe estar presente nas políticas, nos procesos e nas prácticas da organización. Así mesmo, débese ter en conta tanto no deseño coma na execución e mellora dos procesos asistenciais e non asistenciais, coa finalidade de que se reduza todo aquilo que non lle engada valor ao proceso e que sexa desencadeante de eventos adversos.

Obxectivos

Definir e aprobar a política de xestión de riscos da organización.

1.1

Implantar e manter un sistema de xestión de riscos que recolla os procesos, os obxectivos, os recursos e o sistema de avaliación e mellora necesarios para garantir o seu funcionamento.

1.2

Fomentar a cultura de seguridade en toda a organización.

1.3

Garantir unha boa comunicación interna e externa relacionada coa seguridade do paciente.

1.4

Criterios para a avaliación

Para o obxectivo 1.1 - Definir e aprobar a política de xestión de riscos da organización.

1.1.1. A organización dispón dunha política de xestión de riscos aliñada coa estratexia da organización.

Indicador



1.1.1.1. A organización dispón dunha política de xestión de riscos aliñada coa estratexia do Servizo Galego de Saúde.

Para o obxectivo 1.2.- Implantar e manter un sistema de xestión de riscos que recolla os procesos, os obxectivos, os recursos e o sistema de avaliación e mellora necesarios para garantir o seu funcionamento.

1.2.1. A organización dispón de obxectivos operativos do Sistema de xestión de riscos para a seguridade do paciente, documentados e aprobados, que revisa e renova periodicamente.

Indicador



1.2.1.1. A Comisión de Dirección aproba e renova os obxectivos operativos do Sistema de xestión de riscos para a seguridade do paciente

1.2.2. A organización dispón dunha estrutura para a xestión de riscos que establece que:

- Existe polo menos **un profesional referente de calidade e/ou seguridade do paciente** eno centro cuxas funcións asistenciais e obxectivos inclúen explicitamente a xestión da seguridade e a calidade asistencial.
- Désígnase un **representante da Dirección** responsable del sistema de gestión de riscos, que analiza de forma sistemática los incidentes, realiza propuestas de mejora y las traslada para su autorización a la Comisión de Dirección.

Indicador

- 1.2.2.1.  Existe polo menos un profesional referente de seguridade do paciente e un representante da Dirección responsable do Sistema de xestión de riscos.

1.2.3. Existe un cadro de mando de seguridade, con indicadores que permiten verificar o funcionamento do Sistema de xestión de riscos e un procedemento de seguimento e revisión destes.

Indicador

- 1.2.3.1.  Existe un cadro de mando que permite verificar e realizar un seguimento do funcionamento do Sistema de xestión de riscos.

1.2.4. Os líderes aproban as accións de tratamento do risco e as accións correctivas necesarias, implantan as mellores prácticas para mellorar a seguridade do paciente.

Indicador

- 1.2.4.1.  Os líderes aproban as accións de tratamento do risco e as accións correctivas.

1.2.5. A organización revisa anualmente o funcionamento do Sistema de xestión de riscos, facendo comparacións no ámbito interno e con outras organizacións cando estean dispoñibles e cos estándares predefinidos.

Indicador

- 1.2.5.1.  Existe un informe anual de revisión de resultados de xestión de risco, con aplicación de *benchmarking*.

Para o obxectivo 1.3.- Fomentar a cultura de seguridade en toda a organización.

1.3.1. Os líderes coñecen os riscos dos procesos da organización e participan periodicamente en visitas estruturadas nos servizos/unidades.

Indicador

- 1.3.1.1.  Número de roldas de seguridade realizadas anualmente con participación dalgún membro da Dirección, documentadas.

1.3.2. Os líderes coñecen as percepcións e expectativas que a sociedade ten sobre a seguridade do paciente.

Indicador

- 1.3.2.1.  Os líderes realizan enquisas de percepción da sociedade sobre a seguridade do paciente.

1.3.3. Os líderes demostran que os traballadores da organización participan en proxectos de mellora e en actividades para fomentar a cultura de seguridade do paciente e recoñecen a súa contribución aos logros alcanzados.

Indicador

- 1.3.3.1.  Os líderes recoñecen expresamente a contribución dos profesionais aos logros alcanzados en seguridade de pacientes.

Para o obxectivo 1.4.- Garantir unha boa comunicación interna e externa relacionada coa seguridade do paciente.

1.4.1. Os líderes utilizan sistemas de retroalimentación para informar os traballadores sobre o funcionamento, os resultados do Sistema de xestión de riscos e as accións de mellora implantadas.

Indicador

- 1.4.1.1.  Os líderes realizan sesións para informar os traballadores sobre o funcionamento, os resultados do Sistema de xestión de riscos e as accións de mellora implantadas.

1.4.2. Os líderes utilizan un procedemento para identificar e xestionar os eventos adversos graves e os eventos sentinela.

Indicador

- 1.4.2.1.  Número de reclamacións da organización relacionadas con eventos sentinela e eventos adversos graves.

Estratexia 2.- Formación en seguridade de pacientes

Xustificación

A atención sanitaria precisa profesionais e persoas capacitadas para cumprir a súa misión e cubrir as necesidades dos pacientes garantindo a súa seguridade e a calidade da atención.

A organización debe asegurar que calquera persoa que preste servizos nela sexa competente, tomando como base unha formación e unha experiencia axeitadas. A organización debe identificar as necesidades formativas asociadas ao seu sistema de xestión de riscos e proporcionarlles aos seus traballadores a formación necesaria para cubrir estas necesidades, avaliar a eficacia da formación e manter os correspondentes rexistros para a súa avaliación, análise e mellora. A formación debe estar orientada á acción e adaptada aos distintos perfís profesionais e de responsabilidade dos traballadores.

Obxectivos

Identificar anualmente as necesidades formativas en materia de xestión de riscos para a seguridade do paciente.	Dispoñer dun plan actualizado de formación en xestión de riscos e seguridade do paciente na organización.	Facilitarlles e esixirlles formación en seguridade de pacientes aos provedores de servizos subcontratados, coa finalidade de involucralos na xestión de riscos.	Realizar sesións clínicas multidisciplinares de revisión de casos e análise causa raíz (ACR) de incidentes graves de seguridade e de revisión de alertas de seguridade.	Fomentar que os traballadores formados actúen como formadores en actividades formativas relacionadas coa seguridade do paciente.
2.1	2.2	2.3	2.4	2.5

Criterios para a avaliación

Para o obxectivo 2.1.- Identificar anualmente as necesidades formativas en materia de xestión de riscos para a seguridade do paciente.

2.1.1. A organización identifica as necesidades formativas en materia de xestión de riscos mediante varias fontes de información:

- Os resultados da avaliación da calidade e seguridade.
- A incorporación de novas tecnoloxías e procedementos clínicos.
- Os cambios na organización.
- A información procedente da percepción sobre seguridade dos pacientes e dos traballadores.

Indicador

2.1.1.1.   Existe un procedemento para a identificación das necesidades formativas dos profesionais relacionadas coa xestión de riscos.

Para o obxectivo 2.2.- Dispoñer dun plan actualizado de formación en xestión de riscos e seguridade do paciente na organización.

2.2.1. A organización dispón dun plan de formación en materia de xestión de riscos e seguridade do paciente documentado e aprobado que se revisará cunha periodicidade anual.

Indicador

2.2.1.1.   Existe un plan de formación anual en seguridade do paciente.

Para o obxectivo 2.3.- Facilitarlles e esixirlles formación en seguridade de pacientes aos provedores de servizos subcontratados, coa finalidade de involucralos na xestión de riscos.

2.3.1. A organización facilítalles e esíxelles aos traballadores dos seus provedores de servizos subcontratados formación en materia de xestión de riscos para a seguridade do paciente.

Indicador

2.3.1.1.   Porcentaxe de traballadores dos servizos subcontratados que recibiron formación en xestión de riscos para a seguridade do paciente.

Para o obxectivo 2.4.- Realizar sesións clínicas multidisciplinares de revisión de casos e análise causa raíz (ACR) de incidentes graves de seguridade e de revisión de alertas de seguridade.

2.4.1. A organización realiza sesións clínicas de revisión de eventos adversos graves e eventos sentinela, utilizando a metodoloxía ACR.

Indicador

2.4.1.1.  Número de sesións clínicas de revisión de eventos adversos graves e eventos sentinela mediante a metodoloxía ACR.

2.4.2. Revísanse e difúndense entre os profesionais as alertas sobre seguridade do paciente e garántese a adecuación das prácticas da organización a estas.

Indicador

2.4.2.1.  Existe un sistema de información aos profesionais que difunde as alertas sobre seguridade do paciente, análise de incidentes e implantación de boas prácticas e os seus resultados.

Para o obxectivo 2.5.- Fomentar que os traballadores formados actúen como formadores en actividades docentes relacionadas coa seguridade do paciente.

2.5.1. Os profesionais da organización participan como formadores en accións formativas en materia de xestión de riscos e seguridade do paciente.

Indicador

2.5.1.1.  Porcentaxe de profesionais da organización que participaron como docentes en accións formativas de xestión de riscos e seguridade do paciente.

Estratexia 3.- Participación cidadá na seguridade do paciente

Xustificación

O cambio no perfil dos pacientes, o desenvolvemento do seu dereito á autonomía e á toma de decisións sobre a súa propia saúde supoñen para a nosa organización un reto e unha oportunidade. Que os pacientes participen, tanto de xeito individual coma colectivo, que se formen e contribúan cos profesionais en todo o que ten que ver cos seus problemas de saúde é moi positivo para o avance cara a un sistema máis seguro. Ninguén está máis interesado na súa seguridade ca o propio paciente. Incorporar o seu coñecemento é unha liña de desenvolvemento que se está a abordar en todos os sistemas sanitarios que queren mellorar esta dimensión da calidade, tamén no galego. Os pacientes e cidadáns ben informados e empoderados poden contribuír activamente na mellora da súa saúde.

Todos os organismos de referencia en seguridade de pacientes resaltan a relevancia dos propios pacientes como axentes activos na mellora da seguridade, e insisten na necesidade de aumentar os niveis de alfabetización sanitaria ²⁹ e de autonomía do paciente para a xestión segura da súa propia saúde.

A participación activa e responsable dos cidadáns é, ademais, unha garantía de transparencia na xestión da asistencia sanitaria pública, un dos valores que se recollen de xeito explícito na Estratexia Sergas 2014.

Obxectivos

Mellorar os niveis de alfabetización sanitaria da poboación, dotando os cidadáns e pacientes de información, formación e habilidades en autocoidados, recursos sanitarios e soporte necesario para promover a súa participación activa na corresponsabilización e xestión segura da súa saúde.

3.1

Implicar e darlles participación aos pacientes e cidadáns na toma de decisións sanitarias individuais e colectivas.

3.2

Involucrar os pacientes nos procesos relacionados coa seguridade do paciente.

3.3

Criterios para a avaliación

Para o obxectivo 3.1 - Mellorar os niveis de alfabetización sanitaria da poboación, dotando os cidadáns e pacientes de información, formación e habilidades en autocoidados, recursos sanitarios e soporte necesario para promover a súa participación activa na corresponsabilización e xestión segura da súa saúde.

3.1.1. O centro avalía as necesidades educativas do paciente e da súa familia e dispón dun plan de formación dirixido a pacientes/cidadáns.

Indicador



3.1.1.1. Dispónse dun plan de formación en seguridade do paciente dirixido a pacientes/cidadáns..

3.1.2. Poténciase a participación dos pacientes, conxuntamente cos profesionais, como pacientes formadores doutros pacientes con similares patoloxías..

Indicador



3.1.2.1. Número de pacientes expertos na organización, desagregados por patoloxías.

3.1.3. Prográmanse e lévanse a cabo espazos de comunicación que propicien o intercambio de coñecementos, inquietudes e experiencias entre pacientes e profesionais sanitarios..

Indicador



3.1.3.1. Número de pacientes da organización que participan en foros, conferencias, congresos e xornadas.

3.1.4. Fómase a cidadanía para que poida exercer os seus dereitos de prevención, atención e protección en materia de violencia de xénero.

Indicador

- 3.1.4.1.   Número de cidadáns formados en actividades relacionadas coa prevención, atención e protección da violencia de xénero.

Para o obxectivo 3.2.- Implicar e darlles participación aos pacientes e cidadáns na toma de decisións sanitarias individuais e colectivas.

3.2.1. Infórmanse os pacientes e cidadáns sobre reclamacións e eventos adversos acontecidos durante a utilización dos servizos sanitarios no Sistema Público de Saúde.

Indicador

- 3.2.1.1.   Número de actas da Comisión de Participación Cidadá nas que existen evidencias de información sobre reclamacións e eventos adversos

3.2.2. Infórmanse as asociacións de pacientes sobre a organización, os seus recursos e resultados, para potenciar a transparencia e a súa participación informada nas diferentes políticas de saúde.

Indicador

- 3.2.2.1.   Número de actividades de seguridade de pacientes realizadas con participación de asociacións de pacientes.

3.2.3. Favorécese a participación das asociacións de pacientes na elaboración dos procedementos e guías de atención e información.

Indicador

- 3.2.3.1.   Porcentaxe de procedementos e guías da EOXI en que participaron asociacións de pacientes.

3.2.4. Favorécese a participación das asociacións de pacientes nas comisións técnicas específicas de mellora da atención de patoloxías crónicas.

Indicador

- 3.2.4.1.   Número de asociacións de pacientes que participan en comisións técnicas.

Para o obxectivo 3.3.- Involucrar os pacientes nos procesos relacionados coa seguridade do paciente.

3.3.1. Dispónse e difúndese unha guía con recomendacións dirixidas a pacientes e familiares, para a prevención de incidentes relacionados coa seguridade do paciente, que estableza os seguintes aspectos:

- a) Autocoidados para a prevención de caídas.
- b) Autocoidados para a prevención de úlceras por presión.
- c) Autocoidados para a prevención de infeccións.
- d) Autocoidados para un uso seguro da medicación.
- e) Autocoidados para o control da comprobación da identificación de pacientes, probas diagnósticas e lugar de intervención.
- f) Inclusión dos documentos: "Declaración dos pacientes pola seguridade dos pacientes" e "Manifesto de pacientes e cidadáns pola hixiene de mans".

Indicador

- 3.3.1.1.   Porcentaxe de pacientes que coñecen a guía con recomendacións para a seguridade do paciente.

3.3.2. Ponse á disposición dos cidadáns un sistema de notificación de incidentes de seguridade e facilítaselles información clara e precisa de como notificar.

Indicador

- 3.3.2.1.   A organización realiza polo menos unha actividade anual para informar os pacientes/cidadáns sobre como notificar incidentes de seguridade.

3.3.3. Realízase periodicamente recollida de información sobre a súa percepción de seguridade clínica.

Indicador

- 3.3.3.1.   Porcentaxe de pacientes enquisados que manifestan que recibiron unha asistencia "segura" ou "moi segura".

3.3.4. Foméntase que os pacientes lles formulen aos profesionais sanitarios que os atenden as preguntas que necesiten sobre os seus problemas de saúde.

Indicador

- 3.3.4.1.   Existe un procedemento de axuda aos pacientes para formular preguntas en relación co seu proceso.

Indicador

3.3.5.1. Porcentaxe de pacientes que coñecen o Sistema de notificación de reaccións adversas a medicamentos (RAM).

Indicador

3.3.6.1. Porcentaxe de pacientes que asina o lugar correcto en intervencións cirúrxicas de dobre membro.

Indicador

3-3-7.1.   Número de actividades sobre higiene de mans en que participaron pacientes.

Estratexia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria

Xustificación

A infección constitúe actualmente un dos riscos máis importantes que poden afectar o paciente durante o proceso de asistencia nun centro sanitario. O *Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles* (EPINE) indica que no ano 2012 en Galicia entre o 6,3 % e 7,7 % dos pacientes hospitalizados presentaron unha infección relacionada coa atención sanitaria, e esta porcentaxe elévase a un valor entre o 6,77 % e o 8,76 % nos hospitais de máis de 500 camas. Así mesmo, o Estudio nacional sobre efectos adversos en los hospitales (ENEAS)⁵ sinala, no ano 2005, que o 25,34 % dos eventos adversos identificados estaba relacionado coa presenza dunha infección desenvolvida no hospital.

A partir dos resultados do estudo SENIC³⁰ (*Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control*) existe base científica que demostra que a implantación nos hospitais de programas de vixilancia, prevención e control da infección pode reducir de xeito importante o risco de infección.

O obxectivo destes programas de prevención e control de infeccións dunha organización é identificar e diminuír os riscos de contracción e transmisión de infeccións entre os pacientes, o persoal, os profesionais sanitarios, os voluntarios, os estudantes e as visitas.

Os riscos de infección e as actividades do programa poden diferir dunha organización a outra, dependendo das actividades e servizos clínicos da organización, a poboación de pacientes que atende, a súa situación xeográfica, o volume de pacientes e o número de empregados.

Os programas efectivos teñen en común líderes identificados, persoal ben capacitado, métodos para identificar e abordar os riscos de infección en forma proactiva, políticas e procedementos axeitados, formación do persoal e coordinación en toda a organización.

En España a norma UNE 179006. Sistema para a vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria nos hospitais recolle os requisitos que deben cumprir os sistemas de vixilancia para a prevención da infección relacionada coa asistencia sanitaria.

Objetivos

Implantar na organización un sistema integrado para a vixilancia, prevención e control das IRAS.	Potenciar o traballo dos equipos de mellora da infección, profilaxe e política antibiótica para o control da infección como órgano de asesoramento da Dirección e facilitador da participación dos profesionais sanitarios en todos aqueles temas relativos á vixilancia, prevención e control de IRAS.	Implantar os procedementos operativos relacionados co control e prevención das IRAS necesarios para garantir un óptimo funcionamento do sistema.	Reducir a infección relacionada coa asistencia sanitaria na organización.	Mellorar a cultura da organización en relación coa vixilancia, prevención e control das IRAS.
4.1	4.2	4.3	4.4	4.5

Criterios para a avaliación

Para o obxectivo 4.1.- Implantar na organización un sistema integrado para a vixilancia, prevención e control das IRAS.

4.1.1. A organización incluíu na súa política as normas para o Sistema de vixilancia, prevención e control da infección e o seu alcance.

Indicador

4.1.1.1. Existe unha política na organización referida ao Sistema de vixilancia, prevención e control da infección.

4.1.2. A organización planifica o Sistema para a vixilancia, prevención e control de infeccións para conseguir os obxectivos da prevención e control de infeccións e o plan revísase anualmente.

Indicador

- 4.1.2.1.  Existe un plan de acción anual para a diminución da infección segundo a norma UNE 179006 aprobado pola dirección.

4.1.3. A organización mantén a integridade do Sistema de control de infeccións cando se planifican e introducen cambios na organización.

Indicador

- 4.1.3.1.  Existe un procedemento para o mantemento do Sistema de vixilancia, prevención e control da infección cando se planifican e introducen cambios na organización.

4.1.4. A organización revisa periodicamente o funcionamento do sistema, analiza o cumprimento dos obxectivos marcados e implanta as accións de mellora necesarias baseándose na revisión do sistema e análise de resultados.

Indicador

- 4.1.4.1.  Existe na organización un informe anual de revisión pola Dirección do Sistema de vixilancia, prevención e control da infección relacionada coa atención sanitaria.

4.1.5. A organización establece plans de continxencia ante riscos potenciais que así o requiran ou adapta para a súa aplicación os establecidos pola Administración pública correspondente.

Indicador

- 4.1.5.1.  Existen na organización procedementos para a elaboración de plans de continxencia sobre infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria.

Para o obxectivo 4.2.- Potenciar o traballo dos equipos de mellora da infección, profilaxe e política antibiótica para o control da infección como órgano de asesoramento da Dirección e facilitador da participación dos profesionais sanitarios en todos aqueles temas relativos á vixilancia, prevención e control das IRAS.

4.2.1. Os equipos de mellora da infección, profilaxe e política antibiótica coñecen e analizan os patróns de resistencia aos antimicrobianos dos microorganismos máis relevantes illados nos pacientes da organización e facilitados

polo servizo de microbioloxía e analizan e propoñen accións de mellora a partir da devandita información.

Indicador

- 4.2.1.1.  Número de informes anuais sobre resistencia a antimicrobianos.

4.2.2. Os equipos de mellora da infección, profilaxe e política antibiótica establecen e avalían de xeito periódico a política antimicrobiana do centro.

Indicador

- 4.2.2.1.  Existe un informe de revisión anual da política antimicrobiana da organización.

Para o obxectivo 4.3.- Implantar os procedementos operativos relacionados co control e prevención de IRAS necesarios para garantir un óptimo funcionamento do sistema.

4.3.1. A organización implanta o procedemento operativo "Precaucións especiais de hospitalización para pacientes con enfermidades transmisibles ou colonizados por microorganismos multirresistentes".

Indicador

- 4.3.1.1.  Está implantado un procedemento de illamentos para a prevención das IRAS.

4.3.2. A organización implanta un procedemento operativo para a realización aséptica das principais técnicas invasivas.

Indicador

- 4.3.2.1.  Prevalencia de infección nosocomial adquirida no propio centro en especialidades cirúrxicas.

4.3.3. A organización implanta un procedemento operativo para a hixiene de mans e o uso de luvas.

Indicador

- 4.3.3.1.  Consumo en litros de preparado de base alcohólica (PBA) para a hixiene das mans por cada mil estancias.

4.3.4. A organización implanta un procedemento de utilización de equipos de protección individual (EPI).

Indicador



4.3.4.1.

Disponibilidade de lentes de protección nos servizos de coidados críticos (UCI, REA, UCI Coronaria), servizos cirúrxicos, servizos de urxencias.

4.3.5. A organización implanta un procedemento para o uso axeitado de antimicrobianos que se revisa anualmente.

Indicador



4.3.5.1.

Porcentaxe de adecuación da profilaxe antibiótica en pacientes cirúrxicos.

4.3.6. A organización implanta un procedemento operativo de esterilización.

Indicador



4.3.6.1.

Existe un procedemento operativo de esterilización na organización.

4.3.7. A organización implanta un procedemento operativo de desinfección.

Indicador



4.3.7.1.

Existe un procedemento operativo de desinfección na organización.

4.3.8. A organización implanta un procedemento operativo para garantir a bioseguridade ambiental (auga, aire e alimentos).

Indicador



4.3.8.1.

Número de brotes anuais de lexiónela.

4.3.9. A organización implanta un procedemento operativo de limpeza de instalacións.

Indicador



4.3.9.1.

Porcentaxe de pacientes satisfeitos coa limpeza das instalacións.

Para o obxectivo 4.4.- Reducir a infección relacionada coa asistencia sanitaria na organización.

4.4.1. A organización detecta os brotes epidémicos de infección.

Indicador



4.4.1.1.

A organización implanta un procedemento para a identificación e xestión de brotes epidémicos.

4.4.2. A organización identifica e avalía os factores de risco asociados ás IRAS.

Indicador



4.4.2.1.

A organización dispón dun procedemento implantado para identificar e avaliar os factores de risco asociados ás IRAS.

4.4.3. A organización garante que se incorporan criterios de prevención da infección no deseño ou reformas de áreas hospitalarias ou cambio de uso destas.

Indicador



4.4.3.1.

A organización dispón dun procedemento implantado que garante que se incorporan criterios de prevención da infección no deseño ou reformas de áreas hospitalarias ou cambio de uso destas.

4.4.4. A organización garante que se teñen en conta criterios de prevención de infeccións na contratación de servizos externos, compra de equipos ou dispositivos en relación con posibles riscos de infección.

Indicador



4.4.4.1.

Os servizos contratados cumpren cos requisitos de prevención da infección incluídos nos pregos de contratación.

4.4.5. A organización implanta as medidas máis axeitadas de prevención e control das IRAS, que avalía periodicamente colaborando activamente coas autoridades sanitarias na vixilancia epidemiolóxica.

Indicador



4.4.5.1.

Disminución da taxa das IRAS.

Para o obxectivo 4.5.- Mellorar a cultura da organización en relación coa vixilancia, prevención e control das IRAS.

4.5.1. Realizar actividades de información e sensibilización para a prevención e control das IRAS.

Indicador

4.5.1.1. Número de actividades de información e sensibilización realizadas para a prevención e control das IRAS.



Estratexia 5.- Identificación e comprobación inequívoca do paciente correcto, lugar correcto e procedemento correcto. Identificación inequívoca de mostrás, estudos e documentos do paciente

Xustificación

Os erros relacionados co paciente equivocado acontecen en practicamente todas as fases do diagnóstico e tratamento. Das 4086 notificacións realizadas no Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente (SiNASP)⁽³⁾ entre xaneiro de 2011 e outubro de 2013, 748 (o 18,3 %) teñen que ver con erros de identificación de pacientes, de mostrás ou de peticións de probas complementarias. Os pacientes poden estar nunha situación de risco en canto á identificación por presentar discapacidades sensoriais, alteracións do nivel de conciencia, diminución do seu nivel de alerta, debido aos seus cadros clínicos ou á iatroxenia, ou por ser cambiados de cama, de cuarto ou de lugar dentro do hospital. Por iso a intención desta estratexia é tripla: en primeiro lugar, identificar de forma fiable a persoa como aquela a quen está dirixido o servizo ou o tratamento; en segundo lugar, facer que o servizo ou tratamento coincida coa persoa; en terceiro lugar, que todas as mostrás e peticións se correspondan co paciente correcto. É imperativo que en todos os procedementos asistenciais que se realicen nos centros do Servizo Galego de Saúde se garanta que se está a tratar o paciente correcto.

Os erros de identificación de mostrás biolóxicas, en ocasións de obtención complexa, como as biopsias ou os fluídos corporais que precisan técnicas invasivas para a súa extracción –líquidos cefalorraquídeos, pleurais, sinoviais, pericárdicos– constitúen un problema nada desprezable para os centros, chama moito a atención a porcentaxe de notificacións no SiNASP que ten relación con iso. Dada a transcendencia potencial dun erro deste tipo na abordaxe diagnóstica e/ou terapéutica dun determinado paciente, os hospitais e servizos de atención primaria deben tomar medidas que os eviten e garantir procedementos de identificación e transporte de mostrás seguros.

Tamén son frecuentes os erros de identificación de probas de imaxe radiolóxicas, que crean problemas de erro diagnóstico e obrigan en ocasións a repetir exploracións, coa subsecuente dose de radiación engadida ao paciente, a insatisfacción polos danos, a perda de tempo que lle supón repetir unha proba complementaria, a transcendencia que pode ter no seu proceso clínico unha demora diagnóstica ou terapéutica, a sobrecarga de traballo de persoal, a alteración da planificación de axendas de traballo dos servizos, a perda de prestixio e o dano á imaxe do centro, e o custo evitable, directo e indirecto, deste tipo de erros previsible.

Obxectivos

Conseguir que a comprobación inequívoca da identidade dos pacientes antes de calquera intervención sanitaria sexa unha práctica interiorizada por todos os profesionais do Servizo Galego de Saúde.	Garantir a correcta identificación nai-fillo en todos os centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde.	Garantir en todo procedemento intervencionista, que se trata do paciente correcto, o lugar correcto e o procedemento correcto.	Garantir en todos os centros a correcta identificación de documentos, mostrás biolóxicas e estudos radiolóxicos dos pacientes, para diminuír os erros de identificación.
5.1	5.2	5.3	5.4

Criterios para a avaliación

Para o obxectivo 5.1.- Conseguir que a comprobación inequívoca da identidade dos pacientes antes de calquera intervención sanitaria sexa unha práctica interiorizada por todos os profesionais do Servizo Galego de Saúde.

5.1.1. Os centros contan cun procedemento de identificación e comprobación da identidade inequívoca de pacientes, actualizado, dispoñible para os traballadores, difundido axeitadamente entre estes e avalíase o grao de adherencia ao procedemento de forma sistemática. Extrémanse as medidas adoptadas nos pacientes vulnerables: pacientes en coma, con sedación farmacolóxica, deterioración cognitiva, soidade, dificultades de comunicación verbal, déficits sensoriais e desamparo social, ou con calquera outra situación clínica que aumente o risco de erro.

Indicador

5.1.1.1.   Porcentaxe de pacientes identificados conforme o procedemento.

Para o obxectivo 5.2.- Garantir a correcta identificación nai-fillo en todos os centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde.

5.2.1. Os centros contan cun procedemento de identificación e comprobación da identidade inequívoca nai-fillo, actualizado, dispoñible para os traballadores, difundido axeitadamente entre os profesionais e cuxa implantación e nivel de cumprimento se auditará periodicamente.

Indicador

5.2.1.1.   Porcentaxe de identificación nai-fillo conforme o procedemento.

Para o obxectivo 5.3.- Garantir en todo procedemento intervencionista que se trata do paciente correcto, o lugar correcto e o procedemento correcto.

5.3.1. Os centros dispoñen dun procedemento de comprobación de paciente correcto, lugar correcto e procedemento correcto antes de calquera intervención asistencial, e especialmente en áreas cirúrxicas e intervencionistas.

Indicador

5.3.1.1.   Porcentaxe de pacientes que foron consultados para a comprobación de paciente correcto/lugar correcto/procedemento correcto.

Para o obxectivo 5.4.- Garantir en todos os centros a correcta identificación de documentos, mostras biolóxicas e estudos de diagnóstico por imaxe dos pacientes, diminuindo os erros de identificación.

5.4.1. Os centros dispoñen dun procedemento de comprobación da correcta identificación, transporte, conservación e xestión de mostras biolóxicas.

Indicador

5.4.1.1.   Existe un procedemento de comprobación da correcta identificación, transporte, conservación e xestión de mostras biolóxicas.

5.4.2. Mídense os erros de identificación de mostra nos servizos centrais e establécense medidas correctoras orientadas á mellora continua.

Indicador

5.4.2.1.   Número de reunións do grupo de análise de erros de identificación de mostras.

5.4.3. Os centros dispoñen dun procedemento de comprobación da correcta identificación de estudos de diagnóstico por imaxe.

Indicador

5.4.3.1.   Porcentaxe de utilización dos rexistros para a comprobación da correcta identificación de estudos de diagnóstico por imaxe.

5.4.4. Mídense os erros de identificación de estudos de diagnóstico por imaxe e establécense as medidas correctoras orientadas á mellora continua.

Indicador

5.4.4.1.   Número de reunións do grupo de análise de erros de identificación de estudos de diagnóstico por imaxe.

Estratexia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios

Xustificación

Os erros de medicación son a causa máis frecuente de erros nos nosos centros, tal como se constata a través da nosa experiencia co SiNASP ⁽³¹⁾ (Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente), e en concordancia co resto de sistemas sanitarios que estudaron o tema. Das 4086 notificacións realizadas no SiNASP entre xaneiro de 2011 e outubro de 2013, 1283 (o 31,4 %) relaciónanse co uso de medicamentos.

Cando os medicamentos forman parte do plan de tratamento do paciente, é fundamental a súa xestión axeitada para garantir a súa seguridade. Considérase “medicación de alto risco” aquela medicación implicada nunha porcentaxe alta de erros e/ou eventos sentinela, medicación que implica un risco alto de eventos adversos e medicación de aspecto ou nome similar. Organizacións como a Organización Mundial da Saúde (OMS) ou o Instituto para o Uso Seguro do Medicamento (ISMP) dispoñen de listas de medicación de alto risco. Un problema de seguridade dos medicamentos mencionado con frecuencia é a administración involuntaria de electrólitos concentrados. O medio máis efectivo para diminuír estes incidentes é desenvolver un procedemento para a xestión de medicación de alto risco que inclúa unha lista de medicamentos que a organización considera de alto risco baseándose nos seus propios datos, que identifique as áreas onde estes medicamentos son necesarios e que identifique como se etiquetan de forma clara e como se almacenan nas devanditas áreas, de forma que o seu acceso estea restrinxido co fin de evitar a súa administración involuntaria.

Tal como reflicten dous estudos levados a cabo dende do Ministerio de Sanidade, dos anos 2007 e 2011, respectivamente, sobre implantación de prácticas seguras de utilización de medicamentos nos hospitais españois ⁽³²⁾ (ISMP) e nos que participaron hospitais do Servizo Galego de Saúde, os hospitais van acometendo a implantación de diversas prácticas de seguridade prioritarias recomendadas por organismos expertos en seguridade, como o uso de xiringas orais, a utilización de bombas de infusión con sistemas de protección de fluxo libre e a retirada de electrólitos das unidades asistenciais.

Así mesmo, demostrouse que a incorporación das novas tecnoloxías da información e comunicación, como a prescrición electrónica asistida, con sistemas de alerta e axuda á prescrición e o rexistro electrónico de administración de medicamentos, contribúe de xeito importante na diminución dos erros de medicación.

Obxectivos

Reducir os erros de medicación nos centros do Servizo Galego de Saúde, en especial aqueles relacionados con medicamentos de alto risco.

6.1

Garantir en todos os centros a seguridade dos procesos de almacenamento e conservación de medicamentos, produtos sanitarios e fluídos.

6.2

Estandarizar en todos os centros a aplicación de procedementos sobre seguridade na prescrición, dispensación, preparación, administración e seguimento da medicación, produtos sanitarios e fluídos.

6.3

Incrementar a notificación de reaccións adversas medicamentosas (RAM) por parte dos profesionais.

6.4

Criterios para a avaliación

Para o obxectivo 6.1.- Reducir os erros de medicación nos centros do Servizo Galego de Saúde, en especial aqueles relacionados con medicamentos de alto risco.

6.1.1. Dispónse de procedementos que faciliten a toma de decisións e que alerten ante posibles erros de dosificación, frecuencia, contraindicacións e interaccións medicamentosas antes da prescrición, dispensación e administración de medicamentos.

Indicador

6.1.1.1.



Dispónse de procedementos que alerten ante posibles erros de dosificación, frecuencia, contraindicacións e interaccións medicamentosas antes da prescrición, dispensación e administración de medicamentos.

6.1.2. Dispónse dun procedemento de rexistro, control e xestión de incidencias relacionadas con medicamentos e aplícase.

Indicador

- 6.1.2.1.   Dispónse dun procedemento de rexistro, control e xestión de incidencias relacionadas con medicamentos e aplícase.

6.1.3. Establécese un sistema de difusión de notas informativas, incidentes de seguridade e alertas relacionadas cos medicamentos.

Indicador

- 6.1.3.1.   Existe un sistema de difusión de notas informativas, incidentes de seguridade acontecidos no centro e alertas relacionadas cos medicamentos.

6.1.4. Establécense medidas para reducir o risco ante medicamentos con nomes parecidos e con etiquetas e envasados confusos ou de aparencia similar.

Indicador

- 6.1.4.1.   Incorpóranse medidas para reducir o risco ante medicamentos con nomes parecidos e con etiquetas e envasados confusos ou de aparencia similar.

6.1.5. Dispónse dunha listaxe cos medicamentos de alto risco que se usan no centro e dun procedemento actualizado sobre o seu manexo que inclúe a avaliación do seu coñecemento polos profesionais.

Indicador

- 6.1.5.1.   Existe unha listaxe cos medicamentos de alto risco que se usan no centro e os procedementos correspondentes para o seu manexo.

6.1.6. Existe unha listaxe de abreviaturas admitidas e consensuadas no centro cuxa interpretación é inequívoca e coñecida por todos os profesionais.

Indicador

- 6.1.6.1.   Existe unha listaxe de abreviaturas admitidas e consensuadas no centro cuxa interpretación é inequívoca e coñecida por todos os profesionais.

6.1.7. Avaliase periodicamente a seguridade do sistema de uso de medicamentos do centro.

Indicador

- 6.1.7.1.   Avaliase periodicamente a seguridade do sistema de uso de medicamentos do centro a través do cuestionario establecido polo Instituto para o Uso Seguro dos Medicamentos (ISMP).

Para o obxectivo 6.2.- Garantir en todos os centros a seguridade dos procesos de almacenamento e conservación de medicamentos, produtos sanitarios e fluídos.

6.2.1. Dispónse dun procedemento de control de caducidade dos medicamentos, produtos sanitarios e fluídos.

Indicador

- 6.2.1.1.   Porcentaxe de unidades en que non se detectan caducidades de medicamentos.

6.2.2. Dispónse un lugar, con acceso restrinxido, para o almacenamento dos medicamentos, produtos sanitarios e fluídos.

Indicador

- 6.2.2.1.   As áreas de almacenamento dos medicamentos, produtos sanitarios e fluídos dos servizos de farmacia son de acceso restrinxido.

6.2.3. Dispónse dun procedemento de control das condicións de conservación, como a temperatura, dos medicamentos, produtos sanitarios e fluídos nas zonas de almacenamento, incluíndo os situados no frigorífico.

Indicador

- 6.2.3.1.   Porcentaxe de unidades con sistemas de control da temperatura no almacén dos medicamentos.

6.2.4. Dispónse dun procedemento de revisión das boticas de primeiros auxilios tanto no servizo de farmacia coma nas distintas unidades, servizos ou consultas do centro para garantir as condicións de conservación, caducidade, presenza de medicamentos non autorizados e cantidades dispoñibles.

Indicador

6.2.4.1.   Está implantado un procedemento de revisión das boticas de primeiros auxilios para garantir as condicións de conservación, caducidade, presenza de medicamentos non autorizados e cantidades dispoñibles.

Para o obxectivo 6.3.- Estandarizar en todos os centros a aplicación de procedementos sobre seguridade na prescrición, dispensación ou subministración, administración e seguimento da medicación, produtos sanitarios e fluídos.

6.3.1. Dispónse dun modelo único de rexistro de tratamento para cada paciente onde aparecen como mínimo os seguintes datos: medicación actualizada do paciente, dose, frecuencia, vía de administración e datas de prescrición e revisión do tratamento.

Indicador

6.3.1.1.   Porcentaxe de rexistros de tratamento correctamente cubertos.

6.3.2. Dispónse dun sistema que permite avaliar a rastrexabilidade do medicamento no proceso prescrición-dispensación-administración.

Indicador

6.3.2.1.   Está implantado un procedemento para avaliar a rastrexabilidade do medicamento no proceso prescrición-dispensación-administración.

6.3.3. Dispónse dun procedemento ou sistema de administración da medicación onde se recollen os "cinco correctos": medicamento correcto, paciente correcto, dose correcta, hora correcta e vía de administración correcta, e aplícase.

Indicador

6.3.3.1.   Está implantado un procedemento de administración da medicación onde se recollen os "cinco correctos".

6.3.4. Dispónse dun procedemento estandarizado para conciliar a medicación do paciente ao ingreso no centro, tras a alta e durante os traslados a outras unidades, servizos ou niveis asistenciais e utilízase.

Indicador

6.3.4.1.   Está implantado un procedemento para conciliar a medicación do paciente.

6.3.5. Dispónse dun procedemento para a revisión dos tratamentos farmacolóxicos e dietéticos de pacientes pluripatolóxicos e polimedicados e utilízase.

Indicador

6.3.5.1.   Está implantado un procedemento para a revisión dos tratamentos farmacolóxicos e dietéticos de pacientes pluripatolóxicos e polimedicados.

6.3.6. As solucións intravenosas, as concentracións, as doses e os tempos de administración dos medicamentos están estandarizados e etiquetados de forma inequívoca nos dispositivos de administración.

Indicador

6.3.6.1.   Porcentaxe de solucións intravenosas administradas correctamente e etiquetadas.

6.3.7. Está estandarizada a práctica da dobre revisión na prescrición, preparación e/ou administración de fármacos de alto risco.

Indicador

6.3.7.1.   Porcentaxe de unidades nas que se practica dobre revisión na administración de fármacos de alto risco.

Para o obxectivo 6.4.- Incrementar a notificación de reaccións adversas medicamentosas (RAM) por parte dos profesionais.

6.4.1. Establécense mecanismos para incrementar a notificación de reaccións adversas á medicación.

Indicador

6.4.1.1.   Número de sesións sobre o uso do sistema de notificación de reaccións adversas a medicamentos (RAM) dirixidas aos profesionais.

Estratexia 7.- Xestión de riscos nos procesos

Xustificación

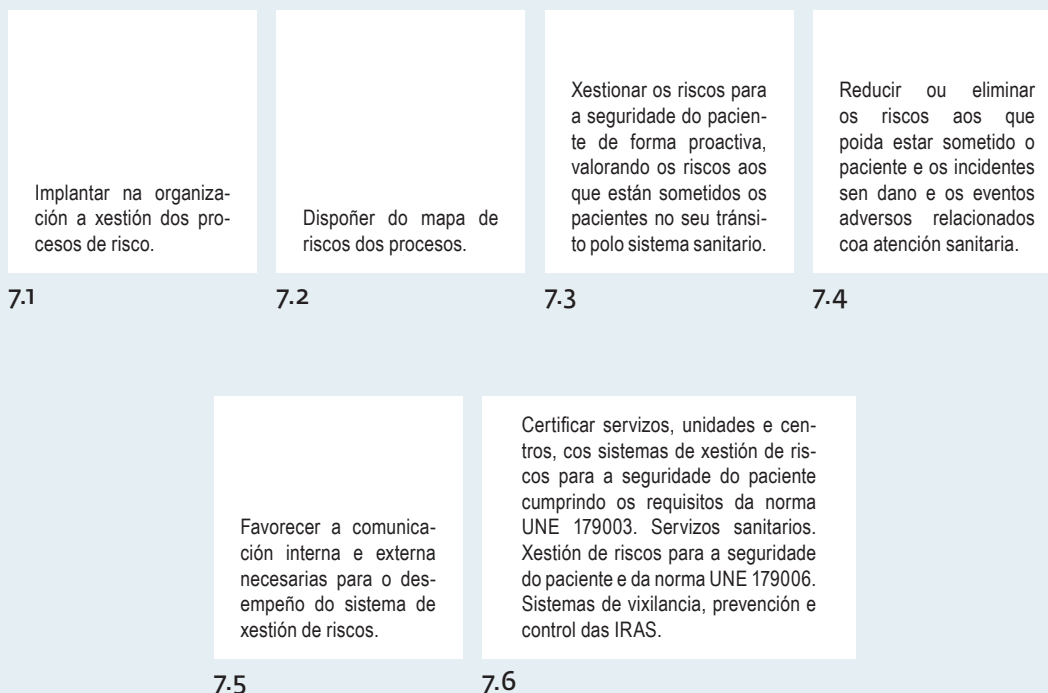
A xestión por procesos é unha ferramenta fundamental na que se basean, tanto polas normas ISO 9000 coma polo modelo EFQM de Excelencia. O enfoque baseado en procesos é un principio de xestión básico que se traduce nunha mellora significativa en todos os ámbitos de xestión das nosas organizacións para a obtención de xeito eficiente de resultados relativos á satisfacción do cliente e das restantes partes interesadas, mediante o cumprimento dos seus requisitos.

Para que unha organización funcione de xeito eficaz, ten que determinar e xestionar numerosas actividades relacionadas entre si. Frecuentemente, o resultado dun proceso constitúe directamente o elemento de entrada do seguinte proceso. Unha vantaxe do enfoque baseado en procesos é o control continuo que proporciona ao identificar os puntos críticos e diminuír a variabilidade e, polo tanto, mellorar a seguridade do paciente.

No sector sanitario, o risco é inherente á maioría das actividades clínicas. A xestión dos riscos clínicos para a mellora da seguridade do paciente ten o obxectivo de identificar as situacións de risco dos procesos e implantar as accións necesarias para a súa prevención, redución ou, se é o caso, control do seu impacto, tendo presente a imposibilidade de conseguir alcanzar o risco cero. A norma UNE 179003 recolle os requisitos que deben cumprir as organizacións que implanten sistemas de xestión de riscos para a seguridade do paciente.

A xestión dos riscos débese ter en conta tanto no deseño coma na execución dos procesos, con intención de reducir todo aquilo que non lle engada valor ao proceso e poida ser desencadeante de eventos adversos, aplicando estándares de calidade e seguridade, para facer máis eficientes os procesos e a utilización dos recursos dispoñibles, mellorando a calidade da atención e a seguridade dos pacientes e profesionais do Servizo Galego de Saúde.

Obxectivos



Criterios para a avaliación

Para o obxectivo 7.1.- Implantar na organización a xestión dos procesos de risco.

7.1.1. A organización identifica os procesos necesarios para o desempeño do Sistema de xestión da seguridade e a súa aplicación a través da organización e determina a secuencia e interacción destes procesos no mapa de procesos da organización.

Indicador

7.1.1.1.  Existe un **mapa de procesos** de risco da organización.

7.1.2. A organización determina os indicadores de seguridade dos procesos de risco.

Indicador

7.1.2.1.  Porcentaxe de procesos de risco con **indicadores de seguridade** definidos.

7.1.3. A organización realiza o seguimento, a medición e a análise dos procesos identificados como de risco.

Indicador

7.1.3.1.  Porcentaxe de procesos de risco medidos.

7.1.4. A organización implanta as accións necesarias para alcanzar os resultados planificados e a mellora continua destes procesos.

Indicador

7.1.4.1.  Porcentaxe de cumprimento dos obxectivos do Plan de seguridade do paciente.

Para o obxectivo 7.2.- Dispoñer do mapa de riscos dos procesos.

7.2.1. A organización analiza os procesos e identifica e documenta o seu mapa de riscos, que ten en conta as interaccións entre os procesos asistenciais e non asistenciais, que revisa e actualiza periodicamente ou cando se identifican novos riscos.

Indicador

7.2.1.1.  Porcentaxe de unidades asistenciais que dispoñen de mapas de riscos.

Para o obxectivo 7.3.- Xestionar os riscos para a seguridade do paciente de forma proactiva, valorando os riscos aos que están sometidos os pacientes no seu tránsito polo sistema sanitario.

7.3.1. A organización dispón dun manual do sistema de xestión de riscos.

Indicador

7.3.1.1.  Existe un manual de xestión de riscos da organización.

7.3.2. A organización revisa os seus procesos críticos para a identificación proactiva de riscos, análise, avaliación, mediante a ferramenta de análise modal de fallos e efectos (AMFE), e implanta, de ser necesario, as accións de tratamento que resulten deste exercicio.

Indicador

7.3.2.1.  Porcentaxe de procesos de risco con AMFE realizada.

Para o obxectivo 7.4.- Reducir ou eliminar os riscos aos que poida estar sometido o paciente e os incidentes sen dano e os eventos adversos relacionados coa atención sanitaria.

7.4.1. A organización establece e prioriza as accións de tratamento dos perigos/riscos identificados, unha vez avaliados, documéntaas, monitoriza, establece responsabilidades e avalía para comprobar a súa efectividade.

Indicador

7.4.1.1.   Existen plans de tratamento de riscos seguindo as directrices da Norma UNE 179003.

7.4.2. A organización establece, documenta e publica as boas prácticas en seguridade de pacientes, baseadas na evidencia, garantindo a accesibilidade á información nos lugares de traballo.

Indicador

7.4.2.1.   Difúndense e implántanse prácticas seguras.

Para o obxectivo 7.5.- Favorecer a comunicación interna e externa necesarias para o desempeño do sistema de xestión de riscos.

7.5.1. A organización establece, documenta e mantén as canles e procedementos normalizados de comunicación interna e externa que garanten o desempeño do seu Sistema de xestión de riscos.

Indicador

7.5.1.1.   Número de sesións xerais relacionadas coa xestión de riscos e seguridade do paciente.

Para o obxectivo 7.6.- Certificar servizos, unidades e centros, cos sistemas de xestión de riscos para a seguridade do paciente cumprindo os requisitos da norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente e da norma UNE 179006. Sistemas de vixilancia, prevención e control das IRAS.

7.6.1. A organización certifica servizos, unidades ou centros, co Sistema de xestión de riscos para a seguridade do paciente, que cumpren os requisitos da norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente.

Indicador

7.6.1.1.   Porcentaxe de unidades certificadas coa norma UNE 179003.

7.6.2. O centro está certificado co sistema de vixilancia, prevención e control das IRAS que cumpren os requisitos da norma UNE 179006. Sistema para a vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria nos hospitais.

Indicador

7.6.2.1.   O centro está certificado coa norma UNE 179006.

Estratexia 8.- Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. SiNASP (Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente)

Xustificación

A notificación voluntaria de incidentes de seguridade polos profesionais considérase unha ferramenta de primeira liña para a aprendizaxe e a mellora da seguridade asistencial e, se se comparte a aprendizaxe obtida, beneficia a todas as organizacións do sistema e aos seus usuarios. Dende o ano 2011 todos os hospitais do Servizo Galego de Saúde e Povisa teñen implantado o **Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente** (SiNASP)⁽³¹⁾.

A **Estratexia Sergas 2014**⁽⁴⁾ establece no seu obxectivo xeral: "Fomentar a cultura de seguridade clínica na actividade diaria dos profesionais, implantando prácticas seguras que reduzan a incidencia de eventos adversos". Por outro lado, na devandita estratexia establécese a posta en marcha de estruturas para a seguridade de pacientes e xestión de riscos. O proxecto SiNASP serviu en Galicia para revisar a estrutura e dotar de funcionalidade as devanditas unidades mediante a creación dos núcleos de seguridade.

O SiNASP permite coñecer, analizar e extraer coñecemento dos incidentes, estimula o traballo en equipo e a toma de accións para a mellora. Ademais permítelle ao Servizo Galego de Saúde dispoñer dunha base de datos global na que se inclúen todos os incidentes notificados, o cal permite avanzar no coñecemento que as institucións teñen dos problemas de seguridade que afectan os nosos pacientes e poñer en marcha a xestión e mellora dos riscos.

O uso responsable do SiNASP debe ser fomentado polos líderes dos centros sanitarios, deben resaltar o seu carácter confidencial e a súa orientación á aprendizaxe e á mellora.

Por outro lado, estes sistemas fomentan o traballo en equipo e ábremlles aos profesionais que o desexen a posibilidade de comunicar situacións mellorables que, doutro modo, poderían non chegar a ser coñecidas polos que as poden e deben solucionar.

Dispoñer dun sistema de notificación de incidentes é, por outro lado, un requisito da norma de xestión de riscos clínicos (UNE 179003), cuxa implantación se establece tamén como elemento clave da Estratexia Sergas 2014.

Obxectivos

Consolidar a notificación e a xestión de incidentes de seguridade e eventos adversos como unha práctica habitual por parte dos profesionais e xestores do Servizo Galego de Saúde para a mellora do sistema sanitario público.

8.1

Garantir a existencia e o funcionamento na organización dun núcleo de seguridade activo e comprometido coa seguridade do paciente.

8.2

Estandarizar en todos os centros do Servizo Galego de Saúde a xestión dos eventos adversos graves e os eventos sentinelas, de xeito sistemático.

8.3

Criterios para a avaliación

Para o obxectivo 8.1 - Consolidar a notificación e a xestión de incidentes de seguridade e eventos adversos como unha práctica habitual por parte dos profesionais e xestores do Servizo Galego de Saúde para a mellora do sistema sanitario público.

8.1.1. O SiNASP está implantado na organización, existe un xestor principal e unha rede de xestores alternativos que procesan as notificacións.

Indicador



8.1.1.1. Existe na EOXI un xestor principal e unha rede de xestores alternativos que procesan as notificacións.

8.1.2. Foméntase a notificación e monitorízase o volume de notificacións.

Indicador

8.1.2.1.  Porcentaxe de notificacións no SiNASP en relación co persoal sanitario.

8.1.3. As notificacións son xestionadas de xeito sistemático e efectivo.

Indicador

8.1.3.1.  Porcentaxe de notificacións no SiNASP xestionadas en menos de 30 días.

8.1.4. Implántanse melloras a raíz das notificacións.

Indicador

8.1.4.1.  Porcentaxe de notificacións pechadas con accións de mellora.

8.1.5. Elabóranse informes baseados no SiNASP que se difunden entre os profesionais comprometidos coa aprendizaxe e a mellora. Inclúese en todos os informes unha cláusula de confidencialidade que lles recorda aos profesionais a obrigatoriedade de facer un uso restrinxido e responsable da información obtida.

Indicador

8.1.5.1.  Número de informes difundidos en relación co SiNASP.

Para o obxectivo 8.2.- Garantir a existencia e o funcionamento na organización dun núcleo de seguridade activo e comprometido coa seguridade do paciente.

8.2.1. O Núcleo de Seguridade reúnese con periodicidade como mínimo bimensual e existen actas que reflicten os seus compromisos.

Indicador

8.2.1.1.  Número de reunións do núcleo de seguridade.

8.2.2. Xestiónanse de xeito integrado os incidentes dos distintos niveis asistenciais e no Núcleo de Seguridade participan profesionais de atención primaria e de atención hospitalaria.

Indicador

8.2.2.1.  Evidénciase participación de profesionais de atención primaria e de atención hospitalaria no Núcleo de Seguridade.

8.2.3. Constátase a participación dalgún membro da Dirección nas reunións e acordos dos núcleos de seguridade.

Indicador

8.2.3.1.  Evidénciase participación da Dirección nas reunións e acordos dos núcleos de seguridade.

8.2.4. Realízanse análises causas raíz nos incidentes notificados como SAC 1 e en todos os eventos sentinela que se producen nos centros.

Indicador

8.2.4.1.  Porcentaxe de ACR finalizados sobre SAC 1 e SAC 2.

Para o obxectivo 8.3.- Estandarizar en todos os centros do Servizo Galego de Saúde a xestión dos eventos adversos graves e os eventos sentinelas, de xeito sistemático.

8.3.1. Os membros dos equipos directivos e os responsables de calidade da organización coñecen e utilizan, en caso necesario, a *Guía de recomendacións para a xestión de eventos adversos graves e eventos sentinela nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde*.

Indicador

8.3.1.1.  Porcentaxe de directivos e mandos intermedios que coñecen a Guía de recomendacións para a xestión de eventos adversos graves e eventos sentinela nos centros sanitarios.

8.3.2. Documéntanse e arquívanse os estudos e investigacións realizados nos eventos sentinela sucedidos na organización.

Indicador

8.3.2.1.  Porcentaxe de eventos sentinela nos que se realiza informe.

Estratexia 9.- Comunicación e continuidade asistencial

Xustificación

A atención ao paciente é un esforzo complexo sumamente dependente da comunicación. Esta comunicación é para a comunidade, os pacientes e as familias, e para outros profesionais sanitarios. A insuficiente ou inadecuada transmisión de información é unha das causas raíz máis comúns dos incidentes de seguridade do paciente e é recoñecido polos notificantes como factor contribuínte no 60 % dos incidentes notificados no SiNASP. No noso complexo sistema sanitario son moitos os profesionais que interveñen sobre un mesmo paciente e é preciso extremar as precaucións neste sentido para asegurar a continuidade asistencial, fluída e sen riscos. É necesario deixar constancia do feito e transmitirlo ben ao resto de profesionais que teñan que intervir sobre o paciente. Todos os axentes implicados na seguridade do paciente deben estar axeitadamente informados dos proxectos de seguridade que se desenvolvan no Sergas, de acordo co seu nivel de competencias e o seu perfil profesional. É todo un reto, pero un requisito indispensable para unha atención multidisciplinar segura.

A continuidade na prestación de servizos é, así mesmo, determinante para a seguridade do paciente. Existe un elemento vertebrador de toda a información que se xera sobre un paciente, que é a historia clínica. Todos os profesionais teñen a obriga de rexistrar as súas intervencións neste documento común, que en Galicia, ademais, é electrónico e se comparte entre todos os niveis da organización. O uso responsable, confidencial e seguro da historia clínica é a mellor garantía de comunicación e de continuidade de coidados entre profesionais

Nun sistema sanitario complexo como é o noso, existe, así mesmo, outro elemento clave para asegurar que a atención sanitaria non se fragmenta nin se interrompe: profesionais de referencia para o paciente, distintos segundo os distintos escenarios da atención: médico de cabeceira, xestores de procesos, médico responsable durante un proceso de hospitalización. Os centros do Servizo Galego de Saúde deben fomentar a incorporación e a consolidación deste tipo de axentes.

Unha das premisas para o éxito de calquera plan é que exista unha boa comunicación a todos os niveis. A continuidade asistencial depende en boa medida diso.

Objetivos

Mellorar a comunicación entre os profesionais e os pacientes.	Mellorar a comunicación entre profesionais para lles garantir aos pacientes unha atención continuada.	Garantir a continuidade dos procesos en todos os niveis das organizacións, definindo procedementos centrados nas transicións asistenciais.	Mellorar a comunicación entre os xestores e os profesionais.	Mellorar a comunicación entre os centros sanitarios e a comunidade.
9.1	9.2	9.3	9.4	9.5

Criterios para a avaliación

Para o obxectivo 9.1.- Mellorar a comunicación entre os profesionais e os pacientes.

9.1.1. A organización dispón dun manual de estilo coñecido por todos no que se establece que os profesionais se presentan ao paciente, o informan sobre a súa cualificación profesional e sobre o que lle van facer, e comprobando a súa identidade antes de calquera intervención.

Indicador

-  9.1.1.1. Porcentaxe de pacientes que manifestan que os profesionais que os atenderon se lles presentaron.

9.1.2. Durante todo o proceso de hospitalización dun paciente, explícanse a este e/ou á persoa designada por el as actuacións que deben realizar os profesionais, asegurándose de que o comprende..

Indicador

-  9.1.2.1. Porcentaxe de pacientes que refiren que están satisfeitos coa información recibida.

9.1.3. O informe de alta tras a hospitalización recolle toda a información que o paciente necesita para garantir a continuidade e seguridade dos seus coidados.

Indicador

- 9.1.3.1.  Porcentaxe de pacientes que responden que a información que se lles transmitiu no informe de alta lles resultou útil para continuar cos seus coidados.

9.1.4. Os profesionais coñecen e informan os pacientes sobre o seu dereito a expresar as súas instrucións previas e o procedemento para facelo, e respectan a vontade dos pacientes manifestada no devandito documento.

Indicador

- 9.1.4.1.  Porcentaxe de profesionais que coñecen o dereito dos pacientes a expresar as súas instrucións previas (IP).

Para o obxectivo 9.2.- Mellorar a comunicación entre profesionais para lles garantir aos pacientes unha atención continuada.

9.2.1. Existe un procedemento áxil, coñecido por todos os profesionais e inequívoco, de recoñecemento, comunicación e activación de resposta óptima ante unha deterioración aguda e crítico da situación clínica dun paciente e existe un equipo de reanimación cardiopulmonar (RCP)..

Indicador

- 9.2.1.1.  Porcentaxe de profesionais que coñecen o procedemento de actuación ante a parada cardiorrespiratoria.

9.2.2. Existe un procedemento que regula a comunicación dos profesionais durante as gardas localizadas.

Indicador

- 9.2.2.1.  Existe un procedemento de comunicación dos profesionais durante as gardas localizadas.

9.2.3. As prescricións médicas transmítense por escrito, salvo en situacións excepcionais de urxencia ou emerxencia que se establecen de xeito explícito nun procedemento coñecido por todos os profesionais.

Indicador

- 9.2.3.1.  Porcentaxe de profesionais que coñecen o procedemento de prescricións médicas verbais.

9.2.4. O centro ten implantado un procedemento que regula e monitoriza a comunicación nas interconsultas médicas entre profesionais de distintas especialidades, e nel acórdanse tempos de resposta, sistemas de información e comunicación interprofesional.

Indicador

- 9.2.4.1.  Existe un procedemento sobre prazos de resposta a interconsultas entre servizos.

Para o obxectivo 9.3.- Garantir a continuidade dos procesos en todos os niveis das organizacións, definindo procedementos centrados nas transicións asistenciais.

9.3.1. As organizacións dispoñen dun procedemento para as transicións asistenciais que regule a derivación e o traslado de pacientes entre distintos centros asistenciais e entre distintas unidades ou servizos do mesmo hospital. Estes procedementos revísanse e actualízanse periodicamente.

Indicador

- 9.3.1.1.  Existe un procedemento de derivación/ traslado de pacientes entre centros e entre unidades do mesmo centro.

9.3.2. As organizacións dispoñen dun procedemento de comunicación para a continuidade da asistencia entre profesionais dunha mesma unidade, especialmente nas unidades de críticos. Garántese a continuidade asistencial entre quendas de traballo mediante o rexistro de toda a actividade na historia clínica e a través de reunións do equipo ao inicio e ao final de cada xornada.

Indicador

- 9.3.2.1.  Existe un procedemento de comunicación entre quendas para os profesionais dunha mesma unidade.

Para o obxectivo 9.4.- Mellorar a comunicación entre os xestores e os profesionais.

9.4.1. Foméntase a comunicación bidireccional entre directivos e profesionais.

Indicador

- 9.4.1.1.  Número de reunións sobre seguridade de pacientes entre directivos e profesionais.

Estratexia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos, complexos e/ou de risco

Xustificación

Existen nas nosas organizacións sanitarias procesos de alta complexidade, que inclúen diagnósticos, tratamentos de risco, equipos de alta tecnoloxía de complicada utilización, calibración e mantemento, nos cales algúns erros poden producir danos severos para o paciente. Os procesos complexos de cada área asistencial teñen os seus propios riscos para os pacientes, os cales se deben coñecer e ante os que se han de tomar medidas encamiñadas a prever a súa aparición e/ou mitigar o seu impacto.

Objetivos

Garantir a seguridade nos procesos de cirurxía e anestesia en todos os centros do Servizo Galego de Saúde.	Garantir a seguridade nos procesos dos servizos de urxencias e emerxencias de todos os centros do Servizo Galego de Saúde.	Garantir a seguridade nos procesos das unidades de críticos de todos os centros do Servizo Galego de Saúde.	Mellorar a seguridade nos procesos de obstetricia e neonatoloxía en todos os centros do Servizo Galego de Saúde.
10.1	10.2	10.3	10.4
Garantir a seguridade nos procesos de oncohematoloxía/hospital de día en todos os centros do Servizo Galego de Saúde.	Garantir a seguridade nos procesos das unidades de diálise en todos os centros do Servizo Galego de Saúde.	Garantir a seguridade en radioterapia en todos os centros do Servizo Galego de Saúde.	Garantir a seguridade en medicina nuclear en todos os centros do Servizo Galego de Saúde.
10.5	10.6	10.7	10.8
	Garantir a seguridade en saúde mental en todos os centros do Servizo Galego de Saúde.	Garantir a seguridade transfusional en todos os centros do Servizo Galego de Saúde.	
	10.9	10.10	

Criterios para a avaliación

Para o obxectivo 10.1.- Garantir a seguridade nos procesos de cirurxía e anestesia en todos os centros do Servizo Galego de Saúde.

10.1.1. Está implantado un procedemento de listaxe de verificación de seguridade cirúrxica, seguindo as recomendacións da OMS, avalíase periodicamente a adherencia dos profesionais ás prácticas seguras que establece a devandita listaxe e monitorízase o cumprimento dos aspectos esenciais que establece no cadro de mando como son:

- a) a profilaxe antibiótica.
- b) a prevención de tromboembolismo.

Indicador

10.1.1.1.


Porcentaxe de pacientes de cirurxía programada con listaxe de verificación de seguridade cirúrxica con todos os criterios cubertos.

10.1.2. Existe un procedemento para garantir a ausencia de material estraño tras a intervención.

Indicador

10.1.2.1. Existe un procedemento para garantir a ausencia de material estraño tras a intervención.

10.1.3. Aplícanse as recomendacións sobre a preparación precirúrxica encamiñadas a previr a infección de ferida cirúrxica:

- Uso de antisépticos de base alcohólica para a preparación da pel.
- Instruír os pacientes no uso de xabóns con clorhexidina durante polo menos tres días antes da cirurxía.
- Cribado de pacientes portadores de *Staphylococcus aureus* e descolonización de portadores mediante administración de mupirocina intranasal⁽³³⁾.
- Eliminación de vello⁽³⁹⁾

Indicador

10.1.3.1. Porcentaxe de pacientes portadores de *Staphylococcus aureus* Meticilin resistente que se descoloniza previamente á cirurxía electiva cardíaca, ortopédica e neurocirurxía con implante.

10.1.4. Existe un procedemento para evitar problemas relacionados coa esterilización do material que garante a dispoñibilidade e a rastrexabilidade do material.

Indicador

10.1.4.1. Existencia dun procedemento que garante a rastrexabilidade do material cirúrxico.

10.1.5. Garántese que o uso de roupa, lencería e calzado de quirófano se restrinxen ás áreas cirúrxicas, e incídese en que o non cumprimento desta norma atenta contra a seguridade do paciente.

Indicador

10.1.5.1. Número de profesionais con uniforme de uso exclusivo en quirófano que o levan fóra de áreas cirúrxicas.

Para o obxectivo 10.2.- Garantir a seguridade nos procesos dos servizos de urxencias e emerxencias de todos os centros do Servizo Galego de Saúde.

10.2.1. Rexístranse, analízanse e establécense mecanismos de clasificación para mellorar os tempos de atención e racionalizar os recursos en función da patoloxía.

Indicador

10.2.1.1. Porcentaxe de pacientes de urxencias que son clasificados (triados) en menos de 30 minutos.

10.2.2. Nas patoloxías cuxo prognóstico é tempo-dependente, como a patoloxía coronaria aguda (IAM, infarto agudo de miocardio) e a patoloxía cerebrovascular aguda (ictus), garántese que o diagnóstico e a aplicación do tratamento se fan dentro das marxes de resposta establecidas como seguras.

Indicador

10.2.2.1. Porcentaxe de realización de anxioplastia primaria en IAM dentro dos 90 minutos seguintes á chegada ao hospital.

10.2.3. Mídense, avalíanse e mellóranse os tempos de atención e resposta en urxencias.

Indicador

10.2.3.1. Porcentaxe de pacientes clasificados con código "laranja" segundo o sistema de clasificación Manchester que se pechan antes de 10 minutos.

10.2.4. Realízanse exercicios de simulación periódicos e multidisciplinares sobre parada cardiorrespiratoria e atención ao paciente politraumatizado como ferramenta de formación para os profesionais.

Indicador

10.2.4.1. Porcentaxe de persoal médico e de enfermería de urxencias formados e reciclados en parada cardiorrespiratoria e atención ao paciente politraumatizado.

Para o obxectivo 10.3.- Garantir a seguridade nos procesos das unidades de críticos de todos os centros do Servizo Galego de Saúde.

10.3.1. As unidades de críticos do Servizo Galego de Saúde implantaron e manteñen activos os programas:

- Bacteriemia Zero.
- Pneumonía Zero.
- Resistencia Zero.
- Sepsis Zero.

Indicador



10.3.1.1.

Todas as unidades de coidados críticos da organización implantaron os programas Bacteriemia Zero, Pneumonía Zero, Resistencia Zero e Sepsis Zero.

10.3.2. As unidades de críticos traballan cos seguintes procedementos documentados que se revisan e actualizan periodicamente:

- Atención a pacientes en coma que se revisan e actualizan periódicamente.
- Prevención da infección urinaria asociada a catéter
- Uso uniforme dos servizos de resucitación en toda a organización
- Prevención de extubacións non planificadas e, en caso de que se producen, de intervención nas extubacións non planificadas
- Prevención de erros nas conexións de catéteres e outras vías
- Manipulación, uso e administración de sangue e hemoderivados
- Atención a pacientes con enfermidades infectocontaxiosas
- Atención a pacientes inmunodeprimidos
- Utilización de medicamentos de alto risco
- Revisión do carro de paradas
- Información e comunicación a pacientes e familiares
- Atención ao paciente e comunicación da información nas transicións asistenciais

Indicador



10.3.2.1.

As unidades de críticos teñen implantados procedementos sobre os 12 procesos de risco incluídos neste criterio.

Para o obxectivo 10.4.- Mellorar a seguridade nos procesos de obstetricia e neonatoloxía en todos os centros do Servizo Galego de Saúde.

10.4.1. Está implantado un procedemento de atención ao parto normal.

Indicador



10.4.1.1.

Existe un procedemento de atención ao parto normal.

10.4.2. Monitorízase a porcentaxe de partos por cesárea da unidade e establécense medidas para reducir a variabilidade interprofesional na elección desta técnica.

Indicador



10.4.2.1.

Existe un procedemento de indicación de cesárea coñecido por todos os profesionais do servizo.

10.4.3. Existe un procedemento de adecuación, mantemento e revisión das incubadoras das unidades e de transporte, que garanten o seu uso seguro.

Indicador



10.4.3.1.

Existe un rexistro de comprobación do estado das incubadoras de transporte antes do seu uso.

Para o obxectivo 10.5.- Garantir a seguridade nos procesos de oncohematoloxía/hospital de día en todos os centros do Servizo Galego de Saúde.

10.5.1. Os procesos clave da unidade están definidos e existe un mapa de riscos dos procesos e establécense medidas de prevención para eles.

Indicador



10.5.1.1.

Existe un mapa de riscos na unidade de oncohematoloxía.

10.5.2. Existe un plan de acollida de pacientes que acoden á unidade por primeira vez para o inicio de tratamento ou de modo sucesivo durante o desenvolvemento deste ata a súa finalización.

Indicador



10.5.2.1.

Existe un plan de acollida de pacientes na unidade de oncohematoloxía.

10.5.3. Existe un procedemento de uso seguro de citostáticos por vía intravenosa, co fin de garantir a seguridade do paciente, no que se prevén tanto medidas de protección e actuación en caso de contaminación por exposición accidental coma medidas para garantir a correcta xestión dos residuos citostáticos..

Indicador

10.5.3.1.   Existe un procedemento de uso seguro de citostáticos.

10.5.4. A unidade está certificada segundo a norma UNE 179003/2013. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente.

Indicador

10.5.4.1.   A unidade de oncohematoloxía está certificada segundo norma UNE 179003/2013.

Para o obxectivo 10.6.- Garantir a seguridade nos procesos das unidades de diálise en todos os centros do Servizo Galego de Saúde.

10.6.1. LOs procesos clave da unidade están definidos, existe un mapa de riscos dos procesos e establécense medidas para evitalos.

Indicador

10.6.1.1.   Existe un mapa de riscos dos procesos na unidade de diálise.

10.6.2. Existe un plan de acollida de pacientes que acoden á unidade por primeira vez para o inicio do tratamento.

Indicador

10.6.2.1.   Existe un plan de acollida de pacientes na unidade de diálise.

10.6.3. Existe unha listaxe de postos e equipos de diálise, cun plan de mantemento que garante a seguridade do seu uso.

Indicador

10.6.3.1.   Existe unha listaxe de postos e equipos de diálise, cun plan de mantemento que garante a seguridade do seu uso.

10.6.4. Existe un procedemento de atención a complicacións clínicas frecuentes durante as sesións de diálise.

Indicador

10.6.4.1.   Existe un procedemento de atención a complicacións clínicas frecuentes durante as sesións de diálise.

10.6.5. Existe un procedemento de atención a situacións de urxencia e/ou emerxencia vital intradiálise, en especial á parada cardiorrespiratoria.

Indicador

10.6.5.1.   Existe un procedemento de atención a situacións de urxencia e/ou emerxencia vital intradiálise.

10.6.6. A unidade está certificada segundo a norma UNE 179003/2013. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente.

Indicador

10.6.6.1.   A unidade de diálise está certificada segundo norma UNE 179003/2013.

Para o obxectivo 10.7.- Garantir a seguridade en radioterapia en todos os centros do Servizo Galego de Saúde.

10.7.1. Os procesos clave da unidade están definidos, existe un mapa de riscos dos procesos e establécense medidas para evitalos.

Indicador

10.7.1.1.   Existe un mapa de riscos dos procesos na unidade de radioterapia.

10.7.2. Os centros de radioterapia, en aplicación do Real decreto 1566/1998, do 17 de xullo, elaboran e remiten á Consellería de Sanidade, con carácter anual, un informe no que se recollen os incidentes de seguridade.

Indicador

10.7.2.1.   Elabórase un informe anual que recolle os incidentes de seguridade da unidade de radioterapia.

10.7.3. Os centros de radioterapia dispoñen dun procedemento específico para o rexistro e xestión de reaccións clínicas distintas das esperadas.

Indicador

- 10.7.3.1.   Existe un rexistro de reaccións clínicas distintas das esperadas en radioterapia.

Para o obxectivo 10.8.- Garantir a seguridade en medicina nuclear en todos os centros do Servizo Galego de Saúde.

10.8.1. Os procesos clave da unidade están definidos, existe un mapa de riscos dos procesos e establécense medidas para evitalos.

Indicador

- 10.8.1.1.   Existe un mapa de riscos dos procesos na unidade de medicina nuclear.

10.8.2. Os servizos de medicina nuclear, en aplicación do Real decreto 1841/1997, dispoñen de procedementos para optimización da dose absorbida recibida polos pacientes como consecuencia do acto médico.

Indicador

- 10.8.2.1.   Existe un procedemento de optimización de dose absorbida polos pacientes que reciben tratamento na unidade de medicina nuclear.

10.8.3. As unidades de medicina nuclear teñen implantado un sistema de xestión de incidencias relacionadas coa seguridade do paciente.

Indicador

- 10.8.3.1.   Existe un rexistro de reaccións clínicas distintas das esperadas en medicina nuclear.

Para o obxectivo 10.9.- Garantir a seguridade en saúde mental en todos os centros do Servizo Galego de Saúde.

10.9.1. Os procesos clave da unidade están definidos, existe un mapa de riscos dos procesos e establécense medidas para evitalos.

Indicador

- 10.9.1.1.   Existe un mapa de riscos dos procesos na unidade de radioterapia.

10.9.2. A organización dispón polo menos dos seguintes procedementos para o manexo e a prevención de incidentes de seguridade que afectan de xeito especial os pacientes con enfermidade mental.⁽³⁵⁾

- Caídas e outros accidentes
- Comportamiento agresivo ou antisocial
- Incidentes relacionados coa seguridade sexual
- Suicidio e autolesións de pacientes con transtorno mental
- Fuga e desaparición de pacientes
- Medicación
- Contención mecánica

Indicador

- 10.9.2.1.   Existen procedementos para o manexo e prevención dos principais incidentes de seguridade que afectan os pacientes con enfermidade mental.

Para o obxectivo 10.10.- Garantir a seguridade transfusional en todos os centros do Servizo Galego de Saúde.

10.10.1. A organización garante a rastrexabilidade de toda a cadea transfusional..

Indicador

- 10.10.1.1.   Existe un protocolo de administración segura de compoñentes sanguíneos que inclúe a comprobación de grupo ABO ao pé da cama.

Estratexia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe

Xustificación

As probas diagnósticas constitúen un pilar fundamental para levar a cabo un proceso efectivo de avaliación do paciente. Os seus resultados determinarán en boa medida as necesidades inmediatas e continuas de tratamento do paciente durante a súa atención sanitaria.

Os erros nos procedementos de técnicas diagnósticas obrigan en ocasións a repetir probas e exploracións, coas subsecuentes consecuencias para o paciente e a organización. Para o paciente adoita implicar a súa insatisfacción polos danos e as molestias; a perda de tempo que lle supón repetir unha proba complementaria, a transcendencia que pode ter no seu proceso clínico unha demora diagnóstica ou terapéutica, ou un erro; o impacto emocional que pode ter recibir un diagnóstico erróneo, ou un tratamento inadecuado. Para a organización implica, entre outras, a sobrecarga de traballo do persoal, a alteración da planificación de axendas de traballo dos servizos, a perda de prestixio e o dano á imaxe do centro, e o custo evitable, directo e indirecto, deste tipo de erros en moitos casos previsible.

Un importante volume de notificacións do SiNASP⁽³⁾ relaciónase con erros na aplicación de técnicas propias dos servizos centrais diagnósticos, como son os servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe. A mellora da seguridade para os nosos pacientes non pode obviar os problemas que xorden dunha aplicación incorrecta de técnicas diagnósticas, que son claves para o resto de procesos asistenciais.

Obxectivos

Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos **servizos de laboratorio** dos centros.

11.1

Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos **servizos de diagnóstico por imaxe** dos centros.

11.2

Criterios para a avaliación

Para o obxectivo 11.1.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de laboratorio dos centros.

11.1.1. O centro dispón dun programa de seguridade do laboratorio implantado que se segue e se documenta.

Indicador

11.1.1.1.  Existe un programa de seguridade do laboratorio.

11.1.2. A organización mide os tempos de resposta dos estudos de laboratorio e avalía os resultados en función dos cales emprende accións de mellora.

Indicador

11.1.2.1.  Porcentaxe de estudos de laboratorio de urxencias que cumpren o tempo de resposta establecido.

11.1.3. Existe un procedemento para informar dos resultados críticos de probas diagnósticas.

Indicador

11.1.3.1.  Existencia dun procedemento para informar de resultados críticos de probas de laboratorio.

11.1.4. Todo o equipo usado para análise de laboratorio se inspecciona, mantén e calibra con regularidade, e levan os debidos rexistros destas actividades..

Indicador

11.1.4.1.  Existe un rexistro de mantemento, calibración e inspección dos equipos de laboratorio.

11.1.5. Dispónse de reactivos esenciais e demais subministracións e avalíanse para garantir a precisión e exactitude dos resultados..

Indicador

11.1.5.1.  Número de roturas de existencias de reactivos esenciais.

11.1.6. Existe un procedemento para almacenar, manipular, conservar e desbotar de forma segura os reactivos..

Indicador

11.1.6.1.  Existe un procedemento para almacenar, manipular, conservar e desbotar de forma segura os reactivos.

11.1.7. Existe un procedemento para almacenar, manipular, conservar e desbotar de forma segura as mostras.

Indicador

11.1.7.1.  Existe un procedemento para recoller, identificar, manipular, conservar, transportar e desbotar de forma segura as mostras.

11.1.8. Existe un procedemento para a validación dos informes de laboratorio.

Indicador

11.1.8.1.  Existe un procedemento para a validación dos resultados de laboratorio.

11.1.9. A organización revisa periodicamente os resultados de control de calidade e seguridade de todos os procesos de mantemento dos servizos de laboratorio.

Indicador

11.1.9.1.  A Dirección fai un informe de revisión en relación cos procesos de mantemento dos equipos de laboratorio.

11.1.10. O servizo de laboratorio está certificado segundo a norma UNE-EN ISO 15189:2007. Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para a calidade e a competencia.

Indicador

11.1.10.1.  O servizo de laboratorio está certificado e mantense segundo a norma UNE-EN ISO 15189:2007.

Para o obxectivo 11.2.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de diagnóstico por imaxe dos centros.

11.2.1. O centro dispón dun programa de garantía de calidade segundo o Real decreto 1976/1999 e está implantado o programa de protección radiolóxica, que se segue e se documenta.

Indicador

11.2.1.1.  Existencia do Programa de garantía de calidade e protección radiolóxica en radiodiagnóstico.

11.2.2. O centro mide e pon á disposición dos pacientes o cálculo e sumatorio de radiacións recibidas ao longo do seu proceso asistencial.

Indicador

11.2.2.1.  Porcentaxe que está cuberta do rexistro de dose de radiación na historia clínica do paciente.

11.2.3. O centro establece medidas para diminuír os erros de diagnóstico realizando actividades como estudos de concordancia entre "pares".

Indicador

11.2.3.1.  Porcentaxe de concordancia de estudos entre pares en radioloxía convencional.

11.2.4. Existe un procedemento para informar dos resultados críticos de probas diagnósticas.

Indicador

11.2.4.1.  Existencia dun procedemento para informar de resultados críticos de probas diagnósticas por imaxe.

Indicador

11.2.5.1. Existen rexistros actualizados dos
  controis de mantemento e calibración dos
equipos de radiodiagnóstico.

Indicador

11.2.6.1.   Porcentaxe de procedementos de seguridade relatados neste criterio que están implantados nos servizos de diagnóstico por imaxe.

Indicador

11.2.7.1.   A Dirección fai un informe de revisión dos procesos de mantemento dos equipos de radioloxía e diagnóstico pola imaxe.

Estratexia 12.- Seguridade nos cuidados e procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento

Xustificación

Os cuidados comprenden unha serie de procedementos e técnicas que requiren unha especial precaución, debido non só ao risco que algún deles intrinsecamente comporta para a seguridade dos pacientes senón tamén polo volume e o alcance destes tanto nos centros hospitalarios coma no ámbito extrahospitalario. Cada día millóns de accións lévanse a cabo como consecuencia dos cuidados proporcionados á nosa cidadanía. Por iso é necesario establecer estratexias de prevención de eventos adversos relacionados cos cuidados, e establecer posteriormente un sistema de priorización segundo a súa alta frecuencia de aparición, a súa elevada evitabilidade ou a gravidade das súas consecuencias.

Os cuidados han de ser abordados dende un enfoque multidisciplinar, pero neste campo o persoal de enfermmería ten unha importancia crucial. Historicamente as enfermeiras tiveron moi presente os cuidados relacionados coa prevención dalgúns eventos adversos como as úlceras por presión, as caídas e as flebites. Existen procedementos específicos para a súa prevención mediante escalas de avaliación do risco e aplicación de cuidados oportunos.

O informe ENEAS⁽⁵⁾ atribúe un 7,63 % dos eventos adversos a causas relacionadas cos cuidados, entre os que sinala

- Éscaras.
- Non confirmación de ordes "raras".
- Catéteres mal insertados.
- Aspiración broncopulmonar en ancián con demencia.
- Flebite.
- Hematuria por arrincar a sonda.
- Deterioración cognitiva do paciente.
- Non programación de exercicios de fisioterapia respiratoria.
- Déficit neurolóxico de recente aparición.
- Fallo no mecanismo de alarma do sistema de monitorización.

O estudo de referencia en seguridade dos cuidados é o estudo *Estándares de calidade de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS*. Proxecto SENECA⁽³⁶⁾, a partir do cal se propuxeron diversos estándares de calidade de cuidados para a seguridade do paciente para os hospitais do Servizo Nacional de Saúde. Neste sentido, varios hospitais, fundamentalmente os que participaron na súa definición, puxeron en marcha algúns estándares específicos que se recollen neste, como o manexo da dor, a prevención de caídas ou de úlceras por presión no ámbito hospitalario, a mellora da formación en seguridade e de sensibilización de profesionais e pacientes e como consecuencia obtiveron melloras.

As úlceras por presión de grao III ou IV de orixe nosocomial, a morte ou grave incapacidade derivada dunha caída no ámbito sanitario, ou un suicidio considéranse eventos sentinela e deben ser abordados como tal⁽³⁷⁾. Estes eventos teñen como característica común a gravidade das súas consecuencias e o feito de ser claramente previbles.

A abordaxe na prevención do suicidio debe ser unha prioridade. Os suicidios no ámbito sanitario existen e a súa probabilidade de ocorrencia vai en aumento. É necesario establecer medidas para identificar e tratar a conduta suicida seguindo as recomendacións existentes⁽³⁸⁾. A avaliación do risco suicida é unha parte fundamental no manexo e a prevención da conduta suicida, tanto en atención primaria coma en atención especializada. As dúas ferramentas básicas para a avaliación do risco de suicidio son a entrevista clínica e as escalas de avaliación, aínda que estas non substitúen o xuízo clínico, senón que son un apoio ou complemento.

A violencia de xénero é un dos problemas sociais máis complexos e preocupantes da actualidade. Non obstante, a súa magnitude aínda nos resulta bastante descoñecida. Tanto é así que o principal problema consiste na non identificación, é dicir, non se sospeita a orixe das lesións xa que a vítima pode ocultala e mesmo negala. É imprescindible familiarizar os profesionais da saúde para mellorar a abordaxe e a detección destas situacións.

Obxectivos

Mellorar a seguridade dos cuidados nos centros asistenciais a partir da implantación de procedementos actualizados sobre os aspectos clave descritos a continuación, incorporando información para os pacientes.

12.1

Identificar e xestionar os riscos dos procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento que poidan comprometer a seguridade do paciente.

12.2

Incorporar como unha práctica habitual nos centros a avaliación dos riscos e a aplicación dos cuidados necesarios para a súa prevención, que deberán quedar reflectidos no plan de cuidados da historia clínica do paciente.

12.3

Criterios para a avaliación

Para o obxectivo 12.1.- Mellorar a seguridade dos cuidados nos centros asistenciais a partir da implantación de procedementos actualizados sobre os seguintes aspectos, incorporando información para os pacientes:

- Prevención de caídas y lesiones asociadas.
- Prevención de úlceras por presión
- Seguridade nas contencións mecánicas
- Prevención da malnutrición
- Prevención da broncoaspiración
- Detección e asistencia ao paciente fráxil
- Prevención da deterioración cognitiva
- Abordaxe integral da dor
- Prevención do suicidio
- Prevención de fugas
- Prevención de raptos e abandonos no ámbito hospitalario
- Prevención de reaccións alérxicas ao látex
- Prevención de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar
- Prevención das hemorrxias en pacientes de risco como anticoagulados, poscirúrxicos e sometidos a procedementos invasivos
- Actuación ante situacións emerxentes graves de pacientes, con dispositivos de atención inmediata á parada cardiorrespiratoria
- Prevención de queimaduras por dispositivos asistenciais
- Detección e prevención da violencia de xénero

12.1.1. O centro dispón de procedementos actualizados para a seguridade nos cuidados que están dispoñibles para os profesionais, nos que se inclúe información para pacientes e familiares/coidadores.

Indicador



12.1.1.1.

Existencia dos 17 procedementos de seguridade nos cuidados, recollidos neste criterio, actualizados e dispoñibles para os profesionais.

12.1.2. O centro dispón dun sistema de avaliación do cumprimento dos procedementos no que se inclúe o rexistro, monitorización e análise dos aspectos de seguridade nos cuidados mencionados e se establecen medidas de mellora.

Indicador



12.1.2.1.

Inclúense indicadores de riscos nos cuidados no cadro de mando da organización para a súa avaliación, revisión e mellora.

Para o obxectivo 12.2.- Identificar e xestionar os riscos dos procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento que poidan comprometer a seguridade do paciente.

12.2.1. O centro ten identificados e xestiona os riscos dos procedementos técnicos relacionados coa inserción, cuidados e mantemento de dispositivos invasivos, como catéteres, sondas, cánulas, drenaxes e outros.

Indicador



12.2.1.1.

Existe un mapa de riscos dos procedementos de inserción, cuidados e mantemento de dispositivos invasivos.

12.2.2. O centro ten identificados e xestiona os riscos dos procedementos clínicos relacionados coa realización de curas de feridas/úlceras/lesións para garantir a integridade cutánea.

Indicador



12.2.2.1.

Existe un mapa de riscos dos procedementos clínicos relacionados co mantemento da integridade cutánea.

12.2.3. O centro dispón dun procedemento de revisión e mantemento dos carros de parada.

Indicador

12.2.3.1.   Porcentaxe de carros de parada que se mantén segundo o procedemento.

Para o obxectivo 12.3.- Incorporar como unha práctica habitual nos centros a avaliación dos riscos e a aplicación dos coidados necesarios para a súa prevención, que deberán quedar reflectidos no plan de coidados da historia clínica do paciente.

12.3.1. Establécese un plan de coidados individualizado para cada paciente no que se establece a avaliación de riscos, as escalas de valoración e as accións preventivas axeitadas que se avalían de xeito periódico.

Indicador

12.3.1.1.   Porcentaxe de pacientes con accións preventivas adecuadas en relación co seu plan de coidados individualizado (PCI).

12.3.2. Os profesionais introducen no sistema de información corporativo os datos necesarios para o seguimento de indicadores de seguridade de paciente e adoptan as propostas de mellora en relación cos achados atopados.

Indicador

12.3.2.1.   Porcentaxe de incidentes rexistrados que concorda con incidentes observados.

Estratexia 13.- Seguridade do ámbito, equipamento e xestión de residuos sanitarios

Xustificación

A asistencia sanitaria préstase en ámbitos concretos, cuxos niveis de seguridade son tamén responsabilidade da organización. Os centros deben dispoñer de infraestruturas, equipamentos e material sanitario que cumpran requisitos de seguridade. É necesario reducir e controlar os posibles riscos para previr accidentes e lesións tanto de cidadáns coma de profesionais.

Os edificios e terreos pertencentes á organización sanitaria deben de garantir a seguridade e accesibilidade dos seus usuarios e ter presente a eliminación de barreiras arquitectónicas.

Unha xestión efectiva inclúe planificación, educación e control, na que os líderes planifican o espazo, o equipo e os recursos necesarios para avalar en forma segura e efectiva os servizos clínicos prestados, todo o persoal recibe educación sobre as instalacións, sobre como reducir os riscos e como controlar e informar situacións que representan riscos.

A seguridade do ámbito debe integrar a xestión de residuos e produtos perigosos. As organizacións sanitarias son xeradoras dunha gran cantidade de refugалlos; se se xestionan axeitadamente, conséguese que aumente a seguridade dos pacientes e a dos profesionais, ademais de contribuír á mellora ambiental. A forma en que unha organización xestiona os residuos que xera é un valioso indicador de responsabilidade social corporativa.

Obxectivos

Xestionar as infraestruturas e equipamentos de modo que se garanta a súa idoneidade e a seguridade no seu uso nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde.

13.1

Xestionar de forma eficiente e segura as eventuais situacións de emerxencias externas e/ou internas nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde.

13.2

Criterios para a avaliación

Para o obxectivo 13.1.- Xestionar as infraestruturas e equipamentos de modo que se garanta a súa idoneidade e a seguridade no seu uso nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde.

13.1.1. Os profesionais son informados sobre o uso seguro das instalacións e equipos que manexan.

Indicador

13.1.1.1.


Porcentaxe de unidades nas que no manual de acollida se recolle información sobre o uso seguro de instalacións e equipos.

13.1.2. Os responsables dos servizos e unidades informan o persoal ao seu cargo sobre a utilización e mantemento de equipos novos coa antelación suficiente para que os cambios sexan asimilados polos profesionais.

Indicador

13.1.2.1.


Infórmanse os profesionais afectados por correo corporativo sobre a introdución de equipos novos, coa antelación suficiente para que asuman o cambio.

13.1.3. Os profesionais implicados na utilización de equipos destinados ao diagnóstico e tratamento reciben a formación axeitada ao seu nivel técnico e especialidade.

Indicador

- 13.1.3.1.   Porcentaxe de equipos nos que existen fichas de instrucións técnicas básicas necesarias para o bo uso dos aparatos de electromedicina, comprensibles e accesibles para os profesionais que o usan.

13.1.4. Existe un procedemento de revisión de caducidades de material funxible.

Indicador

- 13.1.4.1.   Porcentaxe de unidades nas que non se obxectiva material funxible caducado.

Para o obxectivo 13.2.- Xestionar de forma eficiente e segura as eventuais situacións de emerxencias externas e/ou internas nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde.

13.2.1. Dispónse dun plan de emerxencias adaptado ao centro e actualizado coas actuacións específicas que deben realizar os profesionais, pacientes e familiares ante situacións de emerxencias externas e internas que lles poidan afectar: incendios, inundacións, derramo de produtos tóxicos etc.

Indicador

- 13.2.1.1.   Existen plans de emerxencias actualizados.

13.2.2. Dispónse dun plan de formación anual dirixido a todos os traballadores sobre medidas de seguridade en situacións de emerxencias internas e externas.

Indicador

- 13.2.2.1.   Porcentaxe de traballadores formados no plan de emerxencias nos últimos dous anos.

13.2.3. Os centros realizan simulacros de evacuación e emerxencia de forma sistemática e planificada e un informe descritivo, analizan o seu desenvolvemento e inclúen as oportunidades de mellora detectadas.

Indicador

- 13.2.3.1.   Realízanse simulacros sistemáticos de evacuación e emerxencia cada dous anos, como mínimo.

13.2.4. Dispónse dun número de teléfono único que activa o plan de emerxencias do centro e está visible e accesible para os profesionais.

Indicador

- 13.2.4.1.   Porcentaxe de áreas e/ou unidades nas que está visible o número de teléfono único que activa o plan de emerxencias.

Estratexia 14.- Investigación e innovación en seguridade do paciente

Xustificación

A investigación en seguridade do paciente é unha compoñente esencial para a elaboración e aplicación dunha política eficaz. Debe impulsarse en todos os ámbitos da atención para coñecer a incidencia, prevalencia e causas dos eventos adversos e poder desenvolver solucións factibles, efectivas e eficientes.

A recente Lei 5/2013, do 30 de maio, de fomento da investigación e da innovación de Galicia –que actualiza a Lei 12/1993, do 6 de agosto, de fomento da investigación e do desenvolvemento tecnolóxico– constitúe o marco legal de referencia vixente e dá cabida aos cambios normativos producidos recentemente tanto no ámbito galego coma no estatal, así como ás recomendacións e escenarios propostos dende a Unión Europea.

O sector sanitario en Galicia é un axente competitivo de alto nivel técnico e científico, capaz de xerar proxectos de alto impacto socioeconómico. O reto é converter o coñecemento depositado nas persoas en valor e ser capaces de mellorar a seguridade dos servizos que ofrece o Servizo Galego de Saúde.

Obxectivos

Impulsar a investigación en seguridade do paciente no Servizo Galego de Saúde.

14.1

Potenciar la gestión innovadora de la Seguridad del Paciente en la organización, favoreciendo y potenciando el uso de nuevas tecnologías y su aplicación en la mejora de la Seguridad del Paciente.

14.2

Criterios para a avaliación

Para o obxectivo 14.1.- Impulsar a investigación en seguridade do paciente no Servizo Galego de Saúde.

14.1.1. Coordínanse e desenvólvense liñas de investigación en seguridade de pacientes con enfoques multidisciplinares: investigación básica, epidemiolóxica, clínica e de xestión.

Indicador



14.1.1.1. Existe un programa de investigación cunha liña de seguridade do paciente.

14.1.2. Existen nos programas de investigación da organización estudos que melloren o coñecemento sobre aspectos clave en seguridade do paciente, como:

- Incidencia e prevalencia de eventos adversos.
- Costes da non seguridade.
- Evaluación do impacto das intervencións para la mellora da seguridade do paciente.
- Análise de riscos en áreas asistenciais específicas.

Indicador



14.1.2.1. Número de estudos de investigación sobre aspectos clave en seguridade do paciente.

14.1.3. Colabórase coas universidades da comunidade autónoma, sociedades científicas e proxectos nacionais e internacionais para potenciar a investigación en SP.

Indicador



14.1.3.1. Número de estudos multicéntricos ou coordinados sobre seguridade de pacientes nos que participen investigadores da organización.

14.1.4. Realízanse no ámbito da organización teses de doutoramento e publicacións en revistas científicas relacionadas coa seguridade dos pacientes.

Indicador



14.1.4.1. Número de publicacións en revistas científicas indexadas en CSIC, Pubmed, Web of Knowledge, Embase, PsycINF sobre seguridade de pacientes.

14.1.5 Realízanse no ámbito da organización presentacións a congresos relacionadas coa seguridade dos pacientes.

Indicador

14.1.5.1. Número de comunicacións a congresos relacionadas coa seguridade dos pacientes.



Para o obxectivo 14.2.- Potenciar a xestión innovadora da seguridade do paciente na organización, favorecendo e potenciando o uso de novas tecnoloxías e a súa aplicación na mellora da seguridade do paciente.

14.2.1. Introdúcense en determinados procesos de risco, sistemas "a proba de erro" baseados na aplicación de novas tecnoloxías e encamiñados a mellorar a súa seguridade.

Indicador

14.2.1.1. Número de procesos de risco con sistemas "a proba de erro".



14.2.2. Os sistemas e procedementos innovadores en seguridade de pacientes son referendados dende a Axencia de Tecnoloxías Sanitarias do Servizo Galego de Saúde.

Indicador

14.2.2.1. Número de sistemas e procedementos innovadores en seguridade de pacientes.



14.2.3. Foméntase a obtención de patentes dos sistemas e/ou tecnoloxías relacionados coa prevención de riscos e erros.

Indicador

14.2.3.1. Existencia dun rexistro de patentes en relación con sistemas e/ou tecnoloxías sobre prevención de riscos e erros.



Este documento foi realizado por:

• **DIRECCIÓN**

Carreras Viñas, Mercedes

• **COORDINACIÓN**

Pais Iglesias, Beatriz

• **GRUPO DE TRABAJO**

Carreras Viñas, Mercedes
Fiuza Barreiro, Belén
García Cepeda, Begoña

Graña Garrido, Maria Isabel
Martín Rodríguez, Maria Dolores
Pais Iglesias, Beatriz

Rodríguez Pérez, Bárbara
Sobral Fernández, Yolanda

• **REVISORES E COLABORADORES DO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE**

O noso máis sincero agradecemento a todos os que cos seus coñecementos e dedicación, colaboraron na revisión deste sistema e na elaboración de indicadores e no consenso de estándares. Moitas das súa aportacións enriqueceron este traballo.

Abraira García, Luisa
Álvarez Fernández, M^a Olga
Alvarez Vázquez, Juan Carlos
Carbón Otero, Mariana
Castro Lareo, Beatriz
Castro Pérez, José Manuel
Cernadas Arcas, M^a Irene
Crespo Diz, Carlos
Dominguez Arias, Begoña
Enríquez de Salamanca Hollzinger, Ignacio
Esperón Güimil, José Antonio
Ezpeleta Sáenz de Urturi, Estíbaliz
Faccio López, Susana Beatriz
Fernández García, Adelina
Fernández López, Alicia

Fernández Rodríguez, M^a Ángeles
García Comesaña, Julio
García del Pino Castro, Isabel
Garrido Filgueiras, María Jesús
Gómez Fandiño, Yolanda
Gonzalez Vazquez, Antía
Iglesias Casas, Gregorio
Larriba Leira, Laura
López-Pardo y Pardo, Estrella
Martínez López, M^a Angeles
Morado Quiñoá, Purificación
Muñoz Mella, María Antonia
Neira Dopazo, José Alfonso
Oliveira Lorenzo, Clara
Ortigueira Espinosa, José Antonio

Pardo Lemos, Inmaculada
Pesado Cartelle, Jose
Piñeiro Redondo, Alicia
Portela Orjales, Daniel
Reza Castiñeiras, Pilar
Roca Bergantiños, M^a Olga
Rodríguez Calvo, Inmaculada
Rodríguez Castaño, Mónica
Rodríguez Dapena, Silvia
Rodríguez Lorenzo, David
Rodríguez Vázquez, Pastora
Suárez Soto, Ramona
Vázquez Martínez, Ana

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Estratexia Sergas 2014: a sanidade pública ao servizo do paciente.
Ref: http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf
- 2 Organización Mundial da Saúde.
Ref: <http://www.who.int/patientsafety/es/OMS>
- 3 Revisión bibliográfica sobre trabajos de Costes de la "No seguridad del paciente". Ministerio de Sanidade e Consumo 2008.
Ref: <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2008/CostesNoSeguridadPacientes.pdf>
- 4 Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *To err is human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press, 2000.
- 5 Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS).
Ref: <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
- 6 Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria (APEAS).
Ref: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LibroAPEAS.pdf>
- 7 Organización Panamericana da Saúde.
Ref: <http://www.paho.org>
- 8 Estudio IBEAS: prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica.
Ref: <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2009/INFORMEIBEAS.pdf>
- 9 Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros sociosanitarios.
Ref: <http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/earcas.pdf>
- 10 Joint Commission International.
Ref: <http://es.jointcommissioninternational.org/>
- 11 Marco conceptual da clasificación internacional para a seguridade do paciente
Ref: <http://www.who.int/patientsafety/en>
- 12 The global burden of unsafe medical care: analytic modeling of observational studies. *BMJ Qual Saf* 2013 22:809-815
Ashish K Jha, Itziar Larizgoitia, Carmen Audera-Lopez, et al.
- 13 Pacientes en defensa de su seguridad.
Ref: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/index.html
- 14 Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks, 2013.
Ref: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks>
- 15 Speak Up Joint Commission Help Prevent Errors in your Care.
Ref: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/speakup.pdf>

- 16** Recomendación do Consello sobre a seguridade dos pacientes, en particular a prevención e a loita contra as infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria".
Ref: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf
- 17** Rede da Unión Europea para a Seguridade do Paciente e a Calidade Asistencial, (PaSQ Joint Action -JA).
Ref: <http://www.pasq.eu/>
- 18** Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult services. Febrero 2012 NHS
Ref: <http://publications.nice.org.uk/patient-experience-in-adult-nhs-services-improving-the-experience-of-care-for-people-using-adult-cg138>
- 19** Declaración de los profesionales por la seguridad del paciente de 2006
Ref: http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2006/Declaracion_Profesionales_SP.pdf
- 20** Plan de calidade para o Sistema Nacional de Saúde.
<http://www.msssi.gob.es/ca/organizacion/sns/planCalidadSNS/>
- 21** La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. Ministerio de Sanidade, Política social e Igualdade. 2010.
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Perspectiva_ciudadanos_SP.pdf
- 22** Declaración de Barcelona de las asociaciones de pacientes
Ref: <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/o7o8o6132617.pdf>
- 23** Declaración de Zaragoza de atención al Paciente
Ref: http://www.saludinforma.es/opencms/export/SALUD_1/Otros/Campanias/Documentos/declaracion_de_zaragoza.pdf
- 24** Guía de recomendacións para a xestión de eventos sentinela e eventos adversos graves nos centros sanitarios do Sistema Público de Saúde de Galicia.
Ref: <http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2253-ga.pdf>
- 25** Plan de Prioridades sanitarias Sergas 2011-2014.
Ref: <http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/PIOrSanitaria/PDF-2058-ga.pdf>
- 26** Escola Galega de Saúde para Cidadáns.
Ref: <http://www.sergas.es/EscolaSaude/PortadaEscola.aspx?IdPaxina=75000>
- 27** Manifiesto de pacientes e cidadáns pola hixiene de mans. 2013.
http://www.sergas.es/Docs/EGSPC/Manifiesto%20Pacientes%20_galego.pdf
- 28** Normativa vixente na intranet do Servicio Galego de Saúde.
Ref: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_To1.aspx?IdPaxina=62115
- 29** Glosario da OMS.
<http://www.eps-salud.com.ar/glosariooms.htm>
- 30** Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project): results and implications for the future
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3243099>
- 31** Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente (SINASP)
- 32** Evolución de prácticas seguras de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007-2011) Ministerio de Sanidade, Política social e Igualdade 2012
Ref: http://seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/evolucion_practicas_seguras_medicamentos.pdf
- 33** How-to Guide: Prevent surgical site Infection for Hip and Knee Arthroplasty. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012.
Ref: www.ihl.org

- 34** Estándares de acreditación en transfusión sanguínea. Comité de acreditación en Transfusión. CAT 2006.
Ref: http://www.sets.es/index.php?option=com_content&view=article&id=82:estandares-de-acreditacion-del-cat&catid=43:guias&Itemid=41
- 35** Con la Seguridad en mente: servicios de salud mental y seguridad del paciente, Ministerio de Sanidade 2008
Ref: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridadenmente.pdf>
- 36** Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. proyecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidade e Política Social; 2009.
Ref: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>
- 37** Never events. National Quality Forum.
http://www.qualityforum.org/Topics/SREs/List_of_SREs.aspx
- 38** Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (Avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_resum.pdf
- 39** Bloque quirúrgico, estándares y recomendaciones. Informe, estudios e investigación 2009. Ministerio de Sanidade e Política social.
Ref: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/resumen_ejecutivo.htm
- 40** "Towards a Safer Radiotherapy" National Health Service 2008.
Ref: https://www.rcr.ac.uk/docs/oncology/pdf/Towards_saferRT_final.pdf

Anexo 1: Institucións e Organismos Internacionais de referencia en Seguridade de Pacientes

• ESTADOS UNIDOS

- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations:
<http://www.jcaho.org>
- Joint Commission International Center for Patient Safety
<http://www.jcpatientsafety.org/>
- Agency for Health Care Research and Quality
<http://www.ahrq.gov/>
- Institute for Health Care Improvement
<http://www.ihl.org/ihl>
- American Society for Health Care Risk Management
<http://www.ashrm.org/ashrm/index.jsp>
- Institute for Safe Medication Practices
<http://www.ismp.org/>
- Partnership for Patient Safety
<http://www.p4ps.org/>
- National Center for Patient Safety Department of Veterans Affairs
<http://www.patientsafety.gov/>

• EUROPA

- The European Union Network for Patient Safety and Quality of Care, PaSQ Joint Action
<http://www.pasq.eu/>

• ESPAÑA

- Axencia de Calidade do Sistema Nacional de Saúde
<http://www.seguridadelpaciente.es/>
- Biblioteca Cochrane Plus
<http://www.update-software.com/Clibplus/ClibPlus.asp>
- Catalogo de Guías do Sistema Nacional de Saúde
<http://www.guiasalud.es/>
- Instituto Donabedian
<http://www.fadq.org>
- Instituto para o Uso Seguro dos medicamentos
<http://www.usal.es/ismp>
- Sociedade Española de Calidade Asistencial
<http://www.calidadasistencial.es/>
- Asociación Española de Xestión de Riscos Sanitarios
<http://www.aegris.org/>
- Universidade dos Pacientes
<http://www.universidadpacientes.org/>

• REINO UNIDO

- National Patient Safety Agency
www.npsa.nhs.uk/
- Saferhealthcare
<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/>
- Clinical Safety Research Unit.
<http://www.csru.org.uk/>
- Patient Safety Research Programme-University of Birmingham
<http://www.pcpoh.bham.ac.uk/publichealth/psrp/>

• CANADÁ

- Canadian Institute for Health Information
<http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/Home/home/cihioooooo>
- Canadian Patient Safety Institute
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/>
- Safer Healthcare Now!
<http://www.saferhealthcarenow.ca/>

• FRANCIA

- Haute Autorité de Santé
<http://www.has-sante.fr>

Anexo 2: Recomendación do Consello Europeo sobre a seguridade dos pacientes, en particular a prevención e loita contra as infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria (2009)

1. Fomentar o establecemento e o desenvolvemento de políticas e programas nacionais sobre seguridade do paciente.
2. Capacitar e informar os cidadáns e os pacientes.
3. Apoiar o establecemento, ou reforzar os existentes, de sistemas de información e aprendizaxe de eventos adversos sen sancións.
4. Promover a educación e a formación dos profesionais sanitarios en materia de seguridade do paciente.
5. Clasificar e medir a seguridade do paciente no ámbito comunitario, colaborando entre si e coa Comisión Europea.
6. Compartir coñecementos, experiencias e boas prácticas.
7. Desenvolver e promover a investigación en materia de seguridade do paciente.
8. Adoptar e aplicar ao nivel axeitado unha estratexia de prevención e loita contra as infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria.

Ref: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf

Anexo 3: Rede da Unión Europea para a Seguridade do Paciente e a Calidade Asistencial (PaSQ Joint Action). Obxectivos do Working Safety Group

O Working Patient Safety Group creou a Rede da Unión Europea para a Seguridade do Paciente e a Calidade Asistencial (PaSQ Joint Action-JA), unha rede europea en seguridade de pacientes cuxos obxectivos son:

Obxectivo general: Contribuír á seguridade do paciente (SP) e a unha boa calidade asistencial (CA)

- 1.** Apoando a implantación das recomendacións do Consello sobre SP mediante a cooperación entre os estados membros (EM) e as institucións europeas e internacionais:
 - Compartindo coñecemento, experiencia e boas prácticas a través do traballo conxunto e da análise da posibilidade de transferencia destas prácticas.
 - Contribuíndo á implantación nos EM de boas prácticas seleccionadas
- 2.** Fortalecendo a cooperación entre os EM e as institucións da UE en materia de calidade asistencial (CA), incluíndo a SP e a implicación dos pacientes (IP):
 - Obtendo claves sobre a organización da SP e os sistemas de xestión da CA nos EM.
 - Compartindo boas prácticas en SP e CA (calidade asistencial).
 - Reflexionando sobre os principios dunha boa CA.
 - Construindo e/ou consolidando unha rede de organizacións para unha colaboración permanente en materia de CA, incluíndo a SP e a IP.

O período previsto para a PaSQ JA é de 36 meses (1 de abril de 2012-31 de marzo de 2015) e levarase a cabo a través de 7 áreas de traballo (Work Packages-WP):

WP1: Coordinación de PaSQ JA

Obxectivo: xestionar o proxecto e asegurar que se implanta segundo o planificado.

Coordinación: Haute Autorité de Santé (HAS), Francia

WP2: Divulgación de PaSQ JA

Obxectivo: asegurar que os resultados e produtos do proxecto chegan aos grupos diana.

Coordinación: Agency for Quality and Accreditation in Health Care and Social Welfare (AQAH), Croacia

WP3: Avaliación de PaSQ JA

Obxectivo: verificar que o proxecto se implanta segundo o planificado e logra os seus obxectivos.

Coordinación: National and Kapodistrian University of Athens (NKUA), Grecia.

WP4: Boas prácticas clínicas en seguridade do paciente

Obxectivo: identificar, avaliar e facer visibles boas prácticas clínicas en SP e establecer mecanismos de intercambio sobre elas.

Coordinación: Danish Society for Patient Safety (DSPS), Dinamarca.

WP5: Implantación de iniciativas en seguridade do paciente

Obxectivo: implantación e seguimento de prácticas en SP en centros sanitarios dos EM.

Coordinación: German Agency for Quality in Medicine (AQuMed), Alemaña.

WP6: Colaboración en sistemas de xestión da calidade asistencial na UE

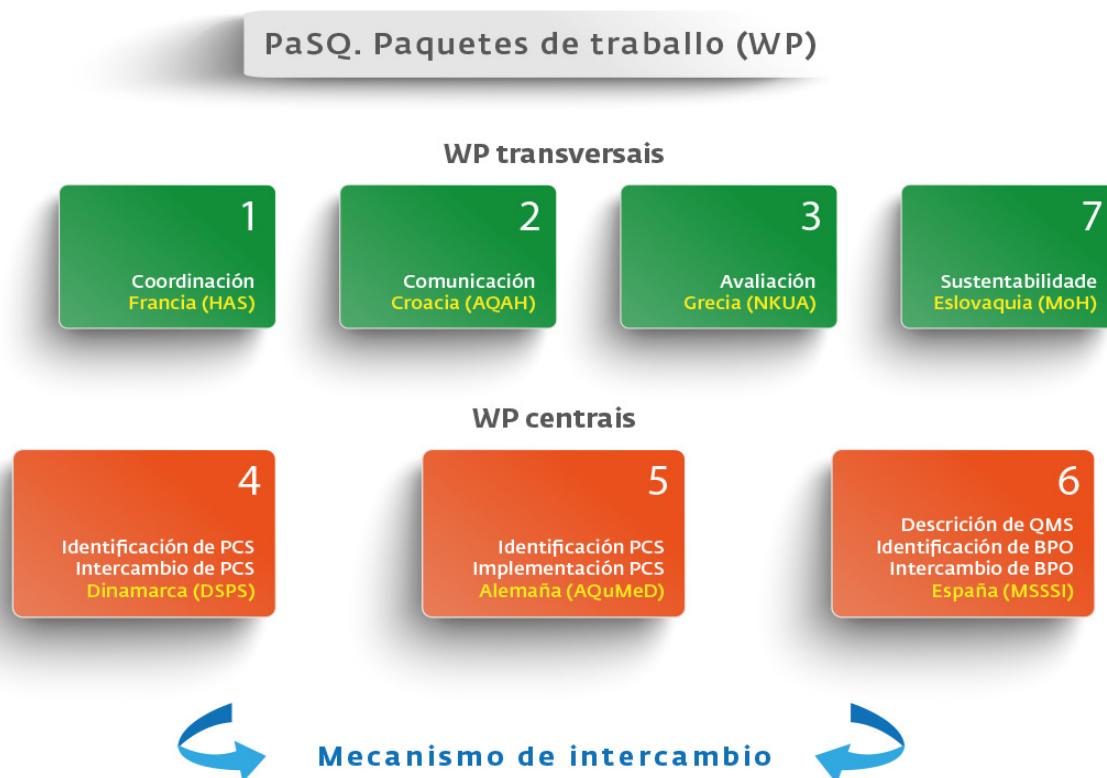
Obxectivo: fortalecer a cooperación entre os EM e as institucións colaboradoras do proxecto en cuestións relativas aos sistemas de xestión da calidade asistencial, incluíndo a seguridade e a implicación dos pacientes.

Coordinación: Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade (MSSSI), España.

WP7: Sustentabilidade da rede

Obxectivo: manter unha colaboración permanente para establecer mecanismos de aprendizaxe entre os EM e as institucións europeas relevantes.

Coordinación: Ministry of Health (SKMoH), Eslovaquia.



Ref: <http://www.pasq.eu>

Anexo 4: Plan de calidade do Sistema Nacional de Saúde 2010

En 2010 elaborouse un novo Plan de calidade do Sistema Nacional de Saúde cuxa estratexia 8 fai referencia a mellorar a seguridade dos pacientes atendidos nos centros sanitarios do SNS.

A estratexia analízase en 6 grandes obxectivos, que levan aparelladas propostas de proxectos específicos:

1. Promover e desenvolver o coñecemento e a cultura de seguridade dos pacientes entre os profesionais e os pacientes en calquera nivel de atención sanitaria.
2. Diseñar e establecer sistemas de información e notificación de incidentes relacionados coa seguridade de pacientes.
3. Implantar prácticas seguras no SNS.
4. Promover a investigación en seguridade dos pacientes.
5. Participación dos pacientes na estratexia de seguridade de pacientes.
6. Reforzar a participación de España en todos os foros sobre seguridade de pacientes das principais organizacións internacionais.

Ref: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/eco3.htm>

Anexo 5: Compromiso do Ministerio de Sanidade coa OMS nos retos para a seguridade do paciente

O compromiso do Ministerio de Sanidade coa OMS nos retos para a seguridade do paciente inclúe:

1. Promover os máis altos estándares de práctica e comportamento para reducir os riscos asociados aos cuidados da saúde.
2. Fomentar e manter colaboracións coas sociedades científicas, escolas de formación, centros docentes, universidades e centros sanitarios doutros estados membros da OMS para asegurar a total utilización do coñecemento e a experiencia no campo dos eventos adversos asociados aos cuidados de saúde.
3. Propiciar o apoio aos responsables de xestión e aos líderes profesionais para promover a mellora das intervencións para reducir os eventos adversos asociados aos cuidados de saúde.

Referencia: Conferencia Internacional en Seguridade do Paciente: Retos e realidades no SNS. Ministerio de Sanidade e Consumo.

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/>

Anexo 6: Lexislación e recomendacións sobre seguridade transfusional

- Convenio do 4 abril 1997, ratificado polo Instrumento do 23 xullo de 1999, para a protección dos dereitos humanos e a dignidade do ser humano con respecto ás aplicacións da bioloxía e a medicina (Convenio relativo aos dereitos humanos e á biomedicina), feito en Oviedo o 4 de abril de 1997 (BOE do 20 de outubro de 1999), modificado polo Protocolo do 12 de xaneiro 1998, ratificado polo Instrumento do 7 de xaneiro 2000.
- Directiva 2002/98/CE do Parlamento Europeo e do Consello, do 27 de xaneiro de 2003, pola que se establecen normas de calidade e de seguridade para a extracción, verificación, tratamento, almacenamento e distribución de sangue humano e os seus compoñentes e pola que se modifica a Directiva 2001/83/CE.
- Directiva 2004/33/CE da Comisión, do 22 de marzo de 2004, pola que se aplica a Directiva 2002/98/CE do Parlamento Europeo e do Consello no que se refire a determinados requisitos técnicos do sangue e os compoñentes sanguíneos (texto pertinente para os efectos do EEE).
- Directiva 2005/61/CE da Comisión, do 30 de setembro de 2005, pola que se aplica a Directiva 2002/98/CE do Parlamento Europeo no relativo aos requisitos de rastrexabilidade e á notificación de reaccións e efectos adversos graves (texto pertinente para os efectos do EEE).
- Directiva 2005/62/CE da Comisión, do 30 de setembro de 2005, Directiva 2002/98/CE do Parlamento Europeo e do Consello no que se refire ás normas e especificacións comunitarias relativas a un sistema de calidade para os centros de transfusión sanguínea (texto pertinente para os efectos do EEE).
- Resolución do Consello de Europa (2008) sobre responsabilidade do doador e a limitación á doazón de sangue e compoñentes sanguíneos. Adoptada polo Comité de Ministros o 12 de marzo de 2008.

SISTEMA DE EVALUACIÓN: PANEL de INDICADORES

LISTADO DE INDICADORES

Estratexia 1.- Liderado e xestión en seguridade de pacientes

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
1.1.1.1. 	A organización dispón dunha política de xestión de riscos aliñada coa estratexia do Servizo Galego de Saúde.	Dicotómico s/n		Liderado	1
1.2.1.1. 	A Comisión de Dirección aproba e renova os obxectivos operativos do Sistema de xestión de riscos para a seguridade do paciente	Dicotómico s/n		Liderado	2
1.2.2.1. 	Existe polo menos un profesional referente de seguridade do paciente e un representante da Dirección responsable do Sistema de xestión de riscos.	Dicotómico s/n		Liderado	3
1.2.3.1. 	Existe un cadro de mando que permite verificar e realizar un seguimento do funcionamento do Sistema de xestión de riscos.	Dicotómico s/n		Liderado	4
1.2.4.1. 	Os líderes aproban as accións de tratamento do risco e as accións correctivas.	Dicotómico s/n		Liderado	5
1.2.5.1. 	Existe un informe anual de revisión de resultados de xestión de risco, con aplicación de <i>benchmarking</i> .	Dicotómico s/n		Liderado	6
1.3.1.1. 	Número de roldas de seguridade realizadas anualmente con participación dalgún membro da Dirección, documentadas.	Número de roldas de seguridade realizadas anualmente con participación dalgún membro da Dirección, documentadas	>3 Anuais	Liderado	7
1.3.2.1. 	Os líderes realizan enquisas de percepción da sociedade sobre a seguridade do paciente.	Dicotómico s/n		Liderado	8
1.3.3.1. 	Os líderes recoñecen expresamente a contribución dos profesionais aos logros alcanzados en seguridade de pacientes.	Dicotómico s/n		Liderado	9
1.4.1.1. 	Os líderes realizan sesións para informar os traballadores sobre o funcionamento, os resultados do Sistema de xestión de riscos e as accións de mellora implantadas.	Dicotómico s/n		Liderado	10
1.4.2.1. 	Número de reclamacións da organización relacionadas con eventos sentinela e eventos adversos graves.	Número de reclamacións da organización relacionadas con eventos sentinela e eventos adversos graves	≤ 5	Liderado	11

Estratexia 2.- Formación en seguridade de pacientes

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
2.1.1.1. 	Existe un procedemento para a identificación das necesidades formativas dos profesionais relacionadas coa xestión de riscos.	Dicotómico s/n		Formación	1
2.2.1.1. 	Existe un plan de formación anual en seguridade do paciente.	Dicotómico s/n		Formación	2
2.3.1.1. 	Porcentaxe de traballadores dos servizos subcontractados que recibiron formación en xestión de riscos para a seguridade do paciente.	$(N^{\circ} \text{ traballadores recibiron formación SS} / N^{\circ} \text{ total traballadores SS}) \times 100$	$\geq 75 \%$	Formación	3
2.4.1.1. 	Número de sesións clínicas de revisión de eventos adversos graves e eventos sentinela mediante a metodoloxía ACR.	Número de sesións clínicas de revisión de eventos adversos graves e eventos sentinela mediante a metodoloxía ACR	≥ 3	Formación	4
2.4.2.1. 	Existe un sistema de información aos profesionais que difunde as alertas sobre seguridade do paciente, análise de incidentes e implantación de boas prácticas e os seus resultados.	Dicotómico s/n		Formación	5
2.5.1.1. 	Porcentaxe de profesionais da organización que participaron como docentes en accións formativas de xestión de riscos e seguridade do paciente.	Porcentaxe de profesionais da organización que participaron como docentes en accións formativas de xestión de riscos e seguridade do paciente.	$\geq 10 \%$	Formación	6

Estratexia 3 - Participación cidadá na seguridade do paciente

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
3.1.1.1. 	Dispónse dun plan de formación en seguridade do paciente dirixido a pacientes/cidadáns.	Dicotómico s/n		Ciudadáns	1
3.1.2.1. 	Número de pacientes expertos na organización, desagregados por patoloxías.	Número de pacientes expertos na organización, desagregados por patoloxía	≤ 25 por EOXI e patoloxía	Ciudadáns	2
3.1.3.1. 	Número de pacientes da organización que participan en foros, conferencias, congresos e xornadas.	Número de pacientes da organización que participan en foros, conferencias, congresos e xornadas.	≥ 15	Ciudadáns	3
3.1.4.1. 	Número de cidadáns formados en actividades relacionadas coa prevención, atención e protección da violencia de xénero.	Número de cidadáns formados en actividades relacionadas coa prevención, atención e protección da violencia de xénero	≥ 50	Ciudadáns	4
3.2.1.1. 	Número de actas da Comisión de Participación Cidadá nas que existen evidencias de información sobre reclamacións e eventos adversos.	Número de actas da Comisión de Participación Cidadá nas que existen evidencias de información sobre reclamacións e eventos adversos	≥ 2 anuais	Ciudadáns	5
3.2.2.1. 	Número de actividades de seguridade de pacientes realizadas con participación de asociacións de pacientes.	Número de actividades de seguridade de pacientes realizadas con participación de asociacións de pacientes	≥ 2 anuais	Ciudadáns	6
3.2.3.1. 	Porcentaxe de procedementos e guías da EOXI en que participaron asociacións de pacientes	(Número de procedementos e guías da EOXI nas que participaron asociacións de pacientes / Nº de procedementos e guías da EOXI) x 100	≥ 10 %	Ciudadáns	7
3.2.4.1. 	Número de asociacións de pacientes que participan en comisións técnicas.	Número de asociacións de pacientes que participan en comisións técnicas	≥ 3	Ciudadáns	8
3.3.1.1. 	Porcentaxe de pacientes que coñecen a guía con recomendacións para a seguridade do paciente.	Número de pacientes observados que coñecen a guía/número de pacientes observados	≥ 25 %	Ciudadáns	9
3.3.2.1. 	A organización realiza polo menos unha actividade anual para informar os pacientes/cidadáns sobre como notificar incidentes de seguridade.	Dicotómico s/n		Ciudadáns	10
3.3.3.1. 	Porcentaxe de pacientes enquisados que manifestan que recibiron unha asistencia "segura" ou "moi segura".	(Nº de pacientes que responden "segura" ou "moi segura" / Nº de pacientes que responden a enquisa) x 100	≥ 85 %	Ciudadáns	11
3.3.4.1. 	Existe un procedemento de axuda aos pacientes para formular preguntas en relación co seu proceso.	Dicotómico s/n		Ciudadáns	12

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
3.3.5.1. 	Porcentaxe de pacientes que coñecen o Sistema de notificación de reaccións adversas a medicamentos (RAM).	$(\text{N}^{\circ} \text{pacientes que coñecen sistema de notificación RAM} / \text{N}^{\circ} \text{de pacientes observados}) \times 100$	$\geq 50 \%$	Ciudadáns	13
3.3.6.1. 	Porcentaxe de pacientes que asina o lugar correcto en intervencións cirúrxicas de dobre membro.	$(\text{N}^{\circ} \text{pacientes que asinan no lugar correcto} / \text{N}^{\circ} \text{de pacientes observados}) \times 100$	$\geq 98 \%$	Ciudadáns	14
3.3.7.1. 	Número de actividades sobre hixiene de mans en que participaron pacientes.	Número de actividades sobre hixiene de mans nas que participaron pacientes.	≥ 1	Ciudadáns	15

Estratexia 4 - Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
4.1.1.1. 	Existe unha política na organización referida ao Sistema de vixilancia, prevención e control da infección.	Dicotómico s/n		Infección	1
4.1.2.1. 	Existe un plan de acción anual para a diminución da infección segundo a norma UNE 179006 aprobado pola dirección.	Dicotómico s/n		Infección	2
4.1.3.1. 	Existe un procedemento para o mantemento do Sistema de vixilancia, prevención e control da infección cando se planifican e introducen cambios na organización.	Dicotómico s/n		Infección	3
4.1.4.1. 	Existe na organización un informe anual de revisión pola Dirección do Sistema de vixilancia, prevención e control da infección relacionada coa atención sanitaria.	Dicotómico s/n		Infección	4
4.1.5.1. 	Existen na organización procedementos para a elaboración de plans de continxencia sobre infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria.	Dicotómico s/n		Infección	5
4.2.1.1. 	Número de informes anuais sobre resistencia a antimicrobianos.	Número de informes sobre resistencia a antimicrobianos	≥ 2 anuais	Infección	6
4.2.2.1. 	Existe un informe de revisión anual da política antimicrobiana da organización.	Dicotómico s/n		Infección	7
4.3.1.1. 	Está implantado un procedemento de illamentos para a prevención das IRAS.	Dicotómico s/n		Infección	8
4.3.2.1. 	Prevalencia de infección nosocomial adquirida no propio centro en especialidades cirúrxicas.	$(\text{Número de INA identificadas en CIRURXÍA} / \text{Nº pacientes intervenidos observados}) \times 100$	$\leq 3 \%$	Infección	9
4.3.3.1. 	Consumo en litros de preparado de base alcohólica (PBA) para a hixiene das mans por cada mil estancias.	$(\text{Nº de litros de PBA entregados} / \text{Nº estancias}) \times 1000$	≥ 15 por 1000	Infección	10
4.3.4.1. 	Disponibilidade de lentes de protección nos servizos de coidados críticos (UCI, REA, UCI Coronaria), servizos cirúrxicos, servizos de urxencias.	Dicotómico s/n		Infección	11
4.3.5.1. 	Porcentaxe de adecuación da profilaxe antibiótica en pacientes cirúrxicos.	$(\text{Nº IQ con profilaxe AB axeitada} / \text{Nº total IQ con profilaxe AB}) \times 100$	$\geq 98 \%$	Infección	12
4.3.6.1. 	Existe un procedemento operativo de esterilización na organización.	Dicotómico s/n		Infección	13
4.3.7.1. 	Existe un procedemento operativo de desinfección na organización.	Dicotómico s/n		Infección	14

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
4.3.8.1. 	Número de brotes anuais de lexionela.	Nº de brotes de Lexionela / ano	o	Infección	15
4.3.9.1. 	Porcentaxe de pacientes satisfeitos coa limpeza das instalacións.	$(\text{N}^\circ \text{ enquisados satisfeitos con limpeza} / \text{N}^\circ \text{ total enquisados}) \times 100$	$\geq 95 \%$	Infección	16
4.4.1.1. 	A organización implanta un procedemento para a identificación e xestión de brotes epidémicos.	Dicotómico s/n		Infección	17
4.4.2.1. 	A organización dispón dun procedemento implantado para identificar e avaliar os factores de risco asociados ás IRAS.	Dicotómico s/n		Infección	18
4.4.3.1. 	A organización dispón dun procedemento implantado que garante que se incorporan criterios de prevención da infección no deseño ou reformas de áreas hospitalarias ou cambio de uso destas.	Dicotómico s/n		Infección	19
4.4.4.1. 	Os servizos contratados cumpren cos requisitos de prevención da infección incluídos nos pregos de contratación.	Dicotómico s/n		Infección	20
4.4.5.1. 	Disminución da taxa das IRAS.	Redución da taxa de IRAS con respecto ao ano anterior	$\geq 0,1 \%$	Infección	21
4.5.1.1. 	Número de actividades de información e sensibilización realizadas para a prevención e control das IRAS.	Número de actividades anuais de información e sensibilización realizadas para a prevención e control das IRAS.	≥ 3 anuais	Infección	22

Estratexia 5 - Identificación e comprobación inequívoca do paciente correcto, lugar correcto e procedemento correcto. Identificación inequívoca de mostrás, estudos e documentos do paciente

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
5.1.1.1. 	Porcentaxe de pacientes identificados conforme o procedemento.	$(\text{N}^\circ \text{ pacientes portadores de pulseira identificativa} / \text{Total de pacientes do alcance do procedemento}) \times 100$	100%	Identif	1
5.2.1.1. 	Porcentaxe de identificación nai-fillo conforme o procedemento.	$(\text{N}^\circ \text{ de nais/bebés portadores de pulseira identificativa} / \text{Total de pacientes do alcance do procedemento}) \times 100$	100%	Identif	2
5.3.1.1. 	Porcentaxe de pacientes que manifestan que foron consultados para a comprobación de paciente correcto/lugar correcto/procedemento correcto.	$(\text{Número pacientes sometidos a un proced.} \times \text{que manifestan que os profesionais comprobaron xunto a el lugar, identidade e procedemento} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes sometidos ao procedemento enquisados}) \times 100$	$\geq 98 \%$	Identif	3
5.4.1.1. 	Existe un procedemento de comprobación da correcta identificación, transporte, conservación e xestión de mostrás biolóxicas.	Dicotómico s/n		Identif	4
5.4.2.1. 	Número de reunións do grupo de análise de erros de identificación de mostrás.	Número de reunións do grupo de análise de erros de identificación de mostrás	≥ 3 anuais	Identif	5
5.4.3.1. 	Porcentaxe de utilización dos rexistros para a comprobación da correcta identificación de estudos de diagnóstico por imaxe.	$(\text{Número de estudos con rexistro para a comprobación de correcta identificación de estudos de diagnóstico por imaxe cumpridos} / \text{Número total de estudos de imaxe realizados na organización}) \times 100$	$\geq 98 \%$	Identif	6
5.4.4.1. 	Número de reunións do grupo de análise de erros de identificación de estudos de diagnóstico por imaxe.	Nº de reunións do grupo	≥ 3 anuais	Identif	7

Estratexia 6 - Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
6.1.1.1. 	Dispónse de procedementos que alerten ante posibles erros de dosificación, frecuencia, contraindicacións e interaccións medicamentosas antes da prescripción, dispensación e administración de medicamentos.	Dicotómico s/n		Medicación	1
6.1.2.1. 	Dispónse dun procedemento de rexistro, control e xestión de incidencias relacionadas con medicamentos e aplícase.	Dicotómico s/n		Medicación	2
6.1.3.1. 	Existe un sistema de difusión de notas informativas, incidentes de seguridade acontecidos no centro e alertas relacionadas cos medicamentos.	Dicotómico s/n		Medicación	3
6.1.4.1. 	Incorpóranse medidas para reducir o risco ante medicamentos con nomes parecidos e con etiquetas e envasados confusos ou de aparencia similar.	Dicotómico s/n		Medicación	4
6.1.5.1. 	Existe unha listaxe cos medicamentos de alto risco que se usan no centro e os procedementos correspondentes para o seu manexo.	Dicotómico s/n		Medicación	5
6.1.6.1. 	Existe unha listaxe de abreviaturas admitidas e consensuadas no centro cuxa interpretación é inequívoca e coñecida por todos os profesionais.	Dicotómico s/n		Medicación	6
6.1.7.1. 	Avalíase periodicamente a seguridade do sistema de uso de medicamentos do centro a través do cuestionario establecido polo Instituto para o Uso Seguro dos Medicamentos (ISMP).	Dicotómico s/n		Medicación	7
6.2.1.1. 	Porcentaxe de unidades en que non se detectan caducidades de medicamentos.	$(\text{N}^\circ \text{ de unidades nas que non se evidencian medicamentos caducados} / \text{N}^\circ \text{ de unidades observadas}) \times 100$	$\geq 98 \%$	Medicación	8
6.2.2.1. 	As áreas de almacenamento dos medicamentos, produtos sanitarios e fluídos dos servizos de farmacia son de acceso restrinxido.	Dicotómico s/n		Medicación	9
6.2.3.1. 	Porcentaxe de unidades con sistemas de control da temperatura no almacén dos medicamentos.	$(\text{N}^\circ \text{ de unidades con control de temperaturas no almacén de medicamentos} / \text{N}^\circ \text{ de unidades observadas}) \times 100$	$\geq 98 \%$	Medicación	10
6.2.4.1. 	Está implantado un procedemento de revisión das bóticas de primeiros auxilios para garantir as condicións de conservación, caducidade, presenza de medicamentos non autorizados e cantidades dispoñibles.	Dicotómico s/n		Medicación	11
6.3.1.1. 	Porcentaxe de rexistros de tratamento correctamente cubertos.	$(\text{N}^\circ \text{ rexistros de tratamento correctamente cubertos} / \text{N}^\circ \text{ de rexistros de tratamento observados}) \times 100$	$\geq 98 \%$	Medicación	12
6.3.2.1. 	Está implantado un procedemento para avaliar a rastrexabilidade do medicamento no proceso prescripción-dispensación-administración.	Dicotómico s/n		Medicación	13

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
6.3.3.1. 	Está implantado un procedemento de administración da medicación onde se recollen os “cinco correctos”.	Dicotómico s/n		Medicación	14
6.3.4.1. 	Está implantado un procedemento para conciliar a medicación do paciente.	Dicotómico s/n		Medicación	15
6.3.5.1. 	Está implantado un procedemento para a revisión dos tratamentos farmacolóxicos e dietéticos de pacientes pluripatolóxicos e polimedicados.	Dicotómico s/n		Medicación	16
6.3.6.1. 	Porcentaxe de solucións intravenosas administradas correctamente etiquetadas.	$\left(\frac{\text{Nº de medicamentos administrados correctamente etiquetados}}{\text{Nº de medicamentos administrados observados}} \right) \times 100$	$\geq 98 \%$	Medicación	17
6.3.7.1. 	Porcentaxe de unidades nas que se practica dobre revisión na administración de fármacos de alto risco.	$\left(\frac{\text{Nº de unidades con práctica de dobre revisión de administración con md de alto risco}}{\text{Total de medicamentos de alto risco administrados}} \right) \times 100$	$\geq 98 \%$	Medicación	18
6.4.1.1. 	Número de sesións sobre o uso do sistema de notificación de reaccións adversas a medicamentos (RAM) dirixidas aos profesionais.	Número de sesións sobre o uso do sistema de notificación de reaccións adversas a medicamentos (RAM) dirixidas aos profesionais	≥ 2 anuais	Medicación	19

Estratexia 7 - Xestión de riscos nos procesos

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
7.1.1.1. 	Existe un mapa de procesos de risco da organización.	Dicotómico s/n		Procesos	1
7.1.2.1. 	Porcentaxe de procesos de risco con indicadores de seguridade definidos.	$(\text{N}^{\circ} \text{ procesos de risco con indicadores de seguridade definidos} / \text{N}^{\circ} \text{ procesos de risco documentados}) \times 100$	$\geq 90 \%$	Procesos	2
7.1.3.1. 	Porcentaxe de procesos de risco medidos.	$(\text{N}^{\circ} \text{ procesos de risco documentados, implantados e medidos} / \text{N}^{\circ} \text{ procesos de risco documentados}) \times 100$	$\geq 50 \%$	Procesos	3
7.1.4.1. 	Porcentaxe de cumprimento dos obxectivos do plan de seguridade do paciente.	$(\text{N}^{\circ} \text{ de obxectivos de mellora do Plan de seguridade de pacientes alcanzados} / \text{N}^{\circ} \text{ de obxectivos de mellora do plan de seguridade de pacientes}) \times 100$	$\geq 75 \%$	Procesos	4
7.2.1.1. 	Porcentaxe de unidades asistenciais que dispoñen de mapas de riscos.	$(\text{N}^{\circ} \text{ de unidades con mapas de risco} / \text{N}^{\circ} \text{ de unidades asistenciais ou servizos}) \times 100$	$\geq 75 \%$	Procesos	5
7.3.1.1. 	Existe un manual de xestión de riscos da organización.	Dicotómico s/n		Procesos	6
7.3.2.1. 	Porcentaxe de procesos de risco con AMFE realizada.	$(\text{N}^{\circ} \text{ procesos de risco con AMFE realizado} / \text{N}^{\circ} \text{ total de procesos de risco}) \times 100$	$\geq 20 \%$	Procesos	7
7.4.1.1. 	Existen plans de tratamento de riscos seguindo as directrices da Norma UNE 179003.	Dicotómico s/n		Procesos	8
7.4.2.1. 	Difúndense e implántanse prácticas seguras.	Dicotómico s/n		Procesos	9
7.5.1.1. 	Número de sesións xerais relacionadas coa xestión de riscos e seguridade do paciente.	$\text{N}^{\circ} \text{ de sesións xerais relacionadas coa xestión de riscos e seguridade do paciente}$	$\geq 2 \text{ ano}$	Procesos	10
7.6.1.1. 	Porcentaxe de unidades certificadas coa norma UNE 179003.	$(\text{N}^{\circ} \text{ unidades asistenciais certificadas} / \text{N}^{\circ} \text{ total de unidades asistenciais}) \times 100$	$\geq 10 \%$	Procesos	11
7.6.2.1. 	O centro está certificado coa norma UNE 179006.	Dicotómico s/n		Procesos	12

Estratexia 8 - Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. SiNASP-Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
8.1.1.1. 	Existe na EOXI un xestor principal e unha rede de xestores alternativos que procesan as notificacións.	Dicotómico s/n		SiNASP	1
8.1.2.1. 	Porcentaxe de notificacións no SiNASP en relación co persoal sanitario.	$(N^{\circ} \text{ incidentes notificados en periodo analizado} / N^{\circ} \text{ de persoal sanitario do centro}) \times 100$	$\geq 7 \%$	SiNASP	2
8.1.3.1. 	Porcentaxe de notificacións no SiNASP xestionadas en menos de 30 días.	$(N^{\circ} \text{ notificacións xestionadas en menos de 30 días} / N^{\circ} \text{ total notificacións recibidas}) \times 100$	$\geq 90 \%$	SiNASP	3
8.1.4.1. 	Porcentaxe de notificacións pechadas con accións de mellora.	$(N^{\circ} \text{ notificacións pechadas con accións de mellora} / N^{\circ} \text{ total notificacións pechadas}) \times 100$	$\geq 50 \%$	SiNASP	4
8.1.5.1. 	Número de informes difundidos en relación co SiNASP.	Nº de informes elaborados no centro no periodo analizado que se difundiron entre os profesionais	≥ 3 anuais	SiNASP	5
8.2.1.1. 	Número de reunións do núcleo de seguridade.	Nº de reunións do Núcleo de Seguridade no periodo analizado	8	SiNASP	6
8.2.2.1. 	Evidénciase participación de profesionais de atención primaria e de atención hospitalaria no Núcleo de Seguridade.	Dicotómico s/n		SiNASP	7
8.2.3.1. 	Evidénciase participación da Dirección nas reunións e acordos dos núcleos de seguridade.	Dicotómico s/n		SiNASP	8
8.2.4.1. 	Porcentaxe de ACR finalizados sobre SAC 1 e SAC 2.	$(N^{\circ} \text{ de análises causa raíz (ACR) finalizadas sobre SAC 1 e SAC 2} / N^{\circ} \text{ total de notificacións SAC 1 e SAC 2}) \times 100$	$\geq 90 \%$	SiNASP	9
8.3.1.1. 	Porcentaxe de directivos e mandos intermedios que coñecen a Guía de recomendacións para a xestión de eventos adversos graves e eventos sentinela nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde.	$(N^{\circ} \text{ de membros do equipo directivo que coñecen a guía} / N^{\circ} \text{ membros de equipo directivo e mandos intermedios}) \times 100$	100%	SiNASP	10
8.3.2.1. 	Porcentaxe de eventos sentinela nos que se realiza informe.	$(N^{\circ} \text{ de informes de eventos sentinela realizados} / N^{\circ} \text{ total de eventos sentinela notificados}) \times 100$	$\geq 98 \%$	SiNASP	11

Estratexia 9 - Comunicación e continuidade asistencial

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
9.1.1.1. 	Porcentaxe de pacientes que manifestan que os profesionais que os atenderon se lles presentaron.	$(\text{N}^\circ \text{ pacientes que responden afirmativamente ao ítem} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes enquisados}) \times 100$	$\geq 85 \%$	Comunica- cion	1
9.1.2.1. 	Porcentaxe de pacientes que refiren que están satisfeitos coa información recibida.	$(\text{N}^\circ \text{ de pacientes que responden satisfeito ou moi satisfeito o ítem da enquisa} / \text{Número total de pacientes enquisados}) \times 100$	$\geq 94 \%$	Comunica- cion	2
9.1.3.1. 	Porcentaxe de pacientes que responden que a información que se lles transmitiu no informe de alta lles resultou útil para continuar cos seus coidados.	$(\text{N}^\circ \text{ pacientes que responden afirmativamente ao ítem} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes enquisados}) \times 100$	$\geq 90 \%$	Comunica- cion	3
9.1.4.1. 	Porcentaxe de profesionais que coñecen o dereito dos pacientes a expresar as súas instrucións previas (IP).	$(\text{N}^\circ \text{ profesionais que coñecen o dereito dos pacientes a expresar os seus IP} / \text{N}^\circ \text{ total de profesionais enquisados}) \times 100$	$\geq 98 \%$	Comunica- cion	4
9.2.1.1. 	Porcentaxe de profesionais que coñecen o procedemento de actuación ante a parada cardiorrespiratoria.	$(\text{N}^\circ \text{ de profesionais que coñecen o procedemento e onde consultalo} / \text{N}^\circ \text{ de profesionais entrevistados}) \times 100$	$\geq 90 \%$	Comunica- cion	5
9.2.2.1. 	Existe un procedemento de comunicación dos profesionais durante as gardas localizadas.	Dicotómico s/n		Comunica- cion	6
9.2.3.1. 	Porcentaxe de profesionais que coñecen o procedemento de prescricións médicas verbais.	$\text{N}^\circ \text{ de profesionais que coñecen o procedemento de prescricións médicas verbais} / \text{N}^\circ \text{ de profesionais entrevistados.}$	$\geq 95\%$	Comunica- cion	7
9.2.4.1. 	Existe un procedemento sobre prazos de resposta a interconsultas entre servizos.	Dicotómico s/n		Comunica- cion	8
9.3.1.1. 	Existe un procedemento de derivación/traslado de pacientes entre centros e entre unidades do mesmo centro.	Dicotómico s/n		Comunica- cion	9
9.3.2.1. 	Existe un procedemento de comunicación entre quen- das para os profesionais dunha mesma unidade.	Dicotómico s/n		Comunica- cion	10
9.4.1.1. 	Número de reunións sobre seguridade de pacientes entre directivos e profesionais.	Número de reunións sobre seguridade de pacientes entre directivos e profesionais	≥ 1 anual	Comunica- cion	11

Estratexia 10 - Seguridade en procesos asistenciais críticos, complexos e/ou de risco

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
10.1.1.1. 	Porcentaxe de pacientes de cirurxía programada con listaxe de verificación de seguridade cirúrxica con todos os criterios cubertos.	(Pacientes con listaxe de verificación de seguridade cirúrxica con todos os criterios cubertos / Pacientes sometidos a intervención cirúrxica programada) x 100	≥ 85 %	Procesos críticos e de risco (área cirúrxica)	1
10.1.2.1. 	Existe un procedemento para garantir a ausencia de material extraño tras a intervención.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco	2
10.1.3.1. 	Porcentaxe de pacientes portadores de <i>Staphylococcus aureus</i> Meticilin resistente que se descoloniza previamente á cirurxía electiva cardíaca, ortopédica e neurocirurxía con implante.	(Nº de pacientes portadores de <i>S. aureus</i> descolonizados previamente á cirurxía / Nº de pacientes portadores coñecidos de <i>Staphylococcus aureus</i> que se someten á cirurxía) x 100	≥ 98 %	Procesos críticos e de risco	3
10.1.4.1. 	Existencia dun procedemento que garante a rastrexabilidade do material cirúrxico.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco	4
10.1.5.1. 	Número de profesionais con uniforme de uso exclusivo en quirófano que o levan fóra de áreas cirúrxicas.	Número de profesionais con uniforme de uso exclusivo en quirófano que o levan fóra de áreas cirúrxicas	≤ 1	Procesos críticos e de risco	5
10.2.1.1. 	Porcentaxe de pacientes de urxencias que son clasificados (triados) en menos de 30 minutos.	(Nº de pacientes clasificados (triados) en menos de 30' / Nº de pacientes atendidos) x 100	≥ 80 %	Procesos críticos e de risco (urxencias)	6
10.2.2.1. 	Porcentaxe de realización de anxioplastia primaria en IAM dentro dos 90 minutos seguintes á chegada ao hospital.	(Nº de pacientes con IAM cuxa realización de anxioplastia é < de 90' / Nº de pacientes con IAM con realización de anxioplastia primaria) x 100	≥ 85 %	Procesos críticos e de risco	7
10.2.3.1 	Porcentaxe de pacientes clasificados con código "laranxa" segundo o sistema de clasificación Manchester que se pechan antes de 10 minutos.	(Nº de pacientes con código "laranxa" pechaos antes de 10 minutos / Nº total de pacientes triados con código "laranxas") x 100	≥ 20 %	Procesos críticos e de risco	8
10.2.4.1 	Porcentaxe de persoal médico e de enfermería de urxencias formados e reciclados en parada cardiorrespiratoria e atención ao paciente politraumatizado.	(Nº médicos e enfermeiros do servizo que fixeron polo menos 1 curso nos últimos 2 anos / Nº médicos e enfermeiros do servizo de urxencias) x 100	≥ 98 %	Procesos críticos e de risco	9
10.3.1.1. 	Todas as unidades de coidados críticos da organización implantaron os programas Bacteriemia Zero, Pneumonía Zero, Resistencia Zero e Sepsis Zero.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco (críticos)	10
10.3.2.1. 	As unidades de críticos teñen implantados procedementos sobre os 12 procesos de risco incluídos neste criterio.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco	11

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
10.4.1.1. 	Existe un procedemento de atención ao parto normal.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco (obstetricia)	12
10.4.2.1. 	Existe un procedemento de indicación de cesárea coñecido por todos os profesionais do servizo.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco	13
10.4.3.1. 	Existe un rexistro de comprobación do estado das incubadoras de transporte antes do seu uso.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco	14
10.5.1.1. 	Existe un mapa de riscos na unidade de oncohematoloxía.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco (oncohematoloxía)	15
10.5.2.1. 	Existe un plan de acollida de pacientes na unidade de oncohematoloxía.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco	16
10.5.3.1. 	Existe un procedemento de uso seguro de citostáticos.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco	17
10.5.4.1. 	A unidade de oncohematoloxía está certificada segundo norma UNE 179003/2013.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco	18
10.6.1.1. 	Existe un mapa de riscos dos procesos na unidade de diálise.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco (diálise)	19
10.6.2.1. 	Existe un plan de acollida de pacientes na unidade de diálise.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco	20
10.6.3.1. 	Existe unha listaxe de postos e equipos de diálise, cun plan de mantemento que garante a seguridade do seu uso.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco	21
10.6.4.1. 	Existe un procedemento de atención a complicacións clínicas frecuentes durante as sesións de diálise.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco	22
10.6.5.1. 	Existe un procedemento de atención a situacións de urxencia e/ou emerxencia vital intradiálise.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco	23
10.6.6.1. 	A unidade de diálise está certificada segundo norma UNE 179003/2013.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco	24

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
10.7.1.1. 	Existe un mapa de riscos dos procesos na unidade de radioterapia.	Existe un mapa de riscos dos procesos na unidade de radioterapia.		Procesos críticos e de risco (radioterapia)	25
10.7.2.1. 	Elabórase un informe anual que recolle os incidentes de seguridade da unidade de radioterapia.	Elabórase un informe anual que recolle os incidentes de seguridade da unidade de radioterapia		Procesos críticos e de risco	26
10.7.3.1. 	Existe un rexistro de reaccións clínicas distintas das esperadas en radioterapia.	Existe un rexistro de reaccións clínicas distintas das esperadas en radioterapia.		Procesos críticos e de risco	27
10.8.1.1. 	Existe un mapa de riscos dos procesos na unidade de medicina nuclear.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco (medic. Nuclear)	28
10.8.2.1. 	Existe un procedemento de optimización de dose absorbida polos pacientes que reciben tratamento na unidade de medicina nuclear.	Dicotómico		Procesos críticos e de risco	29
10.8.3.1. 	Existe un rexistro de reaccións clínicas distintas das esperadas en medicina nuclear.	Dicotómico		Procesos críticos e de risco	30
10.9.1.1. 	Existe un mapa de riscos dos procesos na unidade de radioterapia.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco (saúde mental)	31
10.9.2.1. 	Existen procedementos para o manexo e prevención dos principais incidentes de seguridade que afectan os pacientes con enfermidade mental.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco	32
10.10.1.1 	Existe un protocolo de administración segura de compoñentes sanguíneos que inclúe a comprobación de grupo ABO ao pé da cama.	Dicotómico s/n		Procesos críticos e de risco	33

Estratexia 11 - Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
11.1.1.1. 	Existe un programa de seguridade do laboratorio.	Dicotómico s/n		Laborat e rx	1
11.1.2.1. 	Porcentaxe de estudos de laboratorio de urxencias que cumpren o tempo de resposta establecido.	$(\text{N}^\circ \text{ estudos de lab. de urxencias que cumpren tempo de resposta establecido} / \text{N}^\circ \text{ de estudos totais}) \times 100$	$\geq 95 \%$	Laborat e rx	2
11.1.3.1. 	Existencia dun procedemento para informar de resultados críticos de probas de laboratorio.	Dicotómico s/n		Laborat e rx	3
11.1.4.1. 	Existe un rexistro de mantemento, calibración e inspección dos equipos de laboratorio.	Dicotómico s/n		Laborat e rx	4
11.1.5.1. 	Número de roturas de existencias de reactivos esenciais.	Número de roturas de existencias de reactivos esenciais	≤ 1 anual	Laborat e rx	5
11.1.6.1. 	Existe un procedemento para almacenar, manipular, conservar e desbotar de forma segura os reactivos.	Dicotómico s/n		Laborat e rx	6
11.1.7.1. 	Existe un procedemento para recoller, identificar, manipular, conservar, transportar e desbotar de forma segura as mostras.	Dicotómico s/n		Laborat e rx	7
11.1.8.1. 	Existe un procedemento para a validación dos resultados de laboratorio.	Dicotómico s/n		Laborat e rx	8
11.1.9.1. 	A Dirección fai un informe de revisión en relación cos procesos de mantemento dos equipos de laboratorio.	Dicotómico s/n		Laborat e rx	9
11.1.10.1. 	O servizo de laboratorio está certificado e mantense segundo a norma UNE-EN ISO 15189:2007.	Dicotómico s/n		Laborat e rx	10
11.2.1.1. 	Existencia do Programa de garantía de calidade e protección radiolóxica en radiodiagnóstico.	Dicotómico s/n		Laborat e rx	11
11.2.2.1. 	Porcentaxe que está cuberta do rexistro de dose de radiación na historia clínica do paciente.	$(\text{N}^\circ \text{ de historias revisadas con rexistro de radiación cuberto} / \text{N}^\circ \text{ historias revisadas}) \times 100$	$\geq 80 \%$	Laborat e rx	12

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
11.2.3.1. 	Porcentaxe de concordancia de estudos entre pares en radioloxía convencional.	$\left(\frac{\text{Nº estudos con diagnóstico concordante de entre unha mostra aleatoria de estudos incluídos en SIDI} / \text{Nº total de estudos analizados}}{100} \right) \times 100$	$\geq 98 \%$	Laborat e rx	13
11.2.4.1. 	Existencia dun procedemento para informar de resultados críticos de probas diagnósticas por imaxe.	Dicotómico s/n		Laborat e rx	14
11.2.5.1. 	Existen rexistros actualizados dos controis de mantemento e calibración dos equipos de radiodiagnóstico.	Dicotómico s/n		Laborat e rx	15
11.2.6.1. 	Porcentaxe de procedementos de seguridade relatados neste criterio que están implantados nos servizos de diagnóstico por imaxe.	$\left(\frac{\text{Nº de proc. de seguridade do paciente implantados}}{6} \right) \times 100$	$\geq 80 \%$	Laborat e rx	16
11.2.7.1. 	A Dirección fai un informe de revisión dos procesos de mantemento dos equipos de radioloxía e diagnóstico pola imaxe.	Dicotómico s/n		Laborat e rx	17

Estratexia 12 – Seguridade nos coidados e procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
12.1.1.1. 	Existencia dos 17 procedementos de seguridade nos coidados, recollidos neste criterio, actualizados e dispoñibles para os profesionais.	Dicotómico s/n		Coidados	1
12.1.2.1. 	Inclúense indicadores de riscos nos coidados no cadro de mando da organización para a súa avaliación, revisión e mellora.	Dicotómico s/n		Coidados	2
12.2.1.1. 	Existe un mapa de riscos dos procedementos de inserción, coidados e mantemento de dispositivos invasivos.	Dicotómico s/n		Coidados	3
12.2.2.1. 	Existe un mapa de riscos dos procedementos clínicos relacionados co mantemento da integridade cutánea.	Dicotómico s/n		Coidados	4
12.2.3.1. 	Porcentaxe de carros de parada que se mantén segundo o procedemento.	$\left(\frac{\text{Nº de carros de parada auditados que cumpren segundo procedemento}}{\text{Nº de carros de parada auditados}} \right) \times 100$	$\geq 98 \%$	Coidados	5
12.3.1.1. 	Porcentaxe de pacientes con accións preventivas adecuadas en relación co seu plan de coidados individualizado (PCI).	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes observados con accións axeitadas ao PCI}}{\text{Nº total de pacientes observados}} \right) \times 100$	$\geq 98 \%$	Coidados	6
12.3.2.1. 	Porcentaxe de incidentes rexistrados que concorda con incidentes observados.	$\left(\frac{\text{Nº de incidentes rexistrados que concordan cos observados}}{\text{Nº incidentes rexistrados}} \right) \times 100$	$\geq 98 \%$	Coidados	7

Estratexia 13 - Seguridade do ámbito, equipamento e xestión de residuos sanitarios

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
13.1.1.1. 	Porcentaxe de unidades nas que no manual de acollida se recolle información sobre o uso seguro de instalacións e equipos.	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ unidades en cuxo manual de acollida se prevé a devandita información} / \text{N}^\circ \text{ de unidades observadas}) \times 100}{}$	$\geq 98 \%$	Ámbito	1
13.1.2.1. 	Infórmanse os profesionais afectados por correo corporativo sobre a introdución de equipos novos, coa antelación suficiente para que asuman o cambio.	Dicotómico s/n		Ámbito	2
13.1.3.1. 	Porcentaxe de equipos nos que existen fichas de instrucións técnicas básicas necesarias para o bo uso dos aparatos de electromedicina, comprensibles e accesibles para os profesionais que o usan.	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ equipos observados con ficha de instrucións} / \text{N}^\circ \text{ de novos equipos observados}) \times 100}{}$	$\geq 98 \%$	Ámbito	3
13.1.4.1. 	Porcentaxe de unidades nas que non se obxectiva material funxible caducado.	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ unidades en que non se obxectiva material funxible caducado} / \text{N}^\circ \text{ de unidades observadas}) \times 100}{}$	$\geq 95 \%$	Ámbito	4
13.2.1.1. 	Existen plans de emerxencias actualizados.	Dicotómico s/n		Ámbito	5
13.2.2.1. 	Porcentaxe de traballadores formados no plan de emerxencias nos últimos dous anos.	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de traballadores formados no plan de emerxencias nos dous últimos anos} / \text{N}^\circ \text{ de traballadores}) \times 100}{}$	$\geq 70 \%$	Ámbito	6
13.2.3.1. 	Realízanse simulacros sistemáticos de evacuación e emerxencia cada dous anos, como mínimo.	Dicotómico s/n		Ámbito	7
13.2.4.1. 	Porcentaxe de áreas e/ou unidades nas que está visible o número de teléfono único que activa o plan de emerxencias.	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ áreas/unidades nas que está visible o número de tel. único} / \text{N}^\circ \text{ de unidades/áreas observadas}) \times 100}{}$	$\geq 98 \%$	Ámbito	8

Estratexia 14 - Investigación e innovación en seguridade do paciente

Código	Indicador	Fórmula	Estándar	Liñas	Nº Indic.
14.1.1.1. 	Existe un programa de investigación cunha liña de seguridade do paciente.	Dicotómico s/n		Investigación	1
14.1.2.1. 	Número de estudos de investigación sobre aspectos clave en seguridade do paciente.	Nº de estudos de investigación realizado sobre SP	≥ 1 anual	Investigación	2
14.1.3.1. 	Número de estudos multicéntricos ou coordinados sobre seguridade de pacientes nos que participen investigadores da organización.	Nº de estudos multicéntricos ou coordinados sobre seguridade de pacientes nos que participen investigadores da organización	1 cada dous anos	Investigación	3
14.1.4.1. 	Número de publicacións en revistas científicas indexadas en CSIC, Pubmed, Web of Knowledge, Embase, PsycINF sobre seguridade de pacientes.	Nº de publicacións en revistas científicas indexadas en CSIC, Pubmed, Web of Knowledge, Embase PsycINF sobre seguridade de pacientes	1 cada dous anos	Investigación	4
14.1.5.1 	Número de comunicacións a congresos relacionadas coa seguridade dos pacientes.	Nº de comunicacións a congresos relacionadas coa seguridade dos pacientes	≥ 10 anuais	Investigación	5
14.2.1.1. 	Número de procesos de risco con sistemas "a proba de erro".	Nº de procesos de risco nos que se introduciu algún sistema a proba de erro	1 cada dous anos	Investigación	6
14.2.2.1. 	Número de sistemas e procedementos innovadores en seguridade de pacientes.	Nº de sistemas e procedementos innovadores en seguridade de pacientes	1 cada dous anos	Investigación	7
14.2.3.1. 	Existencia dun rexistro de patentes en relación con sistemas e/ou tecnoloxías sobre prevención de riscos e erros.	Dicotómico s/n		Investigación	8

FICHAS INDIVIDUALIZADAS DOS INDICADORES

A continuación preséntase unha ficha coa descrición detallada de cada un dos indicadores.

Ao tratarse dun sistema que vai ir evolucionando no tempo, eliminamos de forma deliberada das fichas o campo do **estándar**, manténdoo só na listaxe previa, de modo que a súa modificación aos longo dos anos non supoña unha reedición de cada unha das fichas.

Estratexia 1.- Liderado e xestión en seguridade de pacientes

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderado e xestión en seguridade de pacientes
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Definir e aprobar a política de xestión de riscos da organización. 1.1.1. A organización dispón dunha política de xestión de riscos aliñada coa estratexia da organización.

INDICADOR 1.1.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	A organización dispón dunha política de xestión de riscos aliñada coa estratexia do Servizo Galego de Saúde.
XUSTIFICACIÓN	A prestación dunha atención excelente ao paciente require dun liderado efectivo. A alta Dirección debe demostrar o seu compromiso co desenvolvemento e implantación do Sistema de xestión de riscos, así como coa mellora continua da súa efectividade. A xestión de riscos debe estar presente nas políticas, os procesos e as prácticas da organización.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Documentos estratéxicos da organización. Documentación do Sistema de xestión de riscos para a seguridade do paciente da organización.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. Norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013. 3. Estándares de calidade de coidados para a seguridade do paciente nos hospitais do SNS. Proxecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidade e Política Social, 2009 Ref: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderado e xestión en seguridade de pacientes
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Implantar e manter un sistema de xestión de riscos que recolla os procesos, os obxectivos, os recursos e o sistema de avaliación e mellora necesarios para garantir o seu funcionamento. 1.2.1 A organización dispón de obxectivos operativos do Sistema de xestión de riscos para a seguridade do paciente, documentados e aprobados, que revisa e renova periodicamente.

INDICADOR 1.2.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	A Comisión de Dirección aproba e renova os obxectivos operativos do Sistema de xestión de riscos para a seguridade do paciente.
XUSTIFICACIÓN	Os obxectivos do Sistema de xestión de risco están enfocados a mellorar os niveis de seguridade da atención sanitaria como causa primaria, e a diminuír as demandas asociadas aos erros como causa secundaria.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Documentos estratéxicos da organización. Pacto de obxectivos cos distintos servizos. Informe de revisión do Sistema de xestión de riscos pola Dirección. Actas de comisións de dirección.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1.-Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2.-Norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013. 3.-Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade. http://www.msssi.gob.es/

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderado e xestión en seguridade de pacientes
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Implantar e manter un sistema de xestión de riscos que recolla os procesos, os obxectivos, os recursos e o sistema de avaliación e mellora necesarios para garantir o seu funcionamento. 1.2.2 A organización dispón dunha estrutura para a xestión de riscos que establece como mínimo que: · Existe polo menos un profesional referente de calidade e/ou seguridade do paciente no centro cuxas funcións asistenciais e obxectivos inclúen explicitamente a xestión da seguridade e a calidade asistencial. · Désígnase un representante da Dirección responsable do Sistema de xestión de riscos, que analiza de forma sistemática os incidentes, realiza propostas de mellora e as traslada para a súa autorización á Comisión de Dirección.

INDICADOR 1.2.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe polo menos un profesional referente de seguridade do paciente e un representante da Dirección responsable do Sistema de xestión de riscos.
XUSTIFICACIÓN	A alta Dirección da organización debe asegurar que está definida e comunicada a asignación das responsabilidades e a autoridade de cada unha das persoas que forman parte da estrutura de xestión de riscos dentro da organización. Ademais, a alta Dirección debe designar un dos seus membros, quen, con independencia doutras responsabilidades, ten a responsabilidade e a autoridade para asegurar que se establecen, implantan e manteñen os procesos necesarios para o funcionamento do Sistema de xestión de riscos, informar a Dirección do desempeño do sistema e asegurar que se promove a cultura da seguridade na organización.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	O cumprimento do indicador implica que existen as dúas figuras.
FONTES DE DATOS	Documentos estratéxicos da organización: actas do Núcleo de Seguridade. Documentación do Sistema de xestión de riscos da organización.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. Norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013. 3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: http://www.msssi.gob.es/

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderado e xestión en seguridade de pacientes
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Implantar e manter un sistema de xestión de riscos que recolla os procesos, os obxectivos, os recursos e o sistema de avaliación e mellora necesarios para garantir o seu funcionamento. 1.2.3 Existe un cadro de mando de seguridade, con indicadores que permiten verificar o funcionamento do Sistema de xestión de riscos e un procedemento de seguimento e revisión destes.

INDICADOR 1.2.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un cadro de mando que permite verificar e realizar un seguimento do funcionamento do Sistema de xestión de riscos.
XUSTIFICACIÓN	Para a xestión de riscos, a organización debe establecer, implantar e documentar os obxectivos de seguridade do paciente en cada servizo, unidade asistencial ou proceso. Así mesmo, debe de establecer os indicadores que permitan verificar a eficacia da xestión de riscos, aliñados cos indicadores globais de rendemento da organización. O cadro de mando é un instrumento útil para axudar á implantación efectiva do Sistema de xestión de riscos na organización.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	O indicador cúmprese se existe o cadro de mando e o procedemento de seguimento e revisión, ambos os dous requisitos.
FONTES DE DATOS	Documentos estratéxicos da organización. Cadro de mando da organización.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. Norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013. 3. Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade. http://www.msssi.gob.es/ 4. J. Bisbe, J. Barrubés. "El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias". Rev Esp Cardiol. 2012; 65 (10): 919–927.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderado e xestión en seguridade de pacientes
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Implantar e manter un sistema de xestión de riscos que recolla os procesos, os obxectivos, os recursos e o sistema de avaliación e mellora necesarios para garantir o seu funcionamento 1.2.4. Os líderes aproban as accións de tratamento do risco e as accións correctivas necesarias, implantan as mellores prácticas para mellorar a seguridade do paciente.

INDICADOR 1.2.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Os líderes aproban as accións de tratamento do risco e as accións correctivas.
XUSTIFICACIÓN	A alta Dirección da organización debe asegurar que está definida e comunicada a asignación de responsabilidades para o inicio de accións para previr ou reducir os eventos adversos dos riscos, así como para a xestión do tratamento do risco ata que alcance un nivel aceptable para a organización, facilitando os medios axeitados para implantar e manter un óptimo desempeño do sistema de xestión de riscos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Documentos estratéxicos da organización. Unidade de calidade/núcleo seguridade: documentación do sistema de xestión da calidade e do sistema de xestión de riscos da organización. Rexistros accións de tratamento do risco e accións correctivas.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. Norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013. 3. O. Moracho. "Benchmarking e Cotilleing: eficiencia en acción". Rev Calid Asist. 2011; 26 (5): 278-280 4. Plan de calidade para o Sistema Nacional de Saúde. Ministerio de Sanidade e Consumo. Dispoñible en: http://www.msssi.gob.es

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderado e xestión en seguridade de pacientes
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Implantar e manter un sistema de xestión de riscos que recolla os procesos, os obxectivos, os recursos e o sistema de avaliación e mellora necesarios para garantir o seu funcionamento. 1.2.5 A organización revisa anualmente o funcionamento do Sistema de xestión de riscos, facendo comparacións no ámbito interno e con outras organizacións cando estean dispoñibles e cos estándares predefinidos.

INDICADOR 1.2.5.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un informe anual de revisión de resultados de xestión de risco, con aplicación de <i>benchmarking</i> .
XUSTIFICACIÓN	O benchmarking é un proceso sistemático e continuo para avaliar comparativamente os resultados, produtos, servizos e formas de traballo nas organizacións, para identificar desta forma as mellores prácticas e incorporalas na organización.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	U. Calidade/Núcleo de Seguridade: informe anual de revisión de resultados do Sistema de xestión de riscos pola Dirección. Cadros de mando da organización. Estudos de benchmarking. Actas do Comité de Dirección.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1..Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. Norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013. 3. O. Moracho. "Benchmarking e Cottleing: eficiencia en acción". Rev Calid Asist. 2011; 26(5): 278-280 4. Plan de calidade para o Sistema Nacional de Saúde. Ministerio de Sanidade e Consumo. Dispoñible en: http://www.msssi.gob.es

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderado e xestión en seguridade de pacientes
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Fomentar a cultura de seguridade en toda a organización. 1.3.1 Os líderes coñecen os riscos dos procesos da organización e participan periodicamente en visitas estruturadas nos servizos/unidades.

INDICADOR 1.3.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de roldas de seguridade realizadas anualmente con participación dalgún membro da Dirección, documentadas.
XUSTIFICACIÓN	O taller de expertos convocados no ano 2005 pola Axencia de Calidade do Sistema Nacional de Saúde do Ministerio de Sanidade e Consumo conclúe que entre os problemas prioritarios para o SNS en seguridade de pacientes e xestión de riscos se atopa o escaso compromiso real e permanente por parte dos xestores e das autoridades pola mellora da calidade e a seguridade. É fundamental que os líderes dunha organización coñezan e participen na xestión de riscos da organización.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de roldas de seguridade realizadas, con participación dalgún representante da Dirección, documentadas.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Observacións: os líderes realizarán visitas estruturadas aos servizos-unidades cunha frecuencia mínima dunha vez/cuadrimestre.
FONTES DE DATOS	Documentos estratéxicos da organización. Actas/rexistros das roldas de seguridade dos servizos/unidades. Auditorías. Entrevistas aos profesionais dos diferentes servizos/unidades.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. Norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013. 3. Estratexia en seguridade do paciente. Recomendacións do Taller de Expertos realizado o 8 e 9 de febreiro de 2005. Ministerio de Sanidade e Consumo. Dispoñible en: http://www.msssi.gob.es/ 4. Programa Bacteriemia Zero. MSSSI http://www.msssi.gob.es/ 5. Programa Neumonía Zero. MSSSI http://www.msssi.gob.es/

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderado e xestión en seguridade de pacientes
OBXECTIVO 2	Obxectivo 3.- Fomentar a cultura de seguridade en toda a organización. 1.3.2 Os líderes coñecen as percepcións e expectativas que a sociedade ten sobre a seguridade do paciente.

INDICADOR 1.3.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Os líderes realizan enquisas de percepción da sociedade sobre a seguridade do paciente.
XUSTIFICACIÓN	A identificación das necesidades e expectativas dos grupos de interese e a súa incorporación ao desenvolvemento e revisión da estratexia da organización e as súas políticas de apoio é fundamental para implantar a misión e visión da organización.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Observacións: a organización realizará estudos para coñecer as percepcións e expectativas que os usuarios teñen sobre a seguridade do paciente polo menos unha vez cada dous anos
FONTES DE DATOS	Informe de resultados de enquisas a usuarios.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Cada dous anos.
BIBLIOGRAFÍA	1. Finkler SA, Ward DM. Cost accounting for Health care organizations (second editions). Ed. Aspen Publisher, Inc. Gaithersburg. 1999. Maryland. USA. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013. 4. Avaliación da percepción dos pacientes sobre a seguridade dos servizos sanitarios. Dispoñible en: http://www.msssi.gob.es

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderado e xestión en seguridade de pacientes
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Fomentar a cultura de seguridade en toda a organización 1.3.3 Os líderes demostran que os traballadores da organización participan en proxectos de mellora e en actividades para fomentar a cultura de seguridade do paciente e recoñecen a súa contribución aos logros alcanzados.

INDICADOR 1.3.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Os líderes recoñecen expresamente a contribución dos profesionais aos logros alcanzados en seguridade de pacientes.
XUSTIFICACIÓN	Os líderes dunha organización obterán os mellores resultados dos profesionais se estes son informados, convencidos e tidos en conta á hora de fixar obxectivos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Actas de comisións. Correos e/ou cartas de felicitación a traballadores. Enquisas de percepción sobre seguridade do paciente realizadas aos profesionais.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Conger JA. The necessary art of persuasion. Harvard Business Review 1998;7:84-95 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderado e xestión en seguridade de pacientes
OBXECTIVO 2	Obxectivo 4.- Garantir unha boa comunicación interna e externa relacionada coa seguridade do paciente. 1.4.1 Os líderes utilizan sistemas de retroalimentación para informar os traballadores sobre o funcionamento, os resultados do Sistema de xestión de riscos e as accións de mellora implantadas.

INDICADOR 1.4.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Os líderes realizan sesións para informar os traballadores sobre o funcionamento, os resultados do Sistema de xestión de riscos e as accións de mellora implantadas.
XUSTIFICACIÓN	Pode existir un excelente proceso de comunicación sen chegar a conseguirse a excelencia dunha organización, pero é imposible conseguir a excelencia dunha organización sen un excelente proceso de comunicación.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Documentos estratéxicos da organización. Boletíns de seguridade. Información e documentación varia (intranet...).
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Magdalena J. "La comunicación como factor básico para el logro de la excelencia de cualquier organización". Rev Calidade Asistencial 2004;19(2):92-4 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 1	Estrategia 1.- Liderado e xestión en seguridade de pacientes
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Garantir unha boa comunicación interna e externa relacionada coa seguridade do paciente. 1.4.2 Os líderes utilizan un procedemento para identificar e xestionar os eventos adversos graves e os eventos sentinela.

INDICADOR 1.4.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de reclamacións da organización relacionadas con eventos sentinela e eventos adversos graves.
XUSTIFICACIÓN	Un evento sentinela é un suceso imprevisto que causa a morte ou graves danos físicos ou psicolóxicos ou ten risco de causalos. Chámase sentinela porque a súa ocorrencia serve de alarma e obriga a organización á súa avaliación inmediata e a dar resposta para controlar a aparición de novos casos. En 1996, a <i>Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations</i> (JCAHO) estableceu unha política para identificar, documentar, avaliar e previr eventos sentinelas (eventos adversos con resultado de morte ou perda de función dun paciente). A política de eventos sentinela require a análise dos datos a través dunha análise causa raíz, a implantación de estratexias de prevención e a monitorización das estratexias implantadas.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de reclamacións da organización relacionadas con eventos sentinela e eventos adversos graves.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental reclamacións.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía de recomendacións para a xestión de eventos sentinela e eventos adversos graves nos centros sanitarios do Sistema Público de Saúde de Galicia. Xunta de Galicia, 2013. 2. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Ministerio de Sanidade e Consumo. Dispoñible en: http://www.msssi.gob.es

Estratexia 2.- Formación en seguridade de pacientes

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 2	Estratexia 2.- Formación en seguridade de pacientes
OBXECTIVO 2	Obxectivo 1.- Identificar anualmente as necesidades formativas en materia de xestión de riscos para a seguridade do paciente. 2.1.1 A organización identifica as necesidades formativas en materia de xestión de riscos mediante varias fontes de información.

INDICADOR 2.1.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento para a identificación das necesidades formativas dos profesionais relacionadas coa xestión de riscos.
XUSTIFICACIÓN	A atención sanitaria precisa profesionais e persoas capacitadas para cumprir a súa misión e cubrir as necesidades dos pacientes, garantindo a súa seguridade e a calidade da atención.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Fontes de información: · Os resultados da avaliación da calidade e seguridade. · A incorporación de novas tecnoloxías e procedementos clínicos. · Os cambios na organización. · A información procedente da percepción sobre seguridade dos pacientes e dos traballadores.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental: · U. Formación: informes sobre identificación de necesidades formativas. · U. Calidade: Informes de revisión anual do Sistema de xestión de riscos pola dirección e procedementos da organización.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. España. Ministerio de Sanidade e Consumo. Dirección Xeral da Axencia de Calidade de S.N.S. Retos y realidades en el Sistema Nacional de Salud de España. [Madrid]: Ministerio de Sanidade e Consumo; 2006. 3. Ministerio de Sanidade e Consumo. Estrategia en seguridad del paciente : recomendaciones del taller de expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Ministerio de Sanidade e Consumo; 2005. 36 p. p. 4. WHO. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf 5. Norma UNE 179003. Servizos Sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 2	Estrategia 2.- Formación en seguridade de pacientes
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Dispoñer dun plan actualizado de formación en xestión de riscos e seguridade do paciente na organización. 2.2.1 A organización dispón dun plan de formación en materia de xestión de riscos e seguridade do paciente documentado e aprobado que se revisará cunha periodicidade anual.

INDICADOR 2.2.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un plan de formación anual en seguridade do paciente.
XUSTIFICACIÓN	A organización debe asegurar que calquera persoa que preste servizos nela sexa competente, tomando como base unha formación e experiencia axeitadas. Moitos erros e incidentes de seguridade orixínanse a partir de deficiencias formativas dalgún ou dalgúns profesionais.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	O plan revísase anualmente, con base nos resultados de funcionamento do Sistema de xestión de riscos, coa finalidade de cumprir os obxectivos anuais de seguridade e as necesidades formativas identificadas.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental: · U. Formación/U. Calidade: plan de formación anual e os seus correspondentes rexistros. · U. Calidade: documentación do Sistema de xestión de riscos da organización.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. España. Ministerio de Sanidade e Consumo. Dirección Xeral da Axencia de Calidade de SNS. Retos y realidades en el Sistema Nacional de Salud de España. [Madrid]: Ministerio de Sanidade e Consumo; 2006. 3. Ministerio de Sanidade e Consumo. Estrategia en seguridad del paciente : recomendaciones del taller de expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Ministerio de Sanidade e Consumo; 2005. 36 p. p. 4. WHO. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition 2011. Dispoñible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf 5. Norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 2	Estrategia 2.- Formación en seguridade de pacientes
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Facilitarlles e esixirlles formación en seguridade de pacientes aos provedores de servizos subcontratados, coa finalidade de involucralos na xestión de riscos. 2.3.1 A organización facilítalles e esíxelles aos traballadores dos seus provedores de servizos subcontratados formación en materia de xestión de riscos para a seguridade do paciente.

INDICADOR 2.3.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de traballadores dos servizos subcontratados que recibiron formación en xestión de riscos para a seguridade do paciente.
XUSTIFICACIÓN	A organización debe asegurar que calquera persoa que preste servizos nela sexa competente, tomando como base unha formación e experiencia axeitadas.
NUMERADOR	Número de traballadores de servizos subcontratados (SS) que recibiron formación en GR e SP.
DENOMINADOR	Número total traballadores de servizos subcontratados.
FÓRMULA	$(N^{\circ} \text{ de traballadores que recibiron formación SS} / N^{\circ} \text{ Total traballadores SS}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Como mínimo, deben incluírse os servizos de mantemento, limpeza, hostalería e lencería nunha acción formativa anual.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental: · Área de xestión.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. Ministerio de Sanidade e Consumo. Estrategia en seguridade del paciente : recomendaciones del taller de expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Ministerio de Sanidade e Consumo; 2005. 36 p. p. 3. WHO. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition 2011. Dispoñible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf 4. Norma UNE 179003. Servizos Sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 2	Estrategia 2.- Formación en seguridade de pacientes
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Realizar sesións clínicas multidisciplinares de revisión de casos e análise causa raíz (ACR) de incidentes graves de seguridade e de revisión de alertas de seguridade. 2.4.1 A organización realiza sesións clínicas de revisión de eventos adversos graves e eventos sentinela, utilizando a metodoloxía ACR.

INDICADOR 2.4.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de sesións clínicas de revisión de eventos adversos graves e eventos sentinela mediante a metodoloxía ACR.
XUSTIFICACIÓN	A revisión de casos (eventos adversos graves e eventos sentinela) debe ser unha ferramenta que implique a todos os profesionais para adoptar a estratexia de aprender dos erros como camiño de aprendizaxe e mellora da seguridade.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de sesións clínicas de revisión de eventos adversos graves e eventos sentinela mediante a metodoloxía ACR.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Deberá realizarse polo menos unha sesión anual nos seguintes servizos: UCI, UCI coronarios, reanimación, u. medulares, u. queimados, s. urxencias, u. diálise, u. oncohematoloxía hospitalización e hospital de día, s. radioterapia, s. medicina nuclear, servizos cirúrxicos. Nas sesións participarán os profesionais en formación do servizo/unidade.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental: Unidade de formación/U. calidade: actas sesións clínicas.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. WHO. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition 2011. Dispoñible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf 3. Norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 2	Estrategia 2.- Formación en seguridade de pacientes
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Realizar sesións clínicas multidisciplinares de revisión de casos e análise causa raíz (ACR) de incidentes graves de seguridade e de revisión de alertas de seguridade. 2.4.2 Revisanse e difúndense entre os profesionais as alertas sobre seguridade do paciente e garántese a adecuación das prácticas da organización a estas.

INDICADOR 2.4.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un sistema de información aos profesionais que difunde as alertas sobre seguridade do paciente, análise de incidentes e implantación de boas prácticas e os seus resultados.
XUSTIFICACIÓN	A revisión de casos (eventos adversos graves e eventos sentinela) debe ser unha ferramenta que involucre a todos os profesionais para adoptar a estratexia de aprender dos erros como camiño de aprendizaxe e mellora da seguridade.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental: Unidade de formación/U. calidade: rexistros e accesibilidade da información intranet
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	- Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. - WHO. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition 2011. Dispoñible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf - Norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 2	Estrategia 2.- Formación en seguridade de pacientes
OBXECTIVO 5	Obxectivo 5.- Fomentar que os traballadores formados actúen como formadores en actividades docentes relacionadas coa seguridade do paciente. 2.5.1 Os profesionais da organización participan como formadores en accións formativas en materia de xestión de riscos e seguridade do paciente.

INDICADOR 2.5.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de profesionais da organización que participaron como docentes en accións formativas de xestión de riscos e seguridade do paciente.
XUSTIFICACIÓN	A organización fomenta que os traballadores actúen como formadores en actividades formativas relacionadas coa seguridade do paciente. A atención sanitaria precisa profesionais e persoas capacitadas para cumprir a súa misión e cubrir as necesidades dos pacientes, garantindo a súa seguridade e a calidade da atención.
NUMERADOR	Número de profesionais da organización que participaron en accións formativas de xestión de riscos e seguridade do paciente.
DENOMINADOR	Nº de profesionais da organización.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Número de profesionais da organización que participaron en accións formativas de xestión de riscos e seguridade do paciente}}{\text{Nº de profesionais da organización}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental: Unidade de formación/U. calidade: rexistros de formación de accións formativas/ docentes.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. WHO. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition 2011. Dispoñible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf 3. Norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013.

Estratexia 3 - Participación cidadá na seguridade do paciente

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estratexia 3.- Participación cidadá na seguridade do paciente
OBJETIVO 1	Obxectivo 1: Mellorar os niveis de alfabetización sanitaria da poboación, dotando os cidadáns e pacientes de información, formación e habilidades en autocoidados, recursos sanitarios e soporte necesario para promover a súa participación activa na corresponsabilización e xestión segura da súa saúde. 3.1.1 O centro avalía as necesidades educativas do paciente e da súa familia e dispón dun plan de formación dirixido a pacientes/cidadáns.

INDICADOR 3.1.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Dispónse dun plan de formación en seguridade do paciente dirixido a pacientes/cidadáns.
XUSTIFICACIÓN	A OMS define a alfabetización sanitaria como o conxunto de habilidades cognitivas e sociais que determinan a motivación e a capacidade dos individuos para acceder á información, comprendela e utilízala, para promover e manter unha boa saúde. A educación para a saúde é un elemento clave no empoderamento dos pacientes para que asuman a responsabilidade das decisións relacionadas co seu proceso.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Para o desenvolvemento do plan realizarase unha avaliación das necesidades dos pacientes/cidadáns.
FONTES DE DATOS	Documentación da EOXI.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 2. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. "Participación cidadá en saúde: formación e toma de decisións compartida. Informe SESPAS 2012". Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161. 3. Estratexia Sergas 2014.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación cidadá na seguridade do paciente
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1: Mellorar os niveis de alfabetización sanitaria da poboación, dotando os cidadáns e pacientes de información, formación e habilidades en autocoidados, recursos sanitarios e soporte necesario para promover a súa participación activa na corresponsabilización e xestión segura da súa saúde. 3.1.2 Poténciase a participación dos pacientes, conxuntamente cos profesionais, como pacientes formadores doutros pacientes con similares patoloxías.

INDICADOR 3.1.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de pacientes expertos na organización, desagregados por patoloxías.
XUSTIFICACIÓN	A eficacia de programas de formación en autocoidados avalíouse en estudos internacionais e obtivéronse resultados de mellora na calidade de vida, a autoeficacia, o control da enfermidade e o aumento da actividade social, mellora na relación e comunicación cos profesionais sanitarios e un uso máis apropiado dos recursos sanitarios. Existe un proxecto de paciente experto no Servizo Galego de Saúde.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de pacientes expertos na organización, desagregados por patoloxías.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Paciente Experto: paciente crónico, competente, que foi formado en autocoidados para ser capaz de corresponsabilizarse no mantemento da súa saúde e calidade de vida. Paciente Experto Tutor: paciente experto que reúne as competencias e habilidades necesarias para formar outros pacientes, en colaboración cun profesional sanitario. Para formar pacientes expertos, é necesario dispoñer dun paciente experto/titor que, xunto cun profesional, imparta a formación. As patoloxías máis relevantes, nas que é preciso dispoñer de paciente experto son as seguintes: diabetes, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, artrite e artrose, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltiple, cancro, EPOC, transplantes, epilepsia, dano cerebral adquirido, seguridade de pacientes, saúde mental e Alzheimer.
FONTES DE DATOS	Documentación da EOXI.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 2. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown Jr BW, Ritter PL, González VM, Laurent DD, Holman HR. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing utilization and costs: A randomized trial. Medical Care, 37(1):5-14, 1999. 3. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. "Participación cidadá en saúde: formación e toma de decisións compartida. Informe SESPAS 2012". Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación cidadá na seguridade do paciente
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1: Mellorar os niveis de alfabetización sanitaria da poboación, dotando os cidadáns e pacientes de información, formación e habilidades en autocoidados, recursos sanitarios e soporte necesario para promover a súa participación activa na corresponsabilización e xestión segura da súa saúde. 3.1.3 Prográmanse e lévanse a cabo espazos de comunicación que propicien o intercambio de coñecementos, inquietudes e experiencias entre pacientes e profesionais sanitarios.

INDICADOR 3.1.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de pacientes da organización que participan en foros, conferencias, congresos e xornadas.
XUSTIFICACIÓN	Os foros, conferencias, congresos e xornadas son un elemento fundamental para o intercambio de coñecemento e experiencia entre profesionais e colectivos, co que se obtén unha mellora na práctica de xestión de riscos e seguridade de paciente.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de pacientes da organización que participan en foros, conferencias, congresos e xornadas.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Rexistro dos pacientes participantes.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 2. Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica. 3. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. "Participación cidadá en saúde: formación e toma de decisións compartida. Informe SESPAS 2012". Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación cidadá na seguridade do paciente
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1: Mellorar os niveis de alfabetización sanitaria da poboación, dotando os cidadáns e pacientes de información, formación e habilidades en autocoidados, recursos sanitarios e soporte necesario para promover a súa participación activa na corresponsabilización e xestión segura da súa saúde. 3.1.4 Fómase a cidadanía para que poida exercer os seus dereitos de prevención, atención e protección en materia de violencia de xénero.

INDICADOR 3.1.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de cidadáns formados en actividades relacionadas coa prevención, atención e protección da violencia de xénero.
XUSTIFICACIÓN	A cidadanía debe estar formada para que poida exercer os seus dereitos de prevención, atención e protección en violencia de xénero.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de persoas formadas en violencia de xénero.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Registro de personas formadas en violencia de género.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía técnica do proceso de atención ás mulleres en situación de violencia de xénero. Versión 1. Febreiro 2009. Servicio Galego de Saúde. 2. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 3. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade.2012. 4. Lei 11/2007, do 27 de xullo, galega para a prevención e o tratamento integral da violencia de xénero. 5. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. "Participación cidadá en saúde: formación e toma de decisións compartida. Informe SESPAS 2012". Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación cidadá na seguridade do paciente
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2: Implicar e darlles participación aos pacientes e cidadáns na toma de decisións sanitarias individuais e colectivas. 3.2.1 Infórmanse os pacientes e cidadáns sobre reclamacións e eventos adversos acontecidos durante a utilización dos servizos sanitarios no Sistema Público de Saúde.

INDICADOR 3.2.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de actas da Comisión de Participación Cidadá nas que existen evidencias de información sobre reclamacións e eventos adversos.
XUSTIFICACIÓN	A participación é un elemento fundamental para a mellora da calidade da asistencia sanitaria. A Estrategia Sergas 2014 recolle no seu obxectivo 1.7.: "Fomentar a participación do cidadán no sistema sanitario como forma de entender as súas necesidades e lograr a súa implicación e responsabilidade, tanto no sistema coma coa súa propia saúde".
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de actas da comisión nas que existen evidencias de información sobre reclamacións e eventos adversos.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Actas da Comisión de Participación Cidadá
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Lei de Saúde de Galicia.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación cidadá na seguridade do paciente
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Implicar e darlles participación aos pacientes e cidadáns na toma de decisións sanitarias individuais e colectivas. 3.2.2 Infórmanse as asociacións de pacientes sobre a organización, os seus recursos e resultados, para potenciar a transparencia e a súa participación informada nas diferentes políticas de saúde.

INDICADOR 3.2.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de actividades de seguridade de pacientes realizadas con participación de asociacións de pacientes.
XUSTIFICACIÓN	A participación é un elemento fundamental para a mellora da calidade da asistencia sanitaria. A Estrategia Sergas 2014 recolle no seu obxectivo 1.7 "Fomentar a participación do cidadán no sistema sanitario como forma de entender as súas necesidades e lograr a súa implicación e responsabilidade, tanto no sistema coma coa súa propia saúde".
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de actividades de seguridade de pacientes realizadas con participación de asociacións de pacientes.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Informa as asociacións dos seus recursos e resultados.
FONTES DE DATOS	Rexistro das actividades e relación de asociacións participantes.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Estrategia Sergas 2014. 2. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. "Participación cidadá en saúde: formación e toma de decisións compartida. Informe SESPAS 2012". Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación cidadá na seguridade do paciente
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Implicar e darlles participación aos pacientes e cidadáns na toma de decisións sanitarias individuais e colectivas. 3.2.3 Favorécese a participación das asociacións de pacientes na elaboración dos procedementos e guías de atención e información.

INDICADOR 3.2.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de procedementos e guías da EOXI en que participaron asociacións de pacientes.
XUSTIFICACIÓN	A participación é un elemento fundamental para a mellora da calidade da asistencia sanitaria. A Estrategia Sergas 2014 recolle no seu obxectivo 1.7.: "Fomentar a participación do cidadán no sistema sanitario como forma de entender as súas necesidades e lograr a súa implicación e responsabilidade, tanto no sistema coma coa súa propia saúde".
NUMERADOR	Número de procedementos e guías da organización nas que participaron asociacións de pacientes.
DENOMINADOR	Número de procedementos e guías da organización.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de procedementos e guías da EOXI nas que participaron asociacións de pacientes}}{\text{Nº de procedementos e guías da EOXI}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Rexistro de participantes na elaboración de procedementos e guías.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 2. Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica. 3. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. "Participación cidadá en saúde: formación e toma de decisións compartida. Informe SESPAS 2012". Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación cidadá na seguridade do paciente
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Implicar e darlles participación aos pacientes e cidadáns na toma de decisións sanitarias individuais e colectivas. 3.2.4 Favorécese a participación das asociacións de pacientes nas comisións técnicas específicas de mellora da atención de patoloxías crónicas.

INDICADOR 3.2.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de asociacións de pacientes que participan en comisións técnicas.
XUSTIFICACIÓN	A participación é un elemento fundamental para a mellora da calidade da asistencia sanitaria. A Estrategia Sergas 2014 recolle no seu obxectivo 1.7 "Fomentar a participación do cidadán no sistema sanitario como forma de entender as súas necesidades e lograr a súa implicación e responsabilidade, tanto no sistema coma coa súa propia saúde".
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de asociacións de pacientes que participan en comisións técnicas.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Rexistro de participantes nas comisións técnicas.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 2. Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica. 3. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. "Participación cidadá en saúde: formación e toma de decisións compartida. Informe SESPAS 2012". Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación cidadá na seguridade do paciente
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3: Involucrar os pacientes nos procesos relacionados coa seguridade do paciente. 3.1 Dispónse e difúndese unha guía con recomendacións dirixidas a pacientes e familiares, para a prevención de incidentes relacionados coa seguridade do paciente, que estableza os seguintes aspectos. a) Autocoidados para a prevención de caídas, b) Autocoidados para a prevención de úlceras por presión. c) Autocoidados para a prevención de infeccións. d) Autocoidados para un uso seguro da medicación. e) Recomendacións para o control da comprobación da identificación de pacientes, probas diagnósticas e lugar de intervención. f) Inclusión dos documentos: "Declaración dos pacientes pola seguridade dos pacientes" e "Manifesto de pacientes e cidadáns pola hixiene de mans".

INDICADOR 3.3.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de pacientes que coñecen a guía con recomendacións para a seguridade do paciente.
XUSTIFICACIÓN	A organización debe garantir que os pacientes e os seus familiares coñecen as recomendacións do centro encamiñadas a diminuír os incidentes relacionados coa seguridade.
NUMERADOR	Pacientes observados que coñecen a guía.
DENOMINADOR	Pacientes observados.
FÓRMULA	$(N^{\circ} \text{ de pacientes observados que coñecen a guía} / N^{\circ} \text{ de pacientes observados}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Que considere os seguintes aspectos: autocoidados para a prevención de caídas, de úlceras por presión e de infeccións, e para un uso seguro da medicación. Ademais de recomendacións para o control da comprobación da identificación de pacientes, probas diagnósticas e lugar de intervención. Debe incluír a <i>Declaración dos pacientes pola seguridade dos pacientes e o Manifesto de pacientes e cidadáns pola hixiene de mans</i> .
FONTES DE DATOS	Enquisa.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Pacientes en defensa da súa seguridade. Ref: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/index.html 2. <i>Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks</i>, 2013 http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013).

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación cidadá na seguridade do paciente
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Involucrar os pacientes nos procesos relacionados coa seguridade do paciente. 3.3.2 Ponse á disposición dos cidadáns un sistema de notificación de incidentes de seguridade e facilítaselles información clara e precisa de como notificar.

INDICADOR 3.3.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	A organización realiza polo menos unha actividade anual para informar os pacientes/ cidadáns sobre como notificar incidentes de seguridade.
XUSTIFICACIÓN	É moi importante para a xestión de riscos e seguridade de pacientes que estes dispoñan dun sistema accesible para poder notificar os incidentes relacionados coa seguridade.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Utilizarase para iso o sistema corporativo que será facilitado polos servizos centrais.
FONTES DE DATOS	Documentación do sistema.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente (SINASP). 2. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 3. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. "Participación cidadá en saúde: formación e toma de decisións compartida. Informe SESPAS 2012". Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación cidadá na seguridade do paciente
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Involucrar os pacientes nos procesos relacionados coa seguridade do paciente. 3.3.3 Realízase periodicamente recollida de información sobre a súa percepción de seguridade clínica.

INDICADOR 3.3.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de pacientes enquisados que manifestan que recibiron unha asistencia “segura” ou “moi segura”.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Número de pacientes que responden “segura” ou “moi segura” x 100.
DENOMINADOR	nº de pacientes que responden a enquisa.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes que responden "segura" ou "moi segura"}}{\text{nº de pacientes que responden a enquisa}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	A organización ha de realizar enquisas de percepción de seguridade entre os pacientes para comprobar se a cultura de seguridade é efectiva. Na actualidade utilízase o modelo Séneca. Se no futuro aparecen novas enquisas, valorarase o seu uso.
FONTES DE DATOS	Enquisas de percepción de seguridade
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Mínimo cada 3 anos.
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 2. Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica. 3. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. “Participación cidadá en saúde: formación e toma de decisións compartida. Informe SESPAS 2012”. Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación cidadá na seguridade do paciente
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Involucrar os pacientes nos procesos relacionados coa seguridade do paciente. 3.3.4 Foméntase que os pacientes lles formulen aos profesionais sanitarios que os atenden as preguntas que necesiten sobre os seus problemas de saúde.

INDICADOR 3.3.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento de axuda aos pacientes para formular preguntas en relación co seu proceso.
XUSTIFICACIÓN	A organización dispón dun procedemento de axuda aos pacientes e familiares para que elaboren as preguntas máis relevantes en relación co seu proceso.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Documentación da organización.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Speak Up Joint Commission Help Prevent Errors in your Care. Ref: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/speakup.pdf 4. Ask Me 3 Program National Patient Safety Foundation. http://www.npsf.org/for-healthcare-professionals/programs/ask-me-3/

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación cidadá na seguridade do paciente
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Involucrar os pacientes nos procesos relacionados coa seguridade do paciente. 3.3.5 Foméntase que os pacientes actúen como barreira de seguridade nos erros de medicación fomentando a notificación de reaccións adversas á medicación (RAM).

INDICADOR 3.3.5.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de pacientes que coñecen o Sistema de notificación de reaccións adversas a medicamentos (RAM).
XUSTIFICACIÓN	A organización facilitaralles información aos pacientes e familiares sobre o uso do sistema de notificación RAM para pacientes.
NUMERADOR	Pacientes observados que coñecen o sistema de notificación.
DENOMINADOR	Pacientes observados.
FÓRMULA	$(N^{\circ} \text{ de pacientes que coñecen o sistema de notificación.} / N^{\circ} \text{ de pacientes observados}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Enquisa.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2013/exploring-patient-participation-in-reducing-health-care-related-safety-risks (Consultado 17/12/ 2013). 2. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. "Participación cidadá en saúde: formación e toma de decisións compartida. Informe SESPAS 2012". Gaceta Sanitaria 2012, 26 (Sup 1), 158-161.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación cidadá na seguridade do paciente
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Involucrar os pacientes nos procesos relacionados coa seguridade do paciente. 3.3.6 Implícanse os pacientes na súa identificación inequívoca, instándoo a colaborar cos profesionais sanitarios na prevención deste tipo de erros.

INDICADOR 3.3.6.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de pacientes que asina o lugar correcto en intervencións cirúrxicas de dobre membro.
XUSTIFICACIÓN	A utilización de métodos que aseguren a identificación inequívoca dos pacientes é clave para mellorar a seguridade e eliminar factores que contribúen á aparición de incidentes no proceso de atención sanitaria. Neste proceso é moi importante a participación activa dos pacientes, que así poderán actuar como barreira para evitar incidentes.
NUMERADOR	Nº de pacientes que asinan o lugar correcto.
DENOMINADOR	Nº de pacientes observados.
FÓRMULA	$(\text{Nº de pacientes que asinan o lugar correcto} / \text{Nº de pacientes observados}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Pacientes que non poidan contestar e non estean acompañados no momento da auditoría anual.
FONTES DE DATOS	Auditorías observacionais.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation. Universal Protocol for preventing wrong site, wrong procedure and wrong person surgery. AORN J. 2006; 84 Suppl 1:S27-9. 2. Lista de verificación del proceso quirúrgico: una estrategia de seguridad clínica M González Sobrado - 2013. bucservo1.unican.es 3. World Health Organization. Patient safety. Safe Surgery Saves Lives. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 3	Estrategia 3.- Participación cidadá na seguridade do paciente
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Involucrar os pacientes nos procesos relacionados coa seguridade do paciente. 3.3.7 Implícanse os pacientes e cidadáns nos aspectos relacionados coa prevención das IRAS (infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria) e foméntase a súa participación nos procesos de prevención e control. Os pacientes son animados a recordarlles aos profesionais sanitarios que os atenden a necesidade dunha correcta hixiene de mans.

INDICADOR 3.3.7.1.  	
NOME DO INDICADOR	Número de actividades sobre hixiene de mans en que participaron pacientes.
XUSTIFICACIÓN	A implicación dos pacientes nos procesos de seguridade aumenta as barreiras de prevención.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de actividades sobre hixiene de mans nas que participaron pacientes.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	O tipo de actividades pode ser variable: demostracións da técnica, concursos de ideas, debuxos, talleres, xornadas...
FONTES DE DATOS	Rexistro de actividades sobre hixiene de mans nas que participaron pacientes.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Pacientes en defensa da súa seguridade. Ref: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/index.html 2. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks, 2013. Ref: 3. Recomendación do Consello sobre a seguridade dos pacientes, en particular a prevención e loita contra as infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria". Ref: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf 4. Manifesto de pacientes e cidadáns pola hixiene de mans. 2013. http://www.sergas.es/Docs/EGSPC/Manifesto%20Pacientes%20galego.pdf

Estratexia 4 - Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estratexia 4.-Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Implantar na organización un sistema integrado para a vixilancia, prevención e control das IRAS. 4.1.1 A organización incluíu na súa política as normas para o Sistema de vixilancia, prevención e control da infección e o seu alcance.

INDICADOR 4.1.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe unha política na organización referida ao Sistema de vixilancia, prevención e control da infección.
XUSTIFICACIÓN	A infección constitúe un dos riscos máis importantes que poden afectar ao paciente durante o proceso de asistencia nun centro sanitario. O estudo EPINE indica que no ano 2011, entre o 6,1 % e o 6,5 % dos pacientes hospitalizados presentaron unha IRAS, e esta porcentaxe elévase ao 6,9 % e ao 7,5 % nos hospitais de máis de 500 camas. Así mesmo, o estudo ENEAS sinalou, no ano 2005, que o 25,34 % dos eventos adversos detectados estivera relacionado coa presenza dunha infección desenvolvida no hospital. Como consecuencia, reducir este risco é un dos obxectivos de calidade da maioría das organizacións sanitarias.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Medición mediante auditoría documental.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental: · Plan Estratéxico. · Plan de calidade/ Sistema de Xestión da Calidade. · Sistema de Xestión de Riscos da organización. · Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. Pujol M. Limón E. Epidemiología general de las infecciones Nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013;31(2):108–113. 3. Componentes básicos para os programas de prevención e control de infeccións. OMS 2008. 4. Plan MIRMIHGA. 5. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. AENOR 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Implantar na organización un sistema integrado para a vixilancia, prevención e control das IRAS. 4.1.2 A organización planifica o Sistema para a vixilancia, prevención e control de infeccións para conseguir os obxectivos da prevención e control de infeccións e o plan revísase anualmente.

INDICADOR 4.1.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un plan de acción anual para a diminución da infección segundo a norma UNE 179006 aprobado pola dirección.
XUSTIFICACIÓN	A infección constitúe actualmente un dos riscos máis importantes que poden afectar o paciente durante o proceso de asistencia nun centro sanitario. A partir dos resultados do estudo SENIC existe base científica que demostra que a implantación nos hospitais de programas de vixilancia, prevención e control da infección poden reducir de xeito importante o risco de infección.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Medición mediante auditoría documental.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental: Plan de acción e obxectivos para a vixilancia e control da infección relacionada coa atención sanitaria da organización.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	- Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 7 da Norma. AENOR 2013. - Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. - Pujol M. Limón E. Epidemiología general de las infecciones Nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013;31(2):108–113. - Compoñentes básicos para os programas de prevención e control de infeccións. OMS 2008.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Implantar na organización un sistema integrado para a vixilancia, prevención e control das IRAS. 4.1.3 A organización mantén a integridade do Sistema de control de infeccións cando se planifican e introducen cambios na organización.

INDICADOR 4.1.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento para o mantemento do Sistema de vixilancia, prevención e control da infección cando se planifican e introducen cambios na organización.
XUSTIFICACIÓN	A infección constitúe actualmente un dos riscos máis importantes que poden afectar o paciente durante o proceso de asistencia nun centro sanitario. Por iso, as organizacións deben identificar e diminuír os riscos de contracción e transmisión de infeccións entre os pacientes, o persoal, os profesionais sanitarios, os voluntarios, os estudantes e as visitas.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Medición mediante auditoría documental.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental: · Procedementos do sistema de vixilancia, prevención e control da infección relacionada coa atención sanitaria. · S. medicina preventiva: rexistros de comunicación de introdución ou modificación de técnicas ou dispositivos que poida supoñer un risco de infección; execución de obras (deseño, modificación, remodelación etc.) que afecten as áreas asistenciais
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 6, 10 y 11 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Pujol M. Limón E. Epidemiología general de las infecciones Nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013;31(2):108–113. 4. Componentes básicos para os programas de prevención e control de infeccións. OMS 2008.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Implantar na organización un sistema integrado para a vixilancia, prevención e control das IRAS. 4.1.4. A organización revisa periodicamente o funcionamento do sistema, analiza o cumprimento dos obxectivos marcados e implanta as accións de mellora necesarias baseándose na revisión do sistema e análise de resultados.

INDICADOR 4.1.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe na organización un informe anual de revisión pola Dirección do Sistema de vixilancia, prevención e control da infección relacionada coa atención sanitaria.
XUSTIFICACIÓN	A Dirección, polo menos unha vez ao ano, debe revisar o sistema para asegurarse da súa conveniencia, adecuación e eficacia. A revisión debe incluír a avaliación das oportunidades de mellora e a necesidade de efectuar cambios no sistema, incluíndo a política e os obxectivos, o sistema de comunicación e os recursos asignados.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	O informe incluírá a revisión do sistema por parte dos equipos de mellora da infección, profilaxe e política antibiótica, que lle renderán contas unha vez ao ano á Dirección sobre os resultados do sistema e as súas melloras. O equipo de mellora da infección, profilaxe e política antibiótica debe ser un órgano de asesoramento da Dirección e facilitador da participación dos profesionais sanitarios en todos aqueles temas relativos á vixilancia, prevención e control das IRAS. Debe coñecer os plans de vixilancia, prevención e control das IRAS e os seus resultados, propoñerlle á Dirección obxectivos ou plans en relación coa prevención de infeccións se o considera oportuno, coñecer o plan de auditorías e os seus resultados e propoñer accións de mellora, realizarlle recomendacións á Dirección para a mellora do sistema de vixilancia, prevención e control da infección.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental: - Documento de revisión pola Dirección do Sistema de vixilancia, prevención e control da infección relacionada coa atención sanitaria. - Actas de las reunións da Comisión de Dirección.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 12.3 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Implantar na organización un sistema integrado para a vixilancia, prevención e control das IRAS. 4.1.5 A organización establece plans de continxencia ante riscos potenciais que así o requiran ou adapta para a súa aplicación os establecidos pola Administración pública correspondente.

INDICADOR 4.1.5.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existen na organización procedementos para a elaboración de plans de continxencia sobre infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria.
XUSTIFICACIÓN	A infección constitúe actualmente un dos riscos máis importantes que poden afectar o paciente durante o proceso de asistencia nun centro sanitario. Por iso, as organizacións deben identificar e diminuír os riscos de contracción e transmisión de infeccións entre os pacientes, o persoal, os profesionais sanitarios, os voluntarios, os estudantes e as visitas. Un plan de continxencia prevé as medidas técnicas, humanas e organizativas necesarias para garantir a continuidade da atención sanitaria ante riscos que supoñen unha ameaza para o normal funcionamento do sistema de prestación de atención sanitaria.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Medición mediante auditoría.
FONTES DE DATOS	Auditoría: · Procedementos do sistema de vixilancia, prevención e control da infección relacionada coa atención sanitaria.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 7.2 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Compoñentes básicos para os programas de prevención e control de infeccións. OMS 2008.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Potenciar o traballo dos equipos de mellora da infección, profilaxe e política antibiótica para o control da infección como órgano de asesoramento da Dirección e facilitador da participación dos profesionais sanitarios en todos aqueles temas relativos á vixilancia, prevención e control das IRAS. 4.2.1 Os equipos de mellora da infección, profilaxe e política antibiótica coñecen e analizan os patróns de resistencia aos antimicrobianos dos microorganismos máis relevantes illados nos pacientes da organización e facilitados polo servizo de microbioloxía e analizan e propoñen accións de mellora a partir da devandita información.

INDICADOR 4.2.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de informes anuais sobre resistencia a antimicrobianos.
XUSTIFICACIÓN	O uso inadecuado e irracional dos antimicrobianos crea condicións favorables á aparición e propagación de microorganismos resistentes. As infeccións causadas por microorganismos resistentes non responden ao tratamento ordinario, o que trae como consecuencia unha enfermidade prolongada e o risco de morrer. Cada ano prodúcese no mundo uns 440 000 casos novos de tuberculose multirresistente que causan polo menos 150 000 mortes. Unha alta porcentaxe de infeccións hospitalarias débese a bacterias moi resistentes, como <i>Staphylococcus aureus</i> resistente á meticilina.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de informes anuais sobre resistencia a antimicrobianos.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Medición mediante auditoría.
FONTES DE DATOS	Auditoría: · Actas e informes dos equipos de mellora da infección, profilaxe e política antibiótica. · Informes do responsable do sistema de vixilancia, prevención e control da infección/Dirección/ microbioloxía. · Intranet.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 9.3 y 10 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Potenciar o traballo dos equipos de mellora da infección, profilaxe e política antibiótica para o control da infección como órgano de asesoramento da Dirección e facilitador da participación dos profesionais sanitarios en todos aqueles temas relativos á vixilancia, prevención e control das IRAS. 4.2.2 Os equipos de mellora da infección, profilaxe e política antibiótica establecen e avalían de xeito periódico a política antimicrobiana do centro.

INDICADOR 4.2.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un informe de revisión anual da política antimicrobiana da organización.
XUSTIFICACIÓN	No pasado decenio produciuse un dramático aumento en todo o mundo da difusión de microbios farmacorresistentes. O tratamento das principais enfermidades infecciosas, como a tuberculose, a pneumonía e o paludismo, resulta cada vez máis difícil e custoso, pois os microbios desenvolven resistencia a moitos dos medicamentos dispoñibles. As prácticas inapropiadas de prescrición, que inclúen a elección errónea do medicamento e a dosificación ou duración do tratamento incorrectas, a mala observación do tratamento e o emprego de medicamentos de baixa calidade son elementos que contribúen á aparición de microbios farmacorresistentes.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Medición mediante auditoría.
FONTES DE DATOS	Auditoría: · Actas e informes dos equipos de mellora da infección, profilaxe e política antibiótica. · Informes do responsable do Sistema de vixilancia, prevención e control da infección. · Intranet.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 9.3 y 10 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. AENOR 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBJETIVO 3	Obxectivo 3.- Implantar os procedementos operativos relacionados co control e prevención de IRAS necesarios para garantir un óptimo funcionamento do sistema. 4.3.1 A organización implanta o procedemento operativo “Precaucións especiais de hospitalización para pacientes con enfermidades transmisibles ou colonizados por microorganismos multirresistentes”.

INDICADOR 4.3.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Está implantado un procedemento de illamentos para a prevención das IRAS.
XUSTIFICACIÓN	Necesidade de controlar a diseminación dos xermes multirresistentes entre pacientes e pacientes-profesionais no hospital para evitar o incremento de pacientes infectados ou colonizados por este tipo de xermes, posibles eventos adversos, e facer un uso eficiente dos recursos dispoñibles.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Medición mediante auditoría.
FONTES DE DATOS	Auditoría: · Procedemento dispoñible e accesible nos puntos de traballo. · Existe rexistros relacionados co procedemento.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 9.3 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Implantar os procedementos operativos relacionados co control e prevención de IRAS necesarios para garantir un óptimo funcionamento do sistema. 4.3.2 A organización implanta un procedemento operativo para a realización aséptica das principais técnicas invasivas.

INDICADOR 4.3.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Prevalencia de infección nosocomial adquirida no propio centro en especialidades cirúrxicas.
XUSTIFICACIÓN	Os procedementos invasivos son necesarios para lles prestar a atención necesaria a determinados pacientes, pero ao mesmo tempo abren unha porta de entrada aos microorganismos no corpo do paciente; o aumento de procedementos invasivos xera maior contacto físico do traballador da saúde cos pacientes, ademais da manipulación de equipos ou produtos sanitarios. Todas as razóns mencionadas fan dos procedementos da técnica aséptica unha estratexia fundamental para previr infeccións relacionadas coa atención sanitaria.
NUMERADOR	Número de infeccións nosocomiais adquiridas (INA) no propio centro observadas en pacientes sometidos a unha intervención cirúrxica.
DENOMINADOR	Número de pacientes intervídos observados en especialidades cirúrxicas (CIR).
FÓRMULA	$(N^{\circ} \text{ de INA identificadas en CIR} / N^{\circ} \text{ pacientes intervídos observados en CIR}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	O resultado extráese da táboa do EPINE que inclúe número e prevalencia de infeccións total e parcial en pacientes operados (táboa 45 EPINE).
FONTES DE DATOS	Estudio EPINE.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 10 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Implantar os procedementos operativos relacionados co control e prevención de IRAS necesarios para garantir un óptimo funcionamento do sistema. 4.3.3 A organización implanta un procedemento operativo para a hixiene de mans e o uso de luvas.

INDICADOR 4.3.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Consumo en litros de preparado de base alcohólica (PBA) para a hixiene das mans por cada mil estancias.
XUSTIFICACIÓN	A correcta hixiene das mans con auga e xabón ou con PBA é un procedemento eficaz para a prevención da infección relacionada coa atención sanitaria.
NUMERADOR	Número de litros entregados nos distintos servizos do hospital (só unidades ou plantas de hospitalización).
DENOMINADOR	Número de pacientes ingresados en todos os servizos, incluído pediatría.
FÓRMULA	$\text{Nº de litros de PBA entregados} \div \text{Nº pacientes días} \times 1000$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Nº de pacientes-días: refírese á suma de pacientes ingresados diariamente durante o período de tempo establecido. Para contabilizar os pacientes, o día de admisión debe contarse, pero non o día de alta. Cando un paciente é ingresado e dado de alta no mesmo día, débese contabilizar como 1. <i>Exclúense no numerador os pacientes atendidos en consultas externas, psiquiatría, urxencias, hospitais de día, zona de quirófanos etc.</i> Para obter o número de litros entregados, nalgúns casos será necesario facer o cálculo en función dos ml dos envases dispensados. <i>Exclúense os entregados en consultas externas, psiquiatría, urxencias, hospital de día, zona de quirófanos ou outros servizos onde o paciente non permaneza ingresado.</i>
FONTES DE DATOS	Responsables de calidade da organización: · Consumo PBA Dirección de Xestión EOXI. · Estancias de S. Admisión EOXI.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 10 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. WHO guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Ginebra 2009. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf 4. Documento Joint Commission: Measuring hand hygiene adherence, 2009. 5. MSSSI. Indicadores de seguimiento de la Estrategia de Higiene de Manos.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Implantar os procedementos operativos relacionados co control e prevención de IRAS necesarios para garantir un óptimo funcionamento do sistema. 4.3.4 A organización implanta un procedemento de utilización de equipos de protección individual (EPI).

INDICADOR 4.3.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Disponibilidade de lentes de protección nos servizos de coidados críticos (UCI, REA, UCI Coronaria), servizos cirúrxicos, servizos de urxencias.
XUSTIFICACIÓN	Prevención de accidentes de bioseguridade relacionados coas salpicaduras de fluídos/restos biolóxicos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría observación.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 10 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Implantar os procedementos operativos relacionados co control e prevención de IRAS necesarios para garantir un óptimo funcionamento do sistema. 4.3.5 A organización implanta un procedemento para o uso axeitado de antimicrobianos que se revisa anualmente.

INDICADOR 4.3.5.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de adecuación da profilaxe antibiótica en pacientes cirúrxicos.
XUSTIFICACIÓN	Un obxectivo da profilaxe antibiótica é conseguir niveis séricos e tisulares de bactericida no momento da incisión da pel. Os estudos levados a cabo durante os anos sesenta e setenta demostraron que a razón máis frecuente do fallo da profilaxe era o atraso na administración de antibióticos ata despois da operación. Atopouse que a menor incidencia de infección postoperatoria estaba asociada coa administración de antibióticos durante a primeira hora antes da cirurxía. O risco de infección incrementábase progresivamente canto maior era o tempo entre a administración e a incisión da pel.
NUMERADOR	Número de intervencións (IQ) con profilaxe antibiótica (AB) adecuada en tempo e co antibiótico de elección.
DENOMINADOR	Nº de intervencións con prescrición de profilaxe antibiótica .
FÓRMULA	$\frac{\text{Nº IQ con profilaxe AB adecuada}}{\text{Nº total IQ con prescrición de profilaxe AB}} \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Exclusións: · Pacientes con diagnóstico principal suxestivo de enfermidade infecciosa preoperatoria. Observacións: · Valorarase de xeito global e desagregado para os seguintes procesos: cirurxía de bypass aorto-coronario, outra cirurxía cardíaca, cirurxía vascular, artroplastia de xeonllo e cadeira, cirurxía de colon e histerectomía. · Considérase axeitada cando se cumpren as seguintes condicións: realízase a administración 60 minutos ou menos antes da incisión cirúrxica. Tipo de antibiótico: según protocolo propio do hospital.
FONTES DE DATOS	Auditoría observación: Sistema Información Hospitalaria Historia Clínica/ Libro de quirófano.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures Discharges 04-01-11 (2Q11) through 12-31-11 (4Q11) SCIP-Inf-1a-2h 2. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, et al. Guidelines for prevention of surgical site infection, 1999. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20:247-280. 3. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP therapeutic guidelines on antimicrobial prophylaxis in surgery. Am J Health Syst Pharm. 1999;56:1839-1888. 4. The Medical letter. Antimicrobial prophylaxis for Surgery. Med Lett Drugs Ther. 2009; 82: 47-52. Gilbert DN, Moellering RC Jr., Elipoulos GM, Chamber HF, Saag MS, eds. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2009. 39st ed. Sperryville, VA: Antimicrobial Therapy, Inc; 2009. 5. Itani KMF, Wilson SE, Awad SS, Jensen EH, Finn TS, Abramson MA. Ertapenem versus cefotetan prophylaxis in elective colorectal surgery. N Engl J Med. 2006 Dec 21; 355 (25): 2640-2651. 6. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Practice Bulletins ACOG Practice Bulletin No 104 Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. Obstet Gynecol May 2009; 113(5) : 1180-1189 7. Grupo de traballo de la Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/24. 9. Bratzler DW, Houck PM, for the Surgical Infection Prevention Guidelines Writers Group. Antimicrobial prophylaxis for surgery: An advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project. CID. 2004;38(15 June):1706-1715.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBJETIVO 3	Obxectivo 3.- Implantar os procedementos operativos relacionados co control e prevención de IRAS necesarios para garantir un óptimo funcionamento do sistema. 4.3.6 A organización implanta un procedemento operativo de esterilización.

INDICADOR 4.3.6.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento operativo de esterilización na organización.
XUSTIFICACIÓN	A esterilización de produtos sanitarios é unha actividade imprescindible e de máxima relevancia para a prevención de riscos microbiolóxicos nos centros sanitarios, xa que dela depende de forma directa toda a área cirúrxica e moitos outros servizos que practican procedementos invasivos e que empregan produtos e materiais estériles. A calidade dos servizos prestados nas organizacións sanitarias está determinada pola existencia dun proceso de esterilización eficaz.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Medición mediante auditoría. A limpeza, desinfección e esterilización de materiais e equipos deberá realizarse de acordo cos mesmos estándares en calquera lugar da organización. Este procedemento faise extensivo á lencería que se utiliza en procedementos invasivos.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental Sistema de Vixilancia, Prevención e Control de IRAS. Documentación S. Medicina Preventiva /U. Esterilización.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 10 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. Pág. 154. 3. Plan MIRMIHGA. Guía de procedementos de esterilización no medio hospitalario.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Implantar os procedementos operativos relacionados co control e prevención de IRAS necesarios para garantir un óptimo funcionamento do sistema. 4.3.7 A organización implanta un procedemento operativo de desinfección.

INDICADOR 4.3.7.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento operativo de desinfección na organización.
XUSTIFICACIÓN	O medio é un elemento básico na cadea epidemiolóxica de transmisión da infección nos centros sanitarios. A limpeza, a desinfección xunto coa esterilización do instrumental e material utilizado na práctica clínica diaria son unha ferramenta esencial na loita contra a transmisión da infección. As organizacións sanitarias deben establecer uns requisitos mínimos para garantir a eficiencia do proceso, o cumprimento da lexislación vixente e a seguridade do proceso, así como facer unha selección racional e uso apropiado de desinfectantes.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Medición mediante auditoría A limpeza, desinfección e esterilización de materiais e equipos deberá realizarse de acordo cos mesmos estándares en calquera lugar da organización. Este procedemento faise extensivo á lencería e á roupa de cama.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental Sistema de Vixilancia, Prevención e Control de IRAS. Documentación S. Medicina Preventiva /S. Limpeza.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 10 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. Pág. 154. 3. Plan MIRMIHGA. Guía de procedementos de desinfección de produtos sanitarios no medio hospitalario e Guía DDD.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Implantar os procedementos operativos relacionados co control e prevención de IRAS necesarios para garantir un óptimo funcionamento do sistema. 4.3.8 A organización implanta un procedemento operativo para garantir a bioseguridade ambiental (auga, aire e alimentos).

INDICADOR 4.3.8.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de brotes anuais de lexiionela.
XUSTIFICACIÓN	O Real decreto 865/2003 fai referencia en varias ocasións á calidade da auga das instalacións con probabilidade de propagar lexiionela. Concretamente no artigo 8.1.c. indícase a necesidade de dispoñer dun programa de tratamento da auga que asegure a súa calidade. Decreto 9/2001, do 11 de xaneiro, polo que se regulan os criterios sanitarios para a prevención da contaminación por lexiionela nas instalacións térmicas. Orde do 14 de abril de 2004 de regulación da formación do persoal que realiza operacións de mantemento hixiénico-sanitario das instalacións susceptibles de propagar a lexiionelose e o procedemento para a autorización das entidades de formación. Orde do 9 de febreiro de 2005 pola que se modifica a do 14 de abril de 2004. Orde do 15 de febreiro de 2008 pola que se modifica a do 14 de abril de 2004.
NUMERADOR	Nº de brotes de Lexionella.
DENOMINADOR	Ano
FÓRMULA	Nº de brotes de Lexionella / ano
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Rexistros S. Medicina Preventiva.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 10 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Manual de prevención e control ambiental da Lexionelose. Consellería de Sanidade. 2010.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Implantar os procedementos operativos relacionados co control e prevención de IRAS necesarios para garantir un óptimo funcionamento do sistema. 4.3.9 A organización implanta un procedemento operativo de limpeza de instalacións.

INDICADOR 4.3.9.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de pacientes satisfeitos coa limpeza das instalacións.
XUSTIFICACIÓN	O mantemento da limpeza do ámbito inanimado contribúe a evitar a transmisión de axentes infecciosos. Aínda que sexa baixo o risco de transmisión de axentes infecciosos a través do devandito ámbito, os obxectos manchados poderían contribuír a unha transmisión secundaria, pola contaminación das mans do persoal sanitario ou polo contacto con equipos médicos que a continuación se utilizan cos pacientes.
NUMERADOR	Nº enquisados satisfeitos coa limpeza.
DENOMINADOR	Nº total de enquisados.
FÓRMULA	$(\text{Nº enquisados satisfeitos coa limpeza} / \text{Nº total de enquisados}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Medición mediante enquisa a pacientes.
FONTES DE DATOS	Enquisa de satisfacción usuarios/pacientes.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 10 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. Pág 154. 3. Plan MIRMIHGA. Guía de procedementos de Limpeza no medio hospitalario.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Reducir a infección relacionada coa asistencia sanitaria na organización. 4.4.1 A organización detecta os brotes epidémicos de infección.

INDICADOR 4.4.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	A organización implanta un procedemento para a identificación e xestión de brotes epidémicos.
XUSTIFICACIÓN	Cada ano, miles de persoas enferman a causa de distintos procesos que cursan en forma de brotes. Aínda que a mortalidade imputable directa sexa moi baixa, en certos grupos de risco (anciáns, inmunodeprimidos etc.) un brote pode ter consecuencias fatais. Por outra banda, o custo económico, directo e indirecto, representa cifras importantes como para consideralo un problema de saúde pública. En rigor, a estratexia correcta fronte aos brotes é a de prevención primaria ao ser moitos deles evitables. Non obstante, considérase indispensable aplicar medidas de prevención secundaria tales como detectar o antes posible a aparición dos brotes e evitar a súa extensión e agravamento poñendo en práctica as medidas correctoras axeitadas.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Auditoría documental.
FONTES DE DATOS	Auditoría documentación do Sistema de Vixilancia, prevención e control da infección/ Documentación S. Medicina preventiva.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 10 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Plan MIRMIHGA.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Reducir a infección relacionada coa asistencia sanitaria na organización. 4.4.2 A organización identifica e avalía os factores de risco asociados ás IRAS.

INDICADOR 4.4.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	A organización dispón dun procedemento implantado para identificar e avaliar os factores de risco asociados ás IRAS.
XUSTIFICACIÓN	A infección constitúe actualmente un dos riscos máis importantes que poden afectar o paciente durante o proceso de asistencia nun centro sanitario (estudo ENEAS). Por iso, as organizacións deben os factores de risco asociados ás IRAS, analízalos, avalíalos e tratalos para evitar o seu impacto nos pacientes, ou de non ser posible, controlar e minimizar este impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Auditoría documental. Consideraranse os factores de risco intrínsecos dos pacientes que poden contribuír ao desenvolvemento da infección relacionada coa atención sanitaria.
FONTES DE DATOS	auditoría documentación do Sistema de vixilancia, prevención e control da infección/ documentación s. medicina preventiva. Mapa de riscos relacionado coa infección.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 10 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Plan MIRMIHGA. 4. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Dispoñible en http://www.cdc.gov/ncidod/dghp/pdf/isolation2007.pdf 5. Prevención das infeccións nosocomiais. OMS guía práctica 2ª edición. Dispoñible en http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/PISpanish3.pdf 6. Documento de consenso sobre recomendaciones y recursos necesarios para un programa de control de la infección nosocomial en los hospitales españoles. Dispoñible en http://www.seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/geih/dcientificos/documentos/geih_dyc1_1999.pdf

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Reducir a infección relacionada coa asistencia sanitaria na organización. 4.4.3 A organización garante que se incorporan criterios de prevención da infección no deseño ou reformas de áreas hospitalarias ou cambio de uso destas.

INDICADOR 4.4.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	A organización dispón dun procedemento implantado que garante que se incorporan criterios de prevención da infección no deseño ou reformas de áreas hospitalarias ou cambio de uso destas.
XUSTIFICACIÓN	A infección constitúe actualmente un dos riscos máis importantes que poden afectar o paciente durante o proceso de asistencia nun centro sanitario (estudo ENEAS). Por iso, as organizacións deben os factores de risco asociados ás obras e cambios estruturais na organización, analíalos, avalíalos e tratalos para evitar o seu impacto nos pacientes, ou de non ser posible, controlar e minimizar este impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Auditoría documental.
FONTES DE DATOS	Auditoría documentación procedementos do Sistema de vixilancia, prevención e control da infección/documentación s. medicina preventiva. Rexistros de recomendacións emitidos ante a comunicación de obras/cambios na organización.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 10 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Plan MIRMIHGA. 4. Prevención das infeccións nosocomiais. OMS guía práctica 2ª edición. Dispoñible en http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/PISpanish3.pdf 5. Documento de grupo de traballo da S. Española de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Hixiene e o INSALUD. Recomendaciones para la vigilancia, prevención y control de infecciones en hospitales en obras. Marzo 2001. Dispoñible http://www.sempsph.com/images/stories/recursos/pdf/protocolos/2012/109_Hospitales_en_Obras.pdf

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Reducir a infección relacionada coa asistencia sanitaria na organización. 4.4.4 A organización garante que se teñen en conta criterios de prevención de infeccións na contratación de servizos externos, compra de equipos ou dispositivos en relación con posibles riscos de infección.

INDICADOR 4.4.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Os servizos contratados cumpren cos requisitos de prevención da infección incluídos nos pregos de contratación.
XUSTIFICACIÓN	A infección constitúe actualmente un dos riscos máis importantes que poden afectar o paciente durante o proceso de asistencia nun centro sanitario (estudo ENEAS). Por iso, as organizacións deben os factores de risco relacionados coas IRAS na organización, incluíndo a compra de servizos e produtos/equipos/dispositivos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Auditoría documental.
FONTES DE DATOS	Rexistros de Inspeccións de Hixiene. Documentación S. Medicina Preventiva /compras/contratación/subministracións.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 10 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Reducir a infección relacionada coa asistencia sanitaria na organización. 4.4.4 A organización garante que se teñen en conta criterios de prevención de infeccións na contratación de servizos externos, compra de equipos ou dispositivos en relación con posibles riscos de infección.

INDICADOR 4.4.5.1. 	
NOME DO INDICADOR	Disminución da taxa das IRAS.
XUSTIFICACIÓN	A infección constitúe actualmente un dos riscos máis importantes que poden afectar o paciente durante o proceso de asistencia nun centro sanitario (estudo ENEAS). Por iso, as organizacións deben os factores de risco relacionados coas IRAS na organización, incluíndo a compra de servizos e produtos/equipos/dispositivos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Redución da taxa de IRAS con respecto ao ano anterior
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Indicadores de seguimento infección nosocomial prevalencia EPINE. Obxectivos a alcanzar: Taxa de Infeccións nosocomiais ≤ Taxa media Galicia (Prevalencia % = 8,03) Fonte EPINE Táboa nº3
FONTES DE DATOS	EPINE
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 10 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Prevención das infeccións nosocomiais. OMS guía práctica 2ª edición. Dispoñible en http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/PISpanish3.pdf 4. B. Bermejo, J. García de Jalón, J. Insausti. Vigilancia y control de las infecciones nosocomiales: EPINE, VICONOS, PREVINE, ENVIN-UCI

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 4	Estrategia 4.- Prevención das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria
OBXECTIVO 5	Obxectivo 5.- Mellorar a cultura da organización en relación coa vixilancia, prevención e control das IRAS. 4.5.1 Realizar actividades de información e sensibilización para a prevención e control das IRAS.

INDICADOR 4.5.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de actividades de información e sensibilización realizadas para a prevención e control das IRAS.
XUSTIFICACIÓN	As organizacións sanitarias que teñen un sistema de vixilancia, prevención e control das IRAS efectivo teñen que formar os seus traballadores no funcionamento do sistema e os procedementos operativos para a prevención e control da infección. A información débese facer extensiva aos pacientes e usuarios dos centros asistenciais. A información incluírá os resultados de funcionamento do sistema de vixilancia, prevención e control da infección, cumprimento de obxectivos e seguimento de indicadores.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de actividades de información e sensibilización realizadas para a prevención e control das IRAS.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Auditoría documental.
FONTES DE DATOS	Auditoría rexistros/documentación s. medicina preventiva e u. docente.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006. Sistema de vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa atención sanitaria. Punto 10 da Norma. AENOR 2013. 2. Joint commission international accreditation standards for hospitals: including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 3. Plan MIRMIHGA.

Estratexia 5 - Identificación e comprobación inequívoca do paciente correcto, lugar correcto e procedemento correcto.

Identificación inequívoca de mostras, estudos e documentos do paciente

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 5	Estratexia 5.- Identificación e comprobación inequívoca do paciente correcto, lugar correcto e procedemento correcto. Identificación inequívoca de mostras, estudos e documentos do paciente
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Conseguir que a comprobación inequívoca da identidade dos pacientes antes de calquera intervención sanitaria sexa unha práctica interiorizada por todos os profesionais do Servizo Galego de Saúde. 5.1.1 Os centros contan cun procedemento de identificación e comprobación da identidade inequívoca de pacientes, actualizado, dispoñible para os traballadores, difundido axeitadamente entre estes e avalíase o grao de adherencia ao procedemento de forma sistemática. Extrémanse as medidas adoptadas nos pacientes vulnerables: pacientes en coma, con sedación farmacolóxica, deterioración cognitiva, soidade, dificultades de comunicación verbal, déficits sensoriais e desamparo social, ou con calquera outra situación clínica que aumente o risco de erro.

INDICADOR 5.1.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de pacientes identificados conforme o procedemento.
XUSTIFICACIÓN	Existe no Servizo Galego de Saúde un procedemento corporativo, elaborado dende os servizos centrais en 2011 e consensuado e adoptado por todos os centros dende entón. O seu cumprimento é unha barreira para a minimización de erros de identificación.
NUMERADOR	Número de pacientes portadores de pulseira identificativa
DENOMINADOR	Total de pacientes do alcance do procedemento
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Número de pacientes portadores de pulseira identificativa}}{\text{Total de pacientes do alcance do procedemento}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	As contempladas no procedemento.
FONTES DE DATOS	Auditoría observacional.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 5	Estrategia 5.- Identificación e comprobación inequívoca do paciente correcto, lugar correcto e procedemento correcto. Identificación inequívoca de mostrase, estudos e documentos do paciente
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Garantir a correcta identificación nai-fillo en todos os centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde. 5.2.1 Os centros contan cun procedemento de identificación e comprobación da identidade inequívoca nai-fillo, actualizado, dispoñible para os traballadores, difundido axeitadamente entre os profesionais e cuxa implantación e nivel de cumprimento se auditará periodicamente.

INDICADOR 5.2.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de identificación nai-fillo conforme o procedemento.
XUSTIFICACIÓN	Existe no Servizo Galego de Saúde un procedemento corporativo de identificación nai/fillo, elaborado dende servizos centrais en 2011 e consensuado e adoptado por todos os centros dende entón. O seu cumprimento é unha barreira para a minimización de erros de identificación neste ámbito, no que os erros de identificación poden adquirir dimensións trxicas.
NUMERADOR	Número de nais/bebés portadores de pulseira identificativa.
DENOMINADOR	Total de pacientes do alcance do procedemento.
FÓRMULA	(Número de nais/bebés portadores de pulseira identificativa. / Total de pacientes do alcance do procedemento.) x 100
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditorías observacionais.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 5	Estrategia 5.- Identificación e comprobación inequívoca do paciente correcto, lugar correcto e procedemento correcto. Identificación inequívoca de mostrás, estudos e documentos do paciente
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Garantir en todo procedemento intervencionista que se trata do paciente correcto, o lugar correcto e o procedemento correcto. 5.3.1 Os centros dispoñen dun procedemento de comprobación de paciente correcto, lugar correcto e procedemento correcto antes de calquera intervención asistencial, e especialmente en áreas cirúrxicas e intervencionistas.

INDICADOR 5.3.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de pacientes que manifestan que foron consultados para a comprobación de paciente correcto/lugar correcto/procedemento correcto.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Número de pacientes sometidos a un procedemento X que manifestan que os profesionais comprobaron xunto a el o lugar, a identidade e o procedemento.
DENOMINADOR	Nº total de pacientes sometidos ao procedemento enquisados.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes sometidos a un procedemento X que manifestan que os profesionais comprobaron xunto a el o lugar, a identidade e o procedemento}}{\text{Nº total de pacientes sometidos ao procedemento enquisados.}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Enquisa. Auditoría.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 5	Estrategia 5.- Identificación e comprobación inequívoca do paciente correcto, lugar correcto e procedemento correcto. Identificación inequívoca de mostrás, estudos e documentos do paciente
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Garantir en todos os centros a correcta identificación de documentos, mostrás biolóxicas e estudos de diagnóstico por imaxe dos pacientes, diminuíndo os erros de identificación. 5.4.1 Os centros dispoñen dun procedemento de comprobación da correcta identificación, transporte, conservación e xestión de mostrás biolóxicas.

INDICADOR 5.4.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento de comprobación da correcta identificación, transporte, conservación e xestión de mostrás biolóxicas.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 5	Estrategia 5.- Identificación e comprobación inequívoca do paciente correcto, lugar correcto e procedemento correcto. Identificación inequívoca de mostras, estudos e documentos do paciente
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Garantir en todos os centros a correcta identificación de documentos, mostras biolóxicas e estudos de diagnóstico por imaxe dos pacientes, diminuindo os erros de identificación. 5.4.2 Mídense os erros de identificación de mostra nos servizos centrais e establécense medidas correctoras orientadas á mellora continua.

INDICADOR 5.4.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de reunións do grupo de análise de erros de identificación de mostras.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de reunións do grupo de análise de erros de identificación de mostras.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Actas de las reunións do grupo.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Semestral
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 5	Estrategia 5.- Identificación e comprobación inequívoca do paciente correcto, lugar correcto e procedemento correcto. Identificación inequívoca de mostras, estudos e documentos do paciente
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Garantir en todos os centros a correcta identificación de documentos, mostras biolóxicas e estudos de diagnóstico por imaxe dos pacientes, diminuindo os erros de identificación. 5.4.3 Os centros dispoñen dun procedemento de comprobación da correcta identificación de estudos de diagnóstico por imaxe.

INDICADOR 5.4.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de utilización dos rexistros para a comprobación da correcta identificación de estudos de diagnóstico por imaxe.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Número de estudos con rexistro para a comprobación da correcta identificación de estudos de diagnóstico pola imaxe cumpridos.
DENOMINADOR	Número total de estudos de imaxe realizados na organización.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de estudos con rexistro para a comprobación da correcta identificación de estudos de diagnóstico pola imaxe cumpridos.}}{\text{Nº total de estudos de imaxe realizados na organización.}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 5	Estrategia 5.- Identificación e comprobación inequívoca do paciente correcto, lugar correcto e procedemento correcto. Identificación inequívoca de mostras, estudos e documentos do paciente
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Garantir en todos os centros a correcta identificación de documentos, mostras biolóxicas e estudos de diagnóstico por imaxe dos pacientes, diminuindo os erros de identificación. 5.4.4 Mídense os erros de identificación de estudos de diagnóstico por imaxe e establécense as medidas correctoras orientadas á mellora continua.

INDICADOR 5.4.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de reunións do grupo de análise de erros de identificación de estudos de diagnóstico por imaxe.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de reunións do grupo de análise de erros de diagnóstico de estudo por imaxe.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Actas das reunións do grupo.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	
BIBLIOGRAFÍA	

Estratexia 6 - Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estratexia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Reducir os erros de medicación nos centros do Servizo Galego de Saúde, en especial aqueles relacionados con medicamentos de alto risco. 6.1.1 Disponse de procedementos que faciliten a toma de decisións e que alerten ante posibles erros de dosificación, frecuencia, contraindicacións e interaccións medicamentosas antes da prescripción, dispensación e administración de medicamentos.

INDICADOR 6.1.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Disponse de procedementos que alerten ante posibles erros de dosificación, frecuencia, contraindicacións e interaccións medicamentosas antes da prescripción, dispensación e administración de medicamentos.
XUSTIFICACIÓN	Os erros de medicación e as súas consecuencias negativas constitúen na actualidade un grave problema, con importantes repercusións non só dende un punto de vista asistencial e económico, senón tamén porque xeran a desconfianza dos pacientes no sistema sanitario. A ampla variedade e complexidade de medicamentos xera unha sobrecarga informativa que fai difícil para os profesionais sanitarios manter ao día os seus coñecementos para conseguir unha óptima utilización deste recurso sanitario. De ahí a importancia de: · Favorecer estratexias de xestión do coñecemento dirixidas a sintetizar a información e seleccionar aquela de maior evidencia. · Desenvolver procedementos de soporte á decisión clínica no campo da farmacoterapia.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓN / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Procedementos. Programas de alerta Documentos.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.ismp-espana.org

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Reducir os erros de medicación nos centros do Servizo Galego de Saúde, en especial aqueles relacionados con medicamentos de alto risco. 6.1.2 Dispónse dun procedemento de rexistro, control e xestión de incidencias relacionadas con medicamentos e aplícase.

INDICADOR 6.1.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Dispónse dun procedemento de rexistro, control e xestión de incidencias relacionadas con medicamentos e aplícase.
XUSTIFICACIÓN	Os acontecementos adversos por medicamentos e as súas consecuencias negativas constitúen un grave problema de saúde pública, cuxa prevención precisa da participación e o esforzo de todos. Os sistemas de notificación, a información xerada e a resolución destes problemas permítenlles ás organizacións identificar os erros, aprender das experiencias e formular as melloras correspondentes.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Informe do servizo de farmacia.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.aemps.es/profHumana/farmacovigilancia/home.htm 2. http://www.ismp-espana.org/ 3. https://www.sinasp.es

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Reducir os erros de medicación nos centros do Servizo Galego de Saúde, en especial aqueles relacionados con medicamentos de alto risco. 6.1.3 Establécese un sistema de difusión de notas informativas, incidentes de seguridade e alertas relacionadas cos medicamentos.

INDICADOR 6.1.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un sistema de difusión de notas informativas, incidentes de seguridade acontecidos no centro e alertas relacionadas cos medicamentos.
XUSTIFICACIÓN	Manter informados os profesionais sanitarios de todas aquelas novidades e alertas farmacolóxicas que representen un posible risco para a saúde dos pacientes, co fin de garantir unha utilización correcta dos medicamentos. Esta información débese canalizar e difundir de acordo co seu contido.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	No se contemplan excepcións.
FONTES DE DATOS	Boletíns de seguridade. Intranet. Correos corporativos enviados aos profesionais. Sesións de presentación de casos relacionados con incidentes de medicamentos.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/calidad/instrucciones-defectos-calidad.htm (acceso revisado el 18 de febrero de 2013).

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Reducir os erros de medicación nos centros do Servizo Galego de Saúde, en especial aqueles relacionados con medicamentos de alto risco. 6.1.4 Establécense medidas para reducir o risco ante medicamentos con nomes parecidos e con etiquetas e envasados confusos ou de aparencia similar.

INDICADOR 6.1.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Incorpóranse medidas para reducir o risco ante medicamentos con nomes parecidos e con etiquetas e envasados confusos ou de aparencia similar.
XUSTIFICACIÓN	A confusión entre medicamentos con nomes ou envases similares é unha causa frecuente de erros de medicación. Son varios os factores que contribúen e aumentan este risco e poden acontecer en calquera etapa do sistema de utilización dos medicamentos, dende a prescrición á administración, pasando polo almacenamento, a transcrición ou a dispensación. Dada a súa complexidade, todos os axentes deben sensibilizarse da importancia que teñen na seguridade do paciente e establecer prácticas seguras para evitar os erros por esta causa.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Non se contemplan excepcións.
FONTES DE DATOS	Auditorías observacionais. Procedementos da organización.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.ismp-espana.org/ 2. www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Reducir os erros de medicación nos centros do Servizo Galego de Saúde, en especial aqueles relacionados con medicamentos de alto risco. 6.1.5 Dispónse dunha listaxe cos medicamentos de alto risco que se usan no centro e dun procedemento actualizado sobre o seu manexo que inclúe a avaliación do seu coñecemento polos profesionais.

INDICADOR 6.1.5.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe unha listaxe cos medicamentos de alto risco que se usan no centro e os procedementos correspondentes para o seu manexo.
XUSTIFICACIÓN	Os “medicamentos de alto risco” son aqueles que cando non se utilizan correctamente presentan unha gran probabilidade de lles causar danos graves ou mesmo mortais aos pacientes. O ISMP establece unha listaxe dos medicamentos considerados de alto risco nos hospitais que constitúe a lista de referencia utilizada mundialmente. Pola súa vez, recomenda establecer e difundir unha relación cos medicamentos de alto risco dispoñibles na institución.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Documentos e procedementos da organización.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.ismp-espana.org/

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Reducir os erros de medicación nos centros do Servizo Galego de Saúde, en especial aqueles relacionados con medicamentos de alto risco. 6.1.6 Existe unha listaxe de abreviaturas admitidas e consensuadas no centro cuxa interpretación é inequívoca e coñecida por todos os profesionais.

INDICADOR 6.1.6.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe unha listaxe de abreviaturas admitidas e consensuadas no centro cuxa interpretación é inequívoca e coñecida por todos os profesionais.
XUSTIFICACIÓN	A utilización de abreviaturas, acrónimos e símbolos non estandarizados na prescrición médica para indicar o medicamento ou expresar a dose, vía e frecuencia de administración é unha causa coñecida de erros de medicación. Pode dar lugar a unha interpretación equivocada por profesionais non familiarizados. O ISMP aconsella que cada institución estableza medidas ou procedementos específicos para evitar os erros de medicación por estas causas. Estas recomendacións foron recollidas por numerosas organizacións e sociedades.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	A listaxe estará dispoñible na intranet da EOXI.
FONTES DE DATOS	Documentos e procedementos da organización. Intranet.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.ismp-espana.org/ 2. The National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare: A 3. Consensus Report. Washington, DC: National Quality Forum, 2003 (Document NQFCR-05-03).

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBJETIVO 1	Objetivo 1.- Reducir os erros de medicación nos centros do Servizo Galego de Saúde, en especial aqueles relacionados con medicamentos de alto risco. 6.1.7 Avaliase periodicamente a seguridade do sistema de uso de medicamentos do centro.

INDICADOR 6.1.7.1. 	
NOME DO INDICADOR	Avaliase periodicamente a seguridade do sistema de uso de medicamentos do centro a través do cuestionario establecido polo Instituto para o Uso Seguro dos Medicamentos (ISMP).
XUSTIFICACIÓN	Dentro da estratexia 8 do Plan de calidade para o SNS, a seguridade do Sistema de utilización dos medicamentos establécese como unha das áreas fundamentais, xa que os erros de medicación son os tipos máis frecuentes de erros e dos que se dispón de máis información, fundamentalmente daqueles que suceden no ámbito hospitalario. É, polo tanto, que parece necesario dispoñer de ferramentas que axuden a avaliar este sistema, para coñecer os riscos, identificar oportunidades de mellora e propoñer recomendacións relacionadas coa seguridade dos pacientes orientadas á posta en marcha de accións de mellora nos centros sanitarios.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Utilizarase o cuestionario do ISMP por ser o de referencia no momento de elaboración deste documento. Se no futuro aparece un método de autoavaliación mellor, valorarase a súa substitución.
FONTES DE DATOS	Cuestionario establecido polo Instituto para o Uso Seguro dos Medicamentos (ISMP).
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Polo menos unha vez cada dous anos.
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.ismp-espana.org/ 2. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Garantir en todos os centros a seguridade dos procesos de almacenamento e conservación de medicamentos, produtos sanitarios e fluídos. 6.2.1 Dispónse dun procedemento de control de caducidade dos medicamentos, produtos sanitarios e fluídos.

INDICADOR 6.2.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de unidades en que non se detectan caducidades de medicamentos.
XUSTIFICACIÓN	Un control axeitado das condicións de conservación e caducidade dos medicamentos e produtos sanitarios é fundamental para preservar a súa actividade farmacolóxica de forma óptima para a súa administración ao paciente. Establecer procedementos que faciliten e axilien o devandito control permitirá ir avanzando no desenvolvemento de actividades que reduzan a incidencia de eventos adversos e, con iso, mellorar a seguridade dos pacientes e a súa calidade asistencial.
NUMERADOR	Nº de unidades nas que non se evidencian medicamentos caducados.
DENOMINADOR	Nº de unidades observadas.
FÓRMULA	$(\text{Nº de unidades nas que non se evidencian medicamentos caducados.} / \text{Nº de unidades observadas.}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría observacional.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Lei 29/2006, do 26 de xullo, de garantías e uso racional dos medicamentos e produtos sanitarios.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Garantir en todos os centros a seguridade dos procesos de almacenamento e conservación de medicamentos, produtos sanitarios e fluídos. 6.2.2 Dispónse un lugar, con acceso restrinxido, para o almacenamento dos medicamentos, produtos sanitarios e fluídos.

INDICADOR 6.2.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	As áreas de almacenamento dos medicamentos, produtos sanitarios e fluídos dos servizos de farmacia son de acceso restrinxido.
XUSTIFICACIÓN	A área de almacenamento debe cumprir os requisitos necesarios para garantir as condicións óptimas de conservación segundo corresponda ás características de cada produto, respectando as indicacións do fabricante en función das súas características de fragilidade, condicións especiais de luz, ventilación, temperatura ou humidade. O seu acceso restrinxido a persoal autorizado e capacitado ofrece unha maior seguridade e protección dos produtos almacenados, co obxecto de garantir a integridade, conservación e control, manténdoo de xeito inalterado e ordenado.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditorías.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Lei 29/2006, do 26 de xullo, de garantías e uso racional dos medicamentos e produtos sanitarios.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Garantir en todos os centros a seguridade dos procesos de almacenamento e conservación de medicamentos, produtos sanitarios e fluídos. 6.2.3 Dispónse dun procedemento de control das condicións de conservación, como a temperatura, dos medicamentos, produtos sanitarios e fluídos nas zonas de almacenamento, incluíndo os situados no frigorífico.

INDICADOR 6.2.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de unidades con sistemas de control da temperatura no almacén dos medicamentos.
XUSTIFICACIÓN	Comprobar regularmente a temperatura das zonas de almacenamento é necesario para asegurar que os medicamentos se manteñen dentro do rango establecido. Cobra especial relevancia naqueles medicamentos ou produtos sanitarios que requiren condicións especiais de conservación, como acontece cos termolábiles. Para estes, é fundamental que a cadea de frío se manteña sen interrupcións dende a súa fabricación ata a administración ao paciente, para garantir que chegan en óptimas condicións.
NUMERADOR	Nº de unidades con control de temperaturas no almacén de medicamentos.
DENOMINADOR	Nº de unidades observadas
FÓRMULA	$(\text{Nº de unidades con control de temperaturas no almacén de medicamentos} / \text{Nº de unidades observadas}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría observacional.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Lei 29/2006, do 26 de xullo, de garantías e uso racional dos medicamentos e produtos sanitarios.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Garantir en todos os centros a seguridade dos procesos de almacenamento e conservación de medicamentos, produtos sanitarios e fluídos. 6.2.4 Dispónse dun procedemento de revisión das boticas de primeiros auxilios tanto no servizo de farmacia coma nas distintas unidades, servizos ou consultas do centro para garantir as condicións de conservación, caducidade, presenza de medicamentos non autorizados e cantidades dispoñibles.

INDICADOR 6.2.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Está implantado un procedemento de revisión das boticas de primeiros auxilios para garantir as condicións de conservación, caducidade, presenza de medicamentos non autorizados e cantidades dispoñibles.
XUSTIFICACIÓN	As boticas de primeiros auxilios deben estar perfectamente definidas en canto a lugar de situación, contido e cantidade de medicamentos, requisitos de conservación e persoal responsable da súa custodia. Levar a cabo revisións periódicas, mediante procedementos previamente establecidos, vai garantir o seu correcto funcionamento e mantemento, así como un axeitado control e conservación dos medicamentos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Documentos e procedementos da organización.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Lei 29/2006, do 26 de xullo, de garantías e uso racional dos medicamentos e produtos sanitarios.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Estandarizar en todos os centros a aplicación de procedementos sobre seguridade na prescrición, dispensación, preparación, administración e seguimento da medicación, produtos sanitarios e fluídos. 6.3.1 Dispónse dun modelo único de rexistro de tratamento para cada paciente onde aparecen como mínimo os seguintes datos: medicación actualizada do paciente, dose, frecuencia, vía de administración e datas de prescrición e revisión do tratamento.

INDICADOR 6.3.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de rexistros de tratamento correctamente cubertos.
XUSTIFICACIÓN	Dispoñer dun único modelo de rexistro de tratamento para cada paciente evita a súa transcripción por parte doutros profesionais a outros rexistros, o que se traduce nunha diminución de erros de medicación e unha maior seguridade para os pacientes. A estandarización da prescrición médica é o primeiro paso para aumentar a seguridade no proceso prescrición-dispensación-administración.
NUMERADOR	Nº de rexistros de tratamento correctamente cumpridos.
DENOMINADOR	Nº de rexistros de tratamento observados.
FÓRMULA	$(\text{Nº de rexistros de tratamento correctamente cumpridos} / \text{Nº de rexistros de tratamento observados}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoria de rexistros.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. www.ismp-espana.org 2. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuestionario_seguridad_sistema_medicamentos_hospitales.pdf

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Estandarizar en todos os centros a aplicación de procedementos sobre seguridade na prescrición, dispensación, preparación, administración e seguimento da medicación, produtos sanitarios e fluídos. 6.3.2 Dispónse dun sistema que permite avaliar a rastrexabilidade do medicamento no proceso prescrición-dispensación-administración.

INDICADOR 6.3.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Está implantado un procedemento para avaliar a rastrexabilidade do medicamento no proceso prescrición-dispensación-administración.
XUSTIFICACIÓN	A Lei 29/2006 de garantías e uso racional de medicamentos e produtos sanitarios refírese á rastrexabilidade dos medicamentos co fin de lograr un axeitado abastecemento do mercado e establecer garantías de seguridade para os cidadáns. Un sistema de rastrexabilidade facilita o seguimento de cada medicamento e permite reaccionar ante riscos detectados na calidade e seguridade dos medicamentos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Documentos do servizo de farmacia.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Lei 29/2006, do 26 de xullo, de garantías e uso racional dos medicamentos e produtos sanitarios.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Estandarizar en todos os centros a aplicación de procedementos sobre seguridade na prescrición, dispensación, preparación, administración e seguimento da medicación, produtos sanitarios e fluídos. 6.3.3 Dispónse dun procedemento ou sistema de administración da medicación onde se recollen os "cinco correctos": medicamento correcto, paciente correcto, dose correcta, hora correcta e vía de administración correcta, e aplícase.

INDICADOR 6.3.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Está implantado un procedemento de administración da medicación onde se recollen os "cinco correctos".
XUSTIFICACIÓN	Os "cinco correctos" para a administración de medicamentos permítenlle ao persoal de enfermería que vai administrar unha medicación seguir algunhas precaucións estándares co fin de evitar ou minimizar ao máximo a posibilidade dun erro. A tecnoloxía na administración de medicamentos é esencial para mellorar a seguridade en todo o proceso. É importante promover a incorporación de novas tecnoloxías que demostraron aumentar a seguridade do proceso de administración, tales como os sistemas automatizados de dispensación, a folla de administración para enfermería informatizada e os sistemas de código de barras no proceso de administración.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Documentos e procedementos da organización.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. www.ismp-espana.org

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Estandarizar en todos os centros a aplicación de procedementos sobre seguridade na prescrición, dispensación, preparación, administración e seguimento da medicación, produtos sanitarios e fluídos. 6.3.4 Dispónse dun procedemento estandarizado para conciliar a medicación do paciente ao ingreso no centro, tras a alta e durante os traslados a outras unidades, servizos ou niveis asistenciais e utilízase..

INDICADOR 6.3.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Está implantado un procedemento para conciliar a medicación do paciente.
XUSTIFICACIÓN	Unha porcentaxe elevada dos erros de medicación (EM) comúns no ámbito hospitalario acontecen durante a transición de pacientes entre os diferentes niveis asistenciais. A conciliación da medicación (CM) defínese como o proceso que consiste en obter unha listaxe completa e exacta da medicación previa do paciente e comparala coa prescrición médica despois da transición asistencial. Dende as institucións sanitarias de maior prestixio no ámbito mundial, reconécese a CM como a solución a esta problemática.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Documentos e procedementos da organización. Auditorías.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. DOCUMENTO DE CONSENSO. Conciliación de los medicamentos en los Servicios de Urgencias. Grupo REDFASTER (SEFH), España.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Estandarizar en todos os centros a aplicación de procedementos sobre seguridade na prescrición, dispensación, preparación, administración e seguimento da medicación, produtos sanitarios e fluídos. 6.3.5 Dispónse dun procedemento para a revisión dos tratamentos farmacolóxicos e dietéticos de pacientes pluripatolóxicos e polimedicados e utilízase.

INDICADOR 6.3.5.1. 	
NOME DO INDICADOR	Está implantado un procedemento para a revisión dos tratamentos farmacolóxicos e dietéticos de pacientes pluripatolóxicos e polimedicados.
XUSTIFICACIÓN	A polifarmacia resulta difícil de manexar e é susceptible de numerosos erros e problemas relacionados cos medicamentos. Para o paciente aumenta o risco de padecer reaccións adversas aos medicamentos (RAM) e a súa incidencia increméntase co número de medicamentos consumidos. Existen unha serie de factores de risco que contribúen á aparición de RAM neste tipo de pacientes, polo tanto, debe poñerse especial atención na revisión dos tratamentos co fin de realizar intervencións necesarias que dean lugar a unha mellor atención sanitaria.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Documentos e procedementos da organización. Auditorías.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. C. Galán-Retamal, R. Garrido-Fernández, S. Fernández-Espínola, V. Padilla-Marín. Seguimiento del paciente anciano polimedicado en un área de salud. Farm. Hosp. Vol. 34. Núm. 06.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Estandarizar en todos os centros a aplicación de procedementos sobre seguridade na prescrición, dispensación, preparación, administración e seguimento da medicación, produtos sanitarios e fluídos. 6.3.6 As solucións intravenosas, as concentracións, as doses e os tempos de administración dos medicamentos están estandarizados e etiquetados de forma inequívoca nos dispositivos de administración.

INDICADOR 6.3.6.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de solucións intravenosas administradas correctamente etiquetadas.
XUSTIFICACIÓN	A estandarización das solucións intravenosas en canto a concentración, dose e tempo de administración é fundamental para minimizar erros. Isto é especialmente relevante para os medicamentos de alto risco. Polo tanto, sempre que sexa posible, prefírese a utilización de mesturas intravenosas ou xiringas precargadas preparadas comercialmente.
NUMERADOR	Nº de solucións iv administradas correctamente etiquetadas.
DENOMINADOR	Nº de solucións iv administradas observadas
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de solucións iv administradas correctamente etiquetadas}}{\text{Nº de solucións iv administradas observadas}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Documentos e procedementos da organización. Auditorías.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.ismp-espana.org

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Estandarizar en todos os centros a aplicación de procedementos sobre seguridade na prescrición, dispensación, preparación, administración e seguimento da medicación, produtos sanitarios e fluídos. 6.3.7 Está estandarizada a práctica da dobre revisión na prescrición, preparación e/ou administración de fármacos de alto risco.

INDICADOR 6.3.7.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de unidades nas que se practica dobre revisión na administración de fármacos de alto risco.
XUSTIFICACIÓN	É necesario implantar controis nos procedementos de traballo que permitan detectar e interceptar os erros. Un exemplo práctico desta medida é a implantación de sistemas de "dobre revisión", xa que é menos probable que dúas persoas distintas se equivoquen ao controlar o mesmo proceso. É moi recomendable a súa posta en práctica para medicamentos de alto risco.
NUMERADOR	Número de unidades con práctica de dobre revisión de administración de medicamentos de alto risco.
DENOMINADOR	Total de unidades observadas.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de unidades con práctica de dobre revisión de administración de medicamentos de alto risco.}}{\text{Total de unidades observadas}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría. Rexistro dobre revisión de fármacos de alto risco.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. http://www.ismp-espana.org

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 6	Estrategia 6.- Uso seguro de medicamentos e produtos sanitarios
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Incrementar a notificación de reaccións adversas medicamentosas (RAM) por parte dos profesionais. 6.4.1 Establécense mecanismos para incrementar a notificación de reaccións adversas á medicación.

INDICADOR 6.4.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de sesións sobre o uso do sistema de notificación de reaccións adversas a medicamentos (RAM) dirixidas aos profesionais.
XUSTIFICACIÓN	Os profesionais sanitarios teñen a obriga de notificar as sospeitas de reaccións adversas dos medicamentos autorizados, incluídas as daqueles que se utilizaran en condicións diferentes ás autorizadas, segundo dispón a Lei 29/2006, do 26 de xullo, de garantías e uso racional dos medicamentos e produtos sanitarios mediante a regulación do Sistema Español de Farmacovixilancia. A información derivada da notificación das RAM é de grande utilidade para determinar posibles riscos non coñecidos anteriormente ou cambios na gravidade ou frecuencia de riscos xa coñecidos. Polo tanto, un incremento das devanditas notificacións garante unha maior seguridade no uso dos medicamentos e, como consecuencia, unha maior seguridade para os pacientes.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de sesións sobre o uso del sistema RAM dirixidas aos profesionais.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Rexistro do Sistema de farmacovixilancia das CCAA das comunicacións de sospeitas de RAM a través da tarxeta amarela.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Real decreto 577/2013, do 26 de xullo, polo que se regula a farmacovixilancia de medicamentos de uso humano.

Estratexia 7 - Xestión de riscos nos procesos

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estratexia 7. Xestión de riscos nos procesos
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Implantar na organización a xestión dos procesos de risco. 7.1.1 A organización identifica os procesos necesarios para o desempeño do Sistema de xestión da seguridade e a súa aplicación a través da organización e determina a secuencia e interacción destes procesos no mapa de procesos da organización.

INDICADOR 7.1.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un mapa de procesos de risco da organización.
XUSTIFICACIÓN	É necesario que a organización revise e defina o seu mapa de procesos de risco para garantir un axeitado desempeño dos seus sistema de xestión de riscos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Existe documento. Revisar que se inclúsen os procesos de apoio.
FONTES DE DATOS	Documentación Unidade/Servizo de Calidade.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servizos Sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. 2. Normas ISO 9001.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Xestión de riscos nos procesos
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Implantar na organización a xestión dos procesos de risco. 7.1.2 A organización determina os indicadores de seguridade dos procesos de risco.

INDICADOR 7.1.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de procesos de risco con indicadores de seguridade definidos.
XUSTIFICACIÓN	No ámbito sanitario, debemos enfocar o noso traballo á xestión de riscos para asegurarnos de que poñemos controis ou barreiras para evitar que os riscos cheguen aos pacientes, eliminándoos ou, se non é posible, minimizando as súas consecuencias. Para iso é necesario que dispoñamos dun sistema de monitorización que nos permita saber como controlamos os procesos. Nos procesos de risco identifícanse indicadores de SP.
NUMERADOR	Nº de procesos de risco con indicadores de seguridade definidos.
DENOMINADOR	Nº de procesos de risco documentados.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de procesos de risco con indicadores de seguridade definidos}}{\text{Nº de procesos de risco documentados}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Son Procesos de risco os relacionados con: · Servizos de atención a pacientes críticos: UCI, REA, queimados, medulares, Unidades coidados coronarios... · Diálise · Urxencias · Anestesia · Cirurxía (todas as especialidades cirúrxicas) · Obstetricia · Procesos que requiren procedementos invasivos (u. arritmias, hemodinámica, radioloxía intervencionismo etc.) · Transplantes · Utilización de sangue e hemoderivados · Utilización de medicamentos de alto risco · Psiquiatría · Esterilización · Contención mecánica · Outros procesos identificados pola organización Considérase que un proceso está documentado cando existe documento, se implantou e se mide.
FONTES DE DATOS	Documentación Unidade/Servizo de Calidade.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servizos Sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. 2. Normas ISO 9001.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Xestión de riscos nos procesos
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Implantar na organización a xestión dos procesos de risco. 7.1.3 A organización realiza o seguimento, a medición e a análise dos procesos identificados como de risco.

INDICADOR 7.1.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de procesos de risco medidos.
XUSTIFICACIÓN	Asegurar que a organización realiza o seguimento, a medición e a análise dos procesos de risco da organización.
NUMERADOR	Nº de procesos de risco documentados, implantados e medidos.
DENOMINADOR	Nº de procesos de risco totais
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de procesos de risco documentados, implantados e medidos.}}{\text{Nº de procesos de risco totais}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Son Procesos de risco os relacionados con: · Servicios de atención a pacientes críticos: UCI, REA, queimados, medulares, Unidades coidados coronarios... · Diálise · Urxencias · Anestesia · Cirurxía (todas as especialidades cirúrxicas) · Obstetricia · Procesos que requiren procedementos invasivos (u. arritmias, hemodinámica, radioloxía intervencionismo etc.) · Transplantes · Utilización de sangue e hemoderivados · Utilización de medicamentos de alto risco · Psiquiatría · Esterilización · Contención mecánica · Outros procesos identificados pola organización
FONTES DE DATOS	Documentación Unidade/Servizo de Calidade.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servizos Sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. 2. Normas ISO 9001.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Xestión de riscos nos procesos
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Implantar na organización a xestión dos procesos de risco. 7.1.4 A organización implanta as accións necesarias para alcanzar os resultados planificados e a mellora continua destes procesos.

INDICADOR 7.1.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de cumprimento dos obxectivos do Plan de seguridade do paciente.
XUSTIFICACIÓN	Asegurar que a organización implanta as accións necesarias para a mellora da seguridade do paciente nos procesos.
NUMERADOR	Nº de obxectivos de mellora continua da S.P. alcanzados.
DENOMINADOR	Nº de obxectivos totais de mellora continua da S. P.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de obxectivos de mellora continua da S.P. alcanzados}}{\text{Nº de obxectivos totais de mellora continua da S. P.}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Os obxectivos deben referirse a diferentes procesos (non todos os que se formulen poden ser do mesmo proceso) e deben estar relacionados coa xestión de riscos para a seguridade do paciente.
FONTES DE DATOS	Documentación Unidade/Servizo de Calidade.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servizos Sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. Apartado 4.10.1.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Xestión de riscos nos procesos
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Dispoñer do mapa de riscos dos procesos. 7.2.1 A organización analiza os procesos e identifica e documenta o seu mapa de riscos, que ten en conta as interaccións entre os procesos asistenciais e non asistenciais, que revisa e actualiza periodicamente ou cando se identifican novos riscos.

INDICADOR 7.2.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de unidades asistenciais que dispoñen de mapas de riscos.
XUSTIFICACIÓN	Asegurar que a organización analiza os procesos e identifica e documenta o seu mapa de riscos, que ten en conta as interaccións entre os procesos asistenciais e non asistenciais, que revisa e actualiza periodicamente ou cando se identifican novos riscos.
NUMERADOR	Nº unidades con mapas de riscos.
DENOMINADOR	Nº unidades asistenciais.
FÓRMULA	$(\text{Nº unidades con mapas de riscos} / \text{Nº unidades asistenciais}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Revisar que se inclúsen os riscos relacionados cos procesos de apoio.
FONTES DE DATOS	Documentación Unidade/Servizo de Calidade.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servizos Sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. Apartado 4.9.1. 2. Joint Commission Standards Accreditation for Hospitals 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Xestión de riscos nos procesos
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Xestionar os riscos para a seguridade do paciente de forma proactiva, valorando os riscos aos que están sometidos os pacientes no seu tránsito polo sistema sanitario. 7.3.1 A organización dispón dun manual do sistema de xestión de riscos.

INDICADOR 7.3.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un manual de xestión de riscos da organización.
XUSTIFICACIÓN	Documento que recolle a planificación, organización, responsabilidades, recursos, procedementos, funcionamento, seguimento, revisión e mellora continua do sistema de xestión de riscos da EOXI (como xestionar os riscos en xeral, os documentos, rexistros etc.).
NUMERADOR	Existe documento
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Este manual pódese fusionar co manual de calidade e/ou xestión ambiental.
FONTES DE DATOS	Documentación Unidade/Servizo de Calidade.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servizos Sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. Apartado 4.9.1.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Xestión de riscos nos procesos
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Xestionar os riscos para a seguridade do paciente de forma proactiva, valorando os riscos aos que están sometidos os pacientes no seu tránsito polo sistema sanitario. 7.3.2 A organización revisa os seus procesos críticos para a identificación proactiva de riscos, análise, avaliación, mediante a ferramenta de análise modal de fallos e efectos (AMFE), e implanta, de ser necesario, as accións de tratamento que resulten deste exercicio.

INDICADOR 7.3.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de procesos de risco con AMFE realizada.
XUSTIFICACIÓN	Asegurar que a organización revisa polo menos un proceso crítico ao ano, para a identificación proactiva de riscos, análise, avaliación, mediante a ferramenta de análise modal de fallos e efectos (AMFE) e implanta, de ser necesario, as accións de tratamento que resulten deste proceso.
NUMERADOR	Nº de procesos de risco con AMFE realizado.
DENOMINADOR	Nº total de procesos de risco.
FÓRMULA	$(\text{Nº de procesos de risco con AMFE realizado} / \text{Nº total de procesos de risco}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	A análise proactiva debe incluír polo menos a definición do risco, a orixe ou fonte do risco, as súas causas e as consecuencias.
FONTES DE DATOS	Documentación Unidade/Servizo de Calidade.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servizos Sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. 2. Joint Commission Standards Accreditation for Hospitals 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Xestión de riscos nos procesos
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Reducir ou eliminar os riscos aos que poida estar sometido o paciente e os incidentes sen dano e os eventos adversos relacionados coa atención sanitaria. 7.4.1 A organización establece e prioriza as accións de tratamento dos perigos/riscos identificados, unha vez avaliados, documentaas, monitoriza, establece responsabilidades e avalía para comprobar a súa efectividade.

INDICADOR 7.4.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existen plans de tratamento de riscos seguindo as directrices da Norma UNE 179003.
XUSTIFICACIÓN	A organización, unha vez identificados, analizados e avaliados os riscos, deberá establecer as accións de tratamento necesarias para: a. Evitar o risco, decidindo non iniciar ou interromper a actividade que dá orixe ao risco. b. Modificar a actividade que o orixina ou establecer novas actuacións ou procedementos de actuación coa finalidade de reducir a probabilidade de ocorrencia do risco ou de mitigar a severidade das súas consecuencias, ou de compartir o risco con outras partes. c. Manter o risco.
NUMERADOR	Existen plans de tratamento que cumpren os requisitos da norma UNE 179003.
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Os plans de tratamento deben estar documentados e conter polo menos a seguinte información: · O obxectivo · Os beneficios que esperan conseguir · Os indicadores · As persoas con autoridade para adoptar o programa e as responsabilidades da súa implantación · As accións que se propoñen · Os requisitos da vixilancia e de información · Os requisitos dos recursos · O cronograma A organización, unha vez feito o mapa de riscos co nivel de risco calculado, debe avaliar os riscos e, baseándose en criterios documentados, debe seleccionar a alternativa máis apropiada baseándose nunha ponderación dos beneficios potenciais fronte ao esforzo e o custo requiridos para a aplicación da alternativa elixida. Os requisitos legais e regulamentarios e a responsabilidade social da organización deben ser tidos en conta á hora de establecer os tratamentos. Para dar por cumprido o obxectivo, o plan debe estar en proceso (en prazo, pero que algunha das accións se realízase xa) ou finalizado, e verificarase o cumprimento do plan aprobado.
FONTES DE DATOS	Documentación Unidade/Servizo de Calidade. e xestión de riscos.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servizos Sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. 2. Joint Commission Standards Accreditation for Hospitals 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Xestión de riscos nos procesos
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Reducir ou eliminar os riscos aos que poida estar sometido o paciente e os incidentes sen dano e os eventos adversos relacionados coa atención sanitaria. 7.4.2 A organización establece, documenta e publica as boas prácticas en seguridade de pacientes, baseadas na evidencia, garantindo a accesibilidade á información nos lugares de traballo.

INDICADOR 7.4.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Difúndense e implántanse prácticas seguras.
XUSTIFICACIÓN	As accións que se realicen que diminúan tanto a gravidade do risco como a súa probabilidade deben ser difundidas na organización, co obxecto de que a información estea accesible ao persoal.
NUMERADOR	Existe un sistema de comunicación / retroalimentación sobre prácticas seguras na organización.
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	O sistema de comunicación/retroalimentación debe estar implantado, ser continuo e dinámico. Considerarase que non existe se só hai unha acta dunha reunión nun ano, ou se só se realizou unha sesión nun ano. A comunicación debe ter polo menos unha frecuencia trimestral, e pode realizarse a través de diferentes canles: correos internos, carteis, boletíns, sesións informativas/formativas intracentro ou intraunidade, actas de reunións, que poden ser simultáneos.
FONTES DE DATOS	Documentación Unidade/Servizo de Calidade. e xestión de riscos.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servizos Sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Xestión de riscos nos procesos
OBXECTIVO 5	Obxectivo 5.- Favorecer a comunicación interna e externa necesarias para o desempeño do sistema de xestión de riscos. 7.5.1 A organización establece, documenta e mantén as canles e procedementos normalizados de comunicación interna e externa que garanten o desempeño do seu Sistema de xestión de riscos.

INDICADOR 7.5.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de sesións xerais relacionadas coa xestión de riscos e seguridade do paciente.
XUSTIFICACIÓN	A organización debe establecer un procedemento de auditorías tanto internas coma externas, de forma que se poña de relevo se a xestión de riscos é dinámica e efectiva.
NUMERADOR	Realización de auditoría interna/externa según proceda.
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de sesións xerais relacionadas coa xestión de riscos e seguridade do paciente.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Considérase como criterio de aceptación que polo menos se realice auditoría interna, pero é preferible que esta auditoría interna a leve a cabo persoal doutro hospital, porque será máis obxectivo e ademais favorece a aprendizaxe e a mellora.
FONTES DE DATOS	Documentación Unidade/Servizo de Calidade. e xestión de riscos.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servizos Sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente. 2. Normas de la familia ISO 9000.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Xestión de riscos nos procesos
OBXECTIVO 6	Obxectivo 6.- Certificar servizos, unidades e centros, cos sistemas de xestión de riscos para a seguridade do paciente cumprindo os requisitos da norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente e da norma UNE 179006. Sistemas de vixilancia, prevención e control das IRAS. 7.6.1 A organización certifica servizos, unidades ou centros, co Sistema de xestión de riscos para a seguridade do paciente, que cumpren os requisitos da norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente.

INDICADOR 7.6.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de unidades certificadas coa norma UNE 179003.
XUSTIFICACIÓN	· Mellorar a seguridade do paciente na EOXI. · Obter un recoñecemento externo social e público da xestión de riscos e a seguridade do paciente na EOXI.
NUMERADOR	Nº de servizos/unidades asistenciais certificadas.
DENOMINADOR	Nº de servizos/unidades asistenciais.
FÓRMULA	$(\text{Nº de unidades asistenciais certificadas} / \text{Nº de unidades asistenciais}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Realización dunha auditoría externa por unha empresa acreditada que certifique que se xestionan os riscos seguindo os requisitos da norma UNE 179003.
FONTES DE DATOS	Documentación Unidade/Servizo de Calidade. e xestión de riscos.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179003 Servizos Sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 7	Estrategia 7. Xestión de riscos nos procesos
OBXECTIVO 6	Obxectivo 6.- Certificar servizos, unidades e centros, cos sistemas de xestión de riscos para a seguridade do paciente cumprindo os requisitos da norma UNE 179003. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente e da norma UNE 179006. Sistemas de vixilancia, prevención e control das IRAS. 7.6.2 O centro está certificado co sistema de vixilancia, prevención e control das IRAS que cumpren os requisitos da norma UNE 179006. Sistema para a vixilancia, prevención e control das infeccións relacionadas coa asistencia sanitaria nos hospitais.

INDICADOR 7.6.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	O centro está certificado coa norma UNE 179006.
XUSTIFICACIÓN	· Diminución da incidencia e prevalencia das IRAS na organización. · Mellorar a seguridade do paciente. · Recoñecemento externo social e público ao traballo realizado.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Realización de auditorías externas por unha empresa acreditada que certifique que existe un sistema de vixilancia, prevención e control das IRAS que cumpre os requisitos da norma UNE 179006.
FONTES DE DATOS	Documentación Unidade/Servizo de Calidade. e xestión de riscos./S. medicina Preventiva.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179006 Sistemas de vigilancia, prevención y control de las IRAS.

Estratexia 8 - Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. SiNASP - Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estratexia 8.- Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. SiNASP (Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente)
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Consolidar a notificación e a xestión de incidentes de seguridade e eventos adversos como unha práctica habitual por parte dos profesionais e xestores do Servizo Galego de Saúde para a mellora do sistema sanitario público. 8.1.1 O SiNASP está implantado na organización, existe un xestor principal e unha rede de xestores alternativos que procesan as notificacións.

INDICADOR 8.1.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe na EOXI un xestor principal e unha rede de xestores alternativos que procesan as notificacións.
XUSTIFICACIÓN	Un sistema de notificación permite mellorar e implantar a seguridade dos pacientes en diferentes sentidos: alertando de novos riscos, compartindo a información sobre novos métodos para previr erros e creando unha cultura de seguridade.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	SiNASP
PERIODICIDADE DA MEDICIÓ	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Manual do xestor SiNASP 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. SiNASP (Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente)
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Consolidar a notificación e a xestión de incidentes de seguridade e eventos adversos como unha práctica habitual por parte dos profesionais e xestores do Servizo Galego de Saúde para a mellora do sistema sanitario público. 8.1.2 Foméntase a notificación e monitorízase o volume de notificacións.

INDICADOR 8.1.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de notificacións no SiNASP en relación co persoal sanitario.
XUSTIFICACIÓN	Indicación do nivel de utilización do SiNASP no centro, indica a súa aceptación e o seu uso.
NUMERADOR	Nº de incidentes notificados en no periodo analizado.
DENOMINADOR	Nº de personal sanitario do centro
FÓRMULA	$(\text{Nº de incidentes notificados no periodo analizado} / \text{Nº de personal sanitario do centro}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Fórmula automática da aplicación SiNASP e cadro de mandos do hospital.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Monitorización continua. Evaluación ANUAL
BIBLIOGRAFÍA	1. Manual do xestor SiNASP 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. SiNASP (Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente)
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Consolidar a notificación e a xestión de incidentes de seguridade e eventos adversos como unha práctica habitual por parte dos profesionais e xestores do Servizo Galego de Saúde para a mellora do sistema sanitario público. 8.1.3 As notificacións son xestionadas de xeito sistemático e efectivo.

INDICADOR 8.1.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de notificacións no SiNASP xestionadas en menos de 30 días.
XUSTIFICACIÓN	Proporciona información sobre a axilidade na xestión do sistema.
NUMERADOR	Número de notificacións recibidas hai máis de 30 días xestionadas.
DENOMINADOR	Nº total de notificacións recibidas hai máis de 30 días.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de notificacións recibidas hai máis de 30 días xestionadas}}{\text{Nº total de notificacións recibidas hai máis de 30 días}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Notificacións xestionadas: notificacións que pasaron a estado "cerrado", indicando que xa rematou a súa xestión. As notificacións xestionadas terán documentadas as accións de xestión.
FONTES DE DATOS	Fórmula automática da aplicación SiNASP
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Monitorización continua. Evaluación Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía de indicadores SiNASP 2011.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. SiNASP (Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente)
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Consolidar a notificación e a xestión de incidentes de seguridade e eventos adversos como unha práctica habitual por parte dos profesionais e xestores do Servizo Galego de Saúde para a mellora do sistema sanitario público. 8.1.4 Implántanse melloras a raíz das notificacións.

INDICADOR 8.1.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de notificacións pechadas con accións de mellora.
XUSTIFICACIÓN	O fin deste sistema de notificación é a aprendizaxe e mellora da seguridade dos pacientes. Este indicador informa sobre a eficacia real do sistema para introducir cambios que melloren a situación previa. O fin último do sistema non é a notificación en si, senón a implantación de melloras nas organizacións.
NUMERADOR	Número de notificacións pechadas con accións de mellora.
DENOMINADOR	Número de notificacións pechadas.
FÓRMULA	$(\text{N}^{\circ} \text{ de notificacións pechadas con accións de mellora} / \text{N}^{\circ} \text{ de notificacións pechadas}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Explicación de términos: · Notificacións pechadas: aquelas nas que o xestor SiNASP de centro realizou xestións documentadas oportunas. · Notificacións pechadas con accións de mellora: aquelas nas que o Núcleo de Seguridade decidise poñer en marcha algún cambio funcional, estrutural, organizativo ou procedemental.
FONTES DE DATOS	Documentación do Núcleo de Seguridade. Aplicativo SiNASP.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía de indicadores SiNASP 2011. e elaboración propia

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. SiNASP (Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente)
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Consolidar a notificación e a xestión de incidentes de seguridade e eventos adversos como unha práctica habitual por parte dos profesionais e xestores do Servizo Galego de Saúde para a mellora do sistema sanitario público. 8.1.5 Elabóranse informes baseados no SiNASP que se difunden entre os profesionais comprometidos coa aprendizaxe e a mellora. Inclúese en todos os informes unha cláusula de confidencialidade que lles recorda aos profesionais a obrigatoriedade de facer un uso restrinxido e responsable da información obtida.

INDICADOR 8.1.5.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de informes difundidos en relación co SiNASP.
XUSTIFICACIÓN	O fin deste sistema de notificación é a aprendizaxe e mellora da seguridade dos pacientes. Este indicador informa sobre a retroalimentación que reciben os profesionais sanitarios do centro (potenciais notificantes). Na retroacción que se lles dea aos profesionais, é necesario garantir o principio básico da confidencialidade da información co fin de evitar o seu uso indebido.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de informes elaborados no centro no período analizado que se difundiron entre os profesionais.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Explicación de términos: · Informes elaborados: número total de informes realizados no centro que conteñen información das notificacións recibidas e as accións de mellora durante o período de análise. Todos os informes incluírán unha cláusula de confidencialidade.
FONTES DE DATOS	Cálculo automático do sistema e/ou existencia dos informes e comprobación da súa difusión.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía de indicadores SiNASP 2011. e elaboración propia

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. SiNASP (Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente)
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Garantir a existencia e o funcionamento na organización dun núcleo de seguridade activo e comprometido coa seguridade do paciente. 8.2.1 O Núcleo de Seguridade reúnese con periodicidade como mínimo bimensual e existen actas que reflicten os seus compromisos.

INDICADOR 8.2.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de reunións do núcleo de seguridade.
XUSTIFICACIÓN	Con este indicador preténdese monitorizar se o circuíto e sistema de traballo deseñado para analizar as notificacións e implantar melloras no centro está realmente activo, que é o obxectivo último do sistema.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de reunións do núcleo de seguridade no periodo analizado.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Actas de reunións do núcleo de seguridade.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	- Manual do xestor SiNASP 2013. - Elaboración propia.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. SiNASP (Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente)
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Garantir a existencia e o funcionamento na organización dun núcleo de seguridade activo e comprometido coa seguridade do paciente. 8.2.2 Xestiónanse de xeito integrado os incidentes dos distintos niveis asistenciais e no Núcleo de Seguridade participan profesionais de atención primaria e de atención hospitalaria.

INDICADOR 8.2.2.1.  	
NOME DO INDICADOR	Evidénciase participación de profesionais de atención primaria e de atención hospitalaria no Núcleo de Seguridade.
XUSTIFICACIÓN	Xestión integrada dos incidentes de distintos niveis asistenciais.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Actas de reunións do Núcleo de seguridade.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Elaboración propia.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. SiNASP (Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente)
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Garantir a existencia e o funcionamento na organización dun núcleo de seguridade activo e comprometido coa seguridade do paciente. 8.2.3 Constátase a participación dalgún membro da Dirección nas reunións e acordos dos núcleos de seguridade.

INDICADOR 8.2.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Evidénciase participación da Dirección nas reunións e acordos dos núcleos de seguridade.
XUSTIFICACIÓN	Entre os roles e responsabilidades do equipo directivo definidos no Manual do xestor SiNASP 2013 está: · Participar activamente na difusión de información sobre seguridade do paciente e o sistema de notificación aos profesionais do centro. · Nomear un núcleo de seguridade da organización e designar os profesionais integrantes do devandito núcleo cando non exista previamente unha unidade funcional ou comisión. Aprobar as súas funcións e difundir esta información na organización. · Designar un responsable do SiNASP no centro e comunicarlle o seu nomeamento ao coordinador do SiNASP na comunidade autónoma. Aprobar o nomeamento dos "xestores do sistema", propostos pola unidade funcional/Núcleo de Seguridade.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Actas reunións do Núcleo de Seguridade.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Semestral
BIBLIOGRAFÍA	1. Manual do xestor SiNASP 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. SiNASP (Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente)
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Garantir a existencia e o funcionamento na organización dun núcleo de seguridade activo e comprometido coa seguridade do paciente. 8.2.4 Realízanse análises causas raíz nos incidentes notificados como SAC 1 e en todos os eventos sentinela que se producen nos centros.

INDICADOR 8.2.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de ACR finalizados sobre SAC 1 e SAC 2.
XUSTIFICACIÓN	Informa sobre a profundidade de análise dos incidentes, co fin de promover a aprendizaxe e a mellora. A realización de análises causa raíz dos eventos adversos graves e dos eventos sentinela é unha ferramenta de aprendizaxe de primeira orde, de carácter reactivo, que se traduce na implantación de cambios e melloras nos procesos que fallaron, para previr futuros erros.
NUMERADOR	Nº de análises causa raíz (ACR) finalizadas sobre SAC 1 e SAC 2.
DENOMINADOR	Nº total de notificacións SAC 1 e eventos sentinela rexistrados na organización.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº Análises causa raíz (ACR) finalizadas sobre SAC 1 e SAC 2}}{\text{Nº total de notificacións SAC 1 e eventos sentinela rexistrados na organización}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Aclaración de términos: ACR: Análises causa raíz, metodoloxía de análise en profundidade de incidentes de seguridade.
FONTES DE DATOS	Cálculo automático do sistema.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Manual do xestor SiNASP 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. SiNASP (Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente)
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.-- Estandarizar en todos os centros do Servizo Galego de Saúde a xestión dos eventos adversos graves e os eventos sentinela, de xeito sistemático. 8.3.1 Os membros dos equipos directivos e os responsables de calidade da organización coñecen e utilizan, en caso necesario, a Guía de recomendacións para a xestión de eventos adversos graves e eventos sentinela nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde.

INDICADOR 8.3.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de directivos e mandos intermedios que coñecen a Guía de recomendacións para a xestión de eventos adversos graves e eventos sentinela nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde.
XUSTIFICACIÓN	Responder dunha forma adecuada en tempo e forma a este tipo de situacións catastróficas, seguindo a metodoloxía de referencia no Servizo Galego de Saúde.
NUMERADOR	Nº de membros do equipo directivo que coñecen a Guía de recomendacións para a xestión de eventos adversos graves e eventos sentinela nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde.
DENOMINADOR	Nº de membros do equipo directivo e mandos intermedios.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de membros do equipo directivo que coñecen a Guía de recomendacións para a xestión de eventos adversos graves e eventos sentinela}}{\text{Nº de membros do equipo directivo e mandos intermedios.}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Inclúense os responsables de calidade da organización no concepto de mandos intermedios.
FONTES DE DATOS	· Entrevista ao equipo directivo e mandos intermedios para saber se coñecen a guía, se está actualizada e como acceder a ela. · Localización da guía no web do centro de forma accesible. · Documentos nos que conste que se utilizou a guía (investigación de eventos sentinela, ACR etc.).
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía de recomendacións para a xestión de eventos sentinela e eventos adversos graves nos centros sanitarios do Sistema Público de Saúde de Galicia, 2013. 2. Elaboración propia.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 8	Estrategia 8.- Notificación e análise de incidentes relacionados coa seguridade do paciente. SiNASP (Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente)
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.-- Estandarizar en todos os centros do Servizo Galego de Saúde a xestión dos eventos adversos graves e os eventos sentinelas, de xeito sistemático. 8.3.2 Documentáanse e arquiváanse os estudos e investigacións realizados nos eventos sentinela sucedidos na organización..

INDICADOR 8.3.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de eventos sentinela nos que se realiza informe.
XUSTIFICACIÓN	Informa sobre a xestión de eventos sentinela realizada polos xestores e outros profesionais sanitarios do centro.
NUMERADOR	Nº de informes de eventos sentinela realizados.
DENOMINADOR	Nº total de eventos sentinela notificados.
FÓRMULA	$(\text{Nº de informes de eventos sentinela realizados} / \text{Nº total de eventos sentinela notificados}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Eventos sentinela: un evento sentinela é un suceso imprevisto que causa a morte ou graves danos físicos ou psicolóxicos ou ten risco de causalos. Chámase sentinela porque a súa ocorrencia serve de alarma e obriga a organización á súa avaliación inmediata e a dar resposta para controlar a aparición de novos casos. Todo evento sentinela é un evento adverso.
FONTES DE DATOS	Documentación do centro.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía de recomendacións para a xestión de eventos sentinela e eventos adversos graves nos centros sanitarios do Sistema Público de Saúde de Galicia, 2013. 2. Elaboración propia.

Estratexia 9 - Comunicación e continuidade asistencial

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estratexia 9.- Comunicación e continuidade asistencial
OBJETIVO 1	Obxectivo 1.- Mellorar a comunicación entre os profesionais e os pacientes. 9.1.1 A organización dispón dun manual de estilo coñecido por todos no que se establece que os profesionais se presentan ao paciente, o informan sobre a súa cualificación profesional e sobre o que lle van facer, e comprobán a súa identidade antes de calquera intervención.

INDICADOR 9.1.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de pacientes que manifestan que os profesionais que os atenderon se lles presentaron.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº de pacientes que responde afirmativamente a este ítem.
DENOMINADOR	Nº total de pacientes enquisados.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes que responde afirmativamente a este ítem}}{\text{Nº total de pacientes enquisados}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Enquisa de satisfacción. Dimensión satisfacción.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación e continuidade asistencial
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Mellorar a comunicación entre os profesionais e os pacientes. 9.1.2 Durante todo o proceso de hospitalización dun paciente, explícanse a este e/ou á persoa designada por el as actuacións que deben realizar os profesionais, asegurándose de que o comprende.

INDICADOR 9.1.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de pacientes que refiren que están satisfeitos coa información recibida.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº de pacientes que responden satisfeito ou moi satisfeito o ítem da enquisa.
DENOMINADOR	Número total de pacientes enquisados
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes que responden satisfeito ou moi satisfeito o ítem da enquisa.}}{\text{Nº total de pacientes enquisados}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Rexistros de atención ao paciente. Programa QUERES se procede.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación e continuidade asistencial
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Mellorar a comunicación entre os profesionais e os pacientes. 9.1.3 O informe de alta tras a hospitalización recolle toda a información que o paciente necesita para garantir a continuidade e seguridade dos seus coidados.

INDICADOR 9.1.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de pacientes que responden que a información que se lles transmitiu no informe de alta lles resultou útil para continuar cos seus coidados.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº de pacientes que responden afirmativamente a este ítem.
DENOMINADOR	Nº total de pacientes enquisados.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes que responden afirmativamente a este ítem}}{\text{Nº total de pacientes enquisados}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	No caso de pacientes pediátricos ou dependentes, a pregunta iría dirixida aos seus coidadores.
FONTES DE DATOS	Enquisa de satisfacción.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación e continuidade asistencial
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Mellorar a comunicación entre os profesionais e os pacientes. 9.1.4 Os profesionais coñecen e informan os pacientes sobre o seu dereito a expresar as súas instrucións previas e o procedemento para facelo, e respectan a vontade dos pacientes manifestada no devandito documento.

INDICADOR 9.1.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de profesionais que coñecen o dereito dos pacientes a expresar as súas instrucións previas (IP).
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Número de profesionais que coñecen o dereito dos pacientes a expresar as súas IP.
DENOMINADOR	Nº total de profesionais enquisados.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de profesionais que coñecen o dereito dos pacientes a expresar as súas IP.}}{\text{Nº total de profesionais enquisados}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Entrevistas. Auditoría.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación e continuidade asistencial
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Mellorar a comunicación entre profesionais para lles garantir aos pacientes unha atención continuada. 9.2.1 Existe un procedemento áxil, coñecido por todos os profesionais e inequívoco, de recoñecemento, comunicación e activación de resposta óptima ante unha deterioración aguda e crítico da situación clínica dun paciente e existe un equipo de reanimación cardiopulmonar (RCP).

INDICADOR 9.2.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de profesionais que coñecen o procedemento de actuación ante a parada cardiorrespiratoria.
XUSTIFICACIÓN	A situación de parada cardiorrespiratoria constitúe unha situación de emerxencia por excelencia. O tempo de resposta, dependente en gran parte dunha comunicación eficaz entre os distintos axentes que necesariamente han de intervir, é decisivo para garantir un bo resultado. Os centros han de velar pola existencia deste procedemento, pola súa actualización oportuna, e han de garantir que os seus profesionais o coñecen e o saben aplicar.
NUMERADOR	Número de profesionais que coñecen o procedemento e onde consultalo.
DENOMINADOR	Número de profesionais entrevistados.
FÓRMULA	$(\text{Número de profesionais que coñecen o procedemento e onde consultalo.} / \text{Número de profesionais entrevistados}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría. Entrevistas aos profesionais.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals 5ª edición. (Standards-Only Version, 2013). 2. Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica. 3. DECRETO 29/2009, do 5 de febreiro, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica. 4. Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes. 5. Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación de la Lei 3/2001, de 28 de mayo, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación e continuidade asistencial
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Mellorar a comunicación entre profesionais para lles garantir aos pacientes unha atención continuada. 9.2.2 Existe un procedemento que regula a comunicación dos profesionais durante as gardas localizadas.

INDICADOR 9.2.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento de comunicación dos profesionais durante as gardas localizadas.
XUSTIFICACIÓN	Existen algunhas especialidades nas que os profesionais realizan gardas localizadas. Nestes casos, a información que se transmite de xeito bilateral, as decisións diagnósticas e terapéuticas que se adoptan e as circunstancias e tempos de presentación no centro en caso de ser necesario han de estar regulados e han de permitir a rastrexabilidade, para non comprometer a continuidade da asistencia e da seguridade dos pacientes.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación e continuidade asistencial
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Mellorar a comunicación entre profesionais para lles garantir aos pacientes unha atención continuada. 9.2.3 As prescricións médicas transmítense por escrito, salvo en situacións excepcionais de urxencia ou emerxencia que se establecen de xeito explícito nun procedemento coñecido por todos os profesionais.

INDICADOR 9.2.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de profesionais que coñecen o procedemento de prescricións médicas verbais.
XUSTIFICACIÓN	As prescricións verbais son menos seguras ca as prescricións escritas. Están suxeitas a un compoñente de subxectividade importante e dificultan a rastrexabilidade. As malas interpretacións sobre unha prescrición están na base de moitos incidentes de seguridade, e isto intensifícase cando a prescrición é verbal.
NUMERADOR	Número de profesionais que coñecen o procedemento de prescricións médicas.
DENOMINADOR	Número de profesionais entrevistados.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de profesionais que coñecen o procedemento de prescricións médicas.}}{\text{Número de profesionais entrevistados}}$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría. Entrevista a profesionais
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación e continuidade asistencial
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Mellorar a comunicación entre profesionais para lles garantir aos pacientes unha atención continuada. 9.2.4 O centro ten implantado un procedemento que regula e monitoriza a comunicación nas interconsultas médicas entre profesionais de distintas especialidades, e nel acórdanse tempos de resposta, sistemas de información e comunicación interprofesional.

INDICADOR 9.2.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento sobre prazos de resposta a interconsultas entre servizos.
XUSTIFICACIÓN	É habitual, dada a complexidade dos procesos da atención sanitaria e o carácter pluripatolóxico de moitos pacientes, que durante o ingreso hospitalario dun paciente por unha causa principal se recorra á consulta a especialistas doutras áreas ou especialidades. A resolución destas consultas, que a miúdo prolongan a estancia media dos pacientes nos centros e aumentan con iso o risco de presentar eventos adversos, ha de ser áxil, debe estar documentada e ten que permitir a rastrexabilidade do proceso.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación e continuidade asistencial
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Garantir a continuidade dos procesos en todos os niveis das organizacións, definindo procedementos centrados nas transicións asistenciais. 9.3.1 As organizacións dispoñen dun procedemento para as transicións asistenciais que regule a derivación e o traslado de pacientes entre distintos centros asistenciais e entre distintas unidades ou servizos do mesmo hospital. Estes procedementos revísanse e actualízanse periodicamente.

INDICADOR 9.3.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento de derivación/traslado de pacientes entre centros e entre unidades do mesmo centro.
XUSTIFICACIÓN	Os traslados de pacientes supoñen puntos críticos para a seguridade asistencial. É preciso garantir unha correcta transmisión de información entre os distintos profesionais que interveñen nestes.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación e continuidade asistencial
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Garantir a continuidade dos procesos en todos os niveis das organizacións, definindo procedementos centrados nas transicións asistenciais. 9.3.2 As organizacións dispoñen dun procedemento de comunicación para a continuidade da asistencia entre profesionais dunha mesma unidade, especialmente nas unidades de críticos. Garántese a continuidade asistencial entre quendas de traballo mediante o rexistro de toda a actividade na historia clínica e a través de reunións do equipo ao inicio e ao final de cada xornada.

INDICADOR 9.3.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento de comunicación entre quendas para os profesionais dunha mesma unidade.
XUSTIFICACIÓN	Os intercambios de información entre profesionais unha vez que finaliza unha quenda de traballo e empeza a seguinte son cruciais para a continuidade da asistencia e para garantir a seguridade do paciente. Han de realizarse de xeito sistemático e rigoroso, utilizando para iso ferramentas estandarizadas e sempre que sexa posible validadas.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Ferramenta SBAR (SAER na súa tradución ao español). IHI institute for Healthcare Improvement. http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/sbar_-_situation_-_background_-_assessment_-_recommendation.html

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 9	Estrategia 9.- Comunicación e continuidade asistencial
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Mellorar a comunicación entre os xestores e os profesionais. 9.4.1 Foméntase a comunicación bidireccional entre directivos e profesionais.

INDICADOR 9.4.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de reunións sobre seguridade de pacientes entre directivos e profesionais.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Nº de reunións sobre Seguridade de Pacientes entre directivos y profesionais.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Sobre Seguridad de Pacientes.
FONTES DE DATOS	Auditoría.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Estratexia 10 - Seguridade en procesos asistenciais críticos, complexos e/ou de risco

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estratexia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Garantir a seguridade nos procesos de cirurxía e anestesia en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.1.1 Está implantado un procedemento de listaxe de verificación de seguridade cirúrxica, seguindo as recomendacións da OMS, avalíase periodicamente a adherencia dos profesionais ás prácticas seguras que establece a devandita listaxe e monitorízase o cumprimento dos aspectos esenciais que establece no cadro de mando como son: a profilaxe antibiótica e a prevención de tromboembolismo.

INDICADOR 10.1.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de pacientes de cirurxía programada con listaxe de verificación de seguridade cirúrxica con todos os criterios cubertos.
XUSTIFICACIÓN	Garantir cirurxías no lugar correcto, co procedemento correcto e ao paciente correcto.
NUMERADOR	Pacientes con listaxe de verificación de seguridade cirúrxica documentada, con todos os criterios cubertos.
DENOMINADOR	Pacientes sometidos a intervención cirúrxica con listaxe de verificación de seguridade cirúrxica documentada.
FÓRMULA	$\frac{\text{(Pacientes con listaxe de verificación de seguridade cirúrxica documentada, con todos os criterios cubertos. / Pacientes sometidos a intervención cirúrxica con listaxe de verificación de seguridade cirúrxica documentada)} \times 100}{1}$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Listaxe de verificación de seguridade cirúrxica (checklist). Documentado con todos os criterios cubertos: constancia dunha folla de verificación de seguridade cirúrxica con todos os criterios cubertos, na historia clínica ou calquera outro sistema de rexistro.
FONTES DE DATOS	Folla de verificación de seguridade cirúrxica na historia clínica ou calquera outro sistema de rexistro.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Mensual
BIBLIOGRAFÍA	1. IHI Home Page [sede Web]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; [acceso 29-07-11]. Surgical Checklist [aproximadamente 3 pantallas] 2. http://app.ihl.org/imap/tool/www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/ssl_checklist_spanish.pdf 3. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP et al. the Safe Surgery Saves Lives Study Group. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med. 2009;360(5):491-9. 4. WHO Guidelines for Safe Surgery (First Edition), Xenebra, Organización Mundial da Saúde, 2008. 5. Joint Commission: Estándares internacionais de acreditación de hospitais. Meta 4. Xaneiro 2008.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Garantir a seguridade nos procesos de cirurxía e anestesia en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.1.2 Existe un procedemento para garantir a ausencia de material extraño tras a intervención.

INDICADOR 10.1.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento para garantir a ausencia de material extraño tras a intervención.
XUSTIFICACIÓN	As prácticas recomendadas de AORN para o recuento de gasas, agullas e instrumentos e a declaración sobre prevención de retención de corpos extraños nas feridas cirúrxicas do American College of Surgeons (ACS) son instrumentos que cómpre ter en conta para diminuír os erros. Os instrumentos deben contarse en todos os procedementos nos cales exista a posibilidade de que un instrumento poida esquecer.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Inclúese cirurxía aberta. O procedemento haberá de prever necesariamente a activación dunha alerta con instrucións precisas en caso de cómputo non conforme.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Ministerio de Sanidade e Política Social; Informes, Estudios e Investigación 2009; Bloque Quirúrgico, Estándares y Recomendaciones: 9.Indicadores de Calidad (200-201)..

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Garantir a seguridade nos procesos de cirurxía e anestesia en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.1.3 Aplícanse as recomendacións sobre a preparación precirúrxica encamiñadas a previr a infección de ferida cirúrxica: · Uso de antisépticos de base alcohólica para a preparación da pel. · Instruír os pacientes no uso de xabóns con clorhexidina durante polo menos tres días antes da cirurxía. · Cribado de pacientes portadores de <i>Staphylococcus aureus</i> e descolonización de portadores mediante administración de mupirocina intranasal³³. · Eliminación de vello³⁹.

INDICADOR 10.1.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de pacientes portadores de <i>Staphylococcus aureus</i> Meticilin resistente que se descoloniza previamente á cirurxía electiva cardíaca, ortopédica e neurocirurxía con implante.
XUSTIFICACIÓN	A colonización por <i>Staphylococcus aureus</i> favorece a infección cirúrxica.
NUMERADOR	Nº de pacientes portadores de <i>S. aureus</i> descolonizados previamente á cirurxía..
DENOMINADOR	Nº de pacientes portadores coñecidos de <i>Staphylococcus aureus</i> que se someten á cirurxía.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes portadores de } S. \text{ aureus descolonizados previamente á cirurxía..}}{\text{Nº de pacientes portadores coñecidos de } Staphylococcus \text{ aureus que se someten á cirurxía.}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Recomendado para cirurxía electiva cardíaca, ortopédica e neurocirurxía con implante.
FONTES DE DATOS	Historia Clínica consulta precirúrxica.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Trimestral
BIBLIOGRAFÍA	1. Bode LGM, et al . Preventing SSI in nasal carriers of Staph Aureus NEJM 2010;362:9-17. 2. S.I. Berríos Torres, MD Surgical Site Infection (SSI) Toolkit Dispoñible en http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/toolkits/SSI_toolkit021710SIBT_revised.pdf (acceso luns, 09 de decembro de 2013 12:24:46).

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Garantir a seguridade nos procesos de cirurxía e anestesia en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.1.4 Existe un procedemento para evitar problemas relacionados coa esterilización do material que garante a dispoñibilidade e a rastrexabilidade do material.

INDICADOR 10.1.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existencia dun procedemento que garante a rastrexabilidade do material cirúrxico.
XUSTIFICACIÓN	Os procesos complexos de cada área asistencial teñen os seus propios riscos para os pacientes, que se deben coñecer e ante os cales se han de tomar medidas encamiñadas a previr a súa aparición e/ou mitigar o seu impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission. Estándares internacionais de acreditación de hospitais. Xaneiro 2008.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Garantir a seguridade nos procesos de cirurxía e anestesia en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.1.5 Garántese que o uso de roupa, lencería e calzado de quirófano se restrinxe ás áreas cirúrxicas, e incídese en que o non cumprimento desta norma atenta contra a seguridade do paciente.

INDICADOR 10.1.5.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de profesionais con uniforme de uso exclusivo en quirófano que o levan fóra de áreas cirúrxicas.
XUSTIFICACIÓN	As normas básicas para manter a asepsia cirúrxica, recomendadas pola Association of periOperative Registered Nurses (AORN) son un conxunto de medidas que hai que aplicar no BQ. Constitúe a primeira estratexia para un control satisfactorio das infeccións ao implantar uns principios hixiénicos básicos para evitar a transmisión de microorganismos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de profesionais con uniforme de uso exclusivo en quirófano que o levan fóra de áreas cirúrxicas.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría observacional
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Semestral
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission. Estándares internacionais de acreditación de hospitais. Xaneiro 2008. 1. Ministerio de Sanidade e Política Social; Informes, Estudos e Investigación 2009; Bloque Quirúrgico, Estándares y Recomendaciones: 9. Indicadores de Calidad (200-201).

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Garantir a seguridade nos procesos dos servizos de urxencias e emerxencias de todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.2.1 Rexístranse, analízanse e establécense mecanismos de clasificación para mellorar os tempos de atención e racionalizar os recursos en función da patoloxía.

INDICADOR 10.2.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de pacientes de urxencias que son clasificados (triados) en menos de 30 minutos.
XUSTIFICACIÓN	A clasificación dos pacientes segundo o seu grao de urxencia, en función dunha avaliación rápida e estruturada, permite a priorización da actividade asistencial e posibilita a identificación dos pacientes de maior risco.
NUMERADOR	Número de pacientes triados en menos de 30'
DENOMINADOR	Número de pacientes atendidos.
FÓRMULA	$(\text{Número de pacientes triados en menos de 30'} / \text{Número de pacientes atendidos}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	As que estableza o procedemento de clasificación.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Felisart J, Requena J, Roqueta F, Tomás S, Saura RM, Duñol R. Servicios de Urgencias; indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Axencia de Avaliación de Tecnoloxía e Recursos Médicos do Servei Catalá de la Salut, Sociedade Catalá de Medicina de Urxencia e Fundación Avedis Donabedian. Abril 2001. http://www.gencat.cat/salut/depsan 2. Documento marco sobre Estándares De Calidad De La Atención Urgente a los Ciudadanos y las Ciudadanas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Disponible en: http://www.sas.junta-andalucia.es/

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Garantir a seguridade nos procesos dos servizos de urxencias e emerxencias de todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.2.2 Nas patoloxías cuxo pronóstico é tempo-dependente, como a patoloxía coronaria aguda (IAM, infarto agudo de miocardio) e a patoloxía cerebrovascular aguda (ictus), garátese que o diagnóstico e a aplicación do tratamento se fan dentro das marxes de resposta establecidas como seguras.

INDICADOR 10.2.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de realización de angioplastia primaria en IAM dentro dos 90 minutos seguintes á chegada ao hospital.
XUSTIFICACIÓN	O tratamento do IAM é unha emerxencia cardiolóxica. O seu pronóstico dependerá, en gran parte, dunha serie de medidas destinadas a reducir ao máximo a lesión miocárdica. O tempo é crítico xa que a ventá terapéutica é moi estreita.
NUMERADOR	Número de pacientes con IAM cuxo tempo dende a chegada ao hospital ata a realización de angioplastia é < de 90 minutos x 100.
DENOMINADOR	Nº de pacientes con IAM con realización de angioplastia primaria.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº Número de pacientes con IAM cuxo tempo dende a chegada ao hospital ata a realización de angioplastia é } < \text{ de } 90'}{\text{Nº de pacientes con IAM con realización de angioplastia primaria.}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	60 primeiros minutos tras a chegada do paciente ao servizo de urxencias do hospital.
FONTES DE DATOS	Rexistros médico e de enfermería de urxencias. Sistema de clasificación Manchester se está implantado no centro.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Mensual
BIBLIOGRAFÍA	1. Estrategia en ictus do Sistema Nacional de Saúde. Ministerio de Sanidade e Consumo, 2008. 2. SECA. Indicadores de calidad para hospitales del Sistema Nacional de Salud, marzo 2012.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Garantir a seguridade nos procesos dos servizos de urxencias e emerxencias de todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.2.3 Mídense, avalíanse e mellóranse os tempos de atención e resposta en urxencias.

INDICADOR 10.2.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de pacientes clasificados con código "laranja" segundo o sistema de clasificación Manchester que se pechan antes de 10 minutos.
XUSTIFICACIÓN	O rexistro sistemático dos aspectos máis relevantes da atención urxente e emerxente permite o seguimento e avaliación da calidade dos devanditos servizos, así como a introdución de melloras, fundamentalmente referidos a indicadores de tempo e accesibilidade. Coñecer e minimizar os tempos de resposta é un obxectivo fundamental dos servizos de urxencias. Dalos a coñecer os usuarios facilita a xestión das súas expectativas.
NUMERADOR	Nº de pacientes con código "laranja" pechados antes de 10 minutos.
DENOMINADOR	Nº total de pacientes triados con código "laranja".
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes con código "laranja" pechados antes de 10 minutos.}}{\text{Nº total de pacientes triados con código "laranja"}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Rexistro de tempos no programa Manchester ou no sistema de xestión que teña implantado o servizo de urxencias.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Felisart J, Requena J, Roqueta F, Tomás S, Saura RM, Duñol R. Servicios de Urgencias; indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Axencia de Avaliación de Tecnoloxía e Recursos Médicos do Servei Catalá de la Salut, Sociedade Catalá de Medicina de Urgencia e Fundación Avedis Donabedian. Abril 2001. http://www.gencat.cat/salut/depsan 2. Documento marco sobre Estándares De Calidad De La Atención Urgente a los Ciudadanos y las Ciudadanas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Disponible en: http://www.sas.junta-andalucia.es/

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Garantir a seguridade nos procesos dos servizos de urxencias e emerxencias de todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.2.4 Realízanse exercicios de simulación periódicos e multidisciplinares sobre parada cardiorrespiratoria e atención ao paciente politraumatizado como ferramenta de formación para os profesionais.

INDICADOR 10.2.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de persoal médico e de enfermería de urxencias formados e reciclados en parada cardiorrespiratoria e atención ao paciente politraumatizado.
XUSTIFICACIÓN	As taxas de supervivencia tras parada cardiorrespiratoria están a aumentar coa formación específica do persoal. Tanto a parada CR como a atención ao paciente politraumatizado requiren, para obter bos resultados clínicos, a formación continuada e a coordinación dos distintos profesionais que interveñen na súa atención urxente.
NUMERADOR	Nº de médicos e enfermeiros do servizo que fixeron polo menos un curso nos últimos dous anos.
DENOMINADOR	Nº de médicos e enfermeiros do servizo de urxencias.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de médicos e enfermeiros do servizo que fixeron polo menos un curso nos últimos dous anos.}}{\text{Nº de médicos e enfermeiros do servizo de urxencias.}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Sempre que sexa posible, os cursos conterán exercicios de simulación e prácticas de Megacode.
FONTES DE DATOS	Plan de formación e listaxes de alumnos.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Programa rexional de formación sanitaria en RCP. Dispoñible en: http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2066&idsec=882 .

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Garantir a seguridade nos procesos das unidades de críticos de todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.3.1 As unidades de críticos do Servizo Galego de Saúde implantaron e manteñen activos os programas: · Bacteriemia Zero. · Pneumonía Zero. · Resistencia Zero. · Sepsis Zero.

INDICADOR 10.3.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Todas as unidades de coidados críticos da organización implantaron os programas Bacteriemia Zero, Pneumonía Zero, Resistencia Zero e Sepsis Zero.
XUSTIFICACIÓN	A infección relacionada coa atención sanitaria é unha das principais complicacións infecciosas do paciente ingresado na UCI, relacionados claramente cun incremento da morbilidade e dos custos sanitarios. A monitorización da incidencia desta patoloxía tras a implantación dunha serie de medidas sinxelas pero eficaces para previr e controlar a infección debería de establecerse como prioritario nas unidades de atención a pacientes críticos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	A medida que se implanten os programas Resistencia e Sepsis Zero dende o Ministerio de Sanidade, iranse incluíndo novos indicadores relacionados con eles. Unidades de Coidados Críticos: UCI adultos, UCI pediatría, reanimación, unidade de coidados coronarios, unidade de queimados.
FONTES DE DATOS	Documentación clínica, Programas ENVIN-UCI, Pneumonía Zero e Bacteriemia Zero.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Monitorización mensual. Avaliación anual.
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2.-Programas Resistencia Zero, Pneumonía Zero e Bacteriemia Zero. MSSSI. http://intranet/Paginas/grupos.aspx?IdContido=51&lista=15&menu=8 http://intranet/Paginas/grupos.aspx?IdContido=67&lista=15&menu=8.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Garantir a seguridade nos procesos das unidades de críticos de todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.3.2 As unidades de críticos traballan cos seguintes procedementos documentados que se revisan e actualizan periodicamente: · Atención a pacientes en coma que se revisan e actualizan periódicamente. · Prevención da infección urinaria asociada a catéter · Uso uniforme dos servizos de resucitación en toda a organización · Prevención de extubacións non planificadas e, en caso de que se producisen, de intervención nas extubacións non planificadas · Prevención de erros nas conexións de catéteres e outras vías · Manipulación, uso e administración de sangue e hemoderivados · Atención a pacientes con enfermidades infectocontaxiosas · Atención a pacientes inmunodeprimidos · Utilización de medicamentos de alto risco · Revisión do carro de paradas · Información e comunicación a pacientes e familiares · Atención ao paciente e comunicación da información nas transicións asistenciais

INDICADOR 10.3.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	As unidades de críticos teñen implantados procedementos sobre os 12 procesos de risco incluídos neste criterio.
XUSTIFICACIÓN	A atención aos pacientes críticos leva implícita unha serie de riscos, ben coñecidos. Implantar procedementos que xestionen de xeito proactivo os devanditos riscos é unha barreira para a aparición de eventos adversos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Para cumprir o indicador, solicitarase evidencia de procedementos documentados sobre todos os aspectos que describe o criterio.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental: procedementos das unidades de coidados críticos.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual.
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Mellorar a seguridade nos procesos de obstetricia e neonatoloxía en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.4.1 Está implantado un procedemento de atención ao parto normal.

INDICADOR 10.4.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento de atención ao parto normal.
XUSTIFICACIÓN	Diminuír a variabilidade no parto e favorecer a participación da muller na toma de decisións.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
ESTANDAR	100 %
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Proba documental que avale a súa existencia e implantación.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Bianual
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Guía de práctica clínica en el SNS. Disponible en: http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca 2. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación 2009. Ministerio de Sanidade e Política Social 3. Estrategia de atención ao parto normal no Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007. Ministerio de Sanidade e Consumo 4. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. 2009. Ministerio de Sanidade e Política Social

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Mellorar a seguridade nos procesos de obstetricia e neonatoloxía en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.4.2. Monitorízase a porcentaxe de partos por cesárea da unidade e establécense medidas para reducir a variabilidade interprofesional na elección desta técnica.

INDICADOR 10.4.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento de indicación de cesárea coñecido por todos os profesionais do servizo.
XUSTIFICACIÓN	A cesárea é unha intervención médico-cirúrxica. É unha cirurxía maior cunha taxa de morbilidade materna e fetal maior ca a dun parto normal e coa posibilidade de secuelas para a nai e o bebé. A OMS inclúe a taxa de cesáreas como un indicador de calidade da atención materna e perinatal. Na actualidade, a taxa de cesáreas é un indicador monitorizado polos sistemas de información do Sergas (ATENEA). Constátase unha importante variabilidade entre os distintos centros, e entre os distintos profesionais de cada centro na indicación desta técnica. Aínda que non existe un estándar aceptado sobre a taxa idónea de cesáreas, si existe consenso internacional sobre a necesidade de racionalizar a súa indicación. Hai exemplos tanto no ámbito nacional coma no autonómico de como diminúe a taxa de cesáreas naqueles servizos nos que se consensúa entre os profesionais en que circunstancias clínicas está indicada a cesárea como alternativa ao parto vaginal e nas que se establecen barreiras como a ratificación da indicación por outro especialista.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Os servizos de obstetricia deben ter documentado en que situacións está indicada, con carácter xeral, a práctica dunha cesárea electiva, e deben medir a adecuación e o nivel de cumprimento dos devanditos criterios na práctica. Antes da indicación dunha cesárea electiva por parte dos facultativos, debería cubrirse un check list de indicación de cesárea , previamente consensuado polos profesionais do servizo e validado pola dirección do centro, onde quede xustificada a decisión de xeito consistente co procedemento.
FONTES DE DATOS	Auditoria documental
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Monitorización continua. Avaliación anual.
BIBLIOGRAFÍA	1. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Guía de práctica clínica en el SNS. Disponible en: http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca 2. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación 2009. Ministerio de Sanidade e Política Social 3. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007. Ministerio de Sanidade e Consumo.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 4	Obxectivo 4.- Mellorar a seguridade nos procesos de obstetricia e neonatoloxía en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.4.3 Existe un procedemento de adecuación, mantemento e revisión das incubadoras das unidades e de transporte, que garanten o seu uso seguro.

INDICADOR 10.4.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un rexistro de comprobación do estado das incubadoras de transporte antes do seu uso.
XUSTIFICACIÓN	Antes de usar unha incubadora de transporte, o persoal debe asegurarse do seu correcto funcionamento, anticipándose así a problemas que poderían xurdir durante o traslado, e que lle poderían ocasionar serios problemas ao neno.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental. Solicitaranse rexistros das fichas de revisión.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Thermal protection of the newborn: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1997 (WHO/RHT/MSM/97.2).

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 5	Obxectivo 5.- Garantir a seguridade nos procesos de oncohematoloxía/hospital de día en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.5.1 Os procesos clave da unidade están definidos e existe un mapa de riscos dos procesos e establécense medidas de prevención para eles.

INDICADOR 10.5.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un mapa de riscos na unidade de oncohematoloxía.
XUSTIFICACIÓN	Os procesos complexos de cada área asistencial teñen os seus propios riscos para os pacientes, que se deben coñecer e ante os cales se han de tomar medidas encamiñadas a previr a súa aparición e/ou mitigar o seu impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoria.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Semestral
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179.003 .

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 5	Obxectivo 5.- Garantir a seguridade nos procesos de oncohematoloxía/hospital de día en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.5.2 Existe un plan de acollida de pacientes que acoden á unidade por primeira vez para o inicio de tratamento ou de modo sucesivo durante o desenvolvemento deste ata a súa finalización.

INDICADOR 10.5.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un plan de acollida de pacientes na unidade de oncohematoloxía.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Debe incluír pacientes ambulatorios e ingresados. O plan incluírá a detección de necesidades de educación do paciente.
FONTES DE DATOS	Auditoria.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission. Estándares internacionais de acreditación de hospitais, 2008. .

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 5	Obxectivo 5.- Garantir a seguridade nos procesos de oncohematoloxía/hospital de día en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.5.3 Existe un procedemento de uso seguro de citostáticos por vía intravenosa, co fin de garantir a seguridade do paciente, no que se prevén tanto medidas de protección e actuación en caso de contaminación por exposición accidental coma medidas para garantir a correcta xestión dos residuos citostáticos.

INDICADOR 10.5.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento de uso seguro de citostáticos.
XUSTIFICACIÓN	Os procesos complexos de cada área asistencial teñen os seus propios riscos para os pacientes, que se deben coñecer e ante os cales se han de tomar medidas encamiñadas a previr a súa aparición e/ou mitigar o seu impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Observacións: administración segura de citostáticos por vía intravenosa, co fin de garantir a seguridade do paciente que inclúa actuación fronte aos eventos adversos característicos dos citostáticos. No plan defínense e adóptanse medidas de protección por parte do persoal sanitario encargado da manipulación de citostáticos e medicamentos de risco biolóxico, fronte ao risco de contaminación durante a súa manipulación, así como as accións que hai que realizar en caso de contaminación por exposición accidental a axentes citostáticos. Garántese, ademais, unha correcta manipulación e segregación dos residuos citostáticos para os que deben observarse medidas especiais de tratamento por presentar un risco específico para a saúde laboral e pública e para o medio.
FONTES DE DATOS	Auditoria documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Protocolos de vigilancia sanitaria específica. "Agentes citostáticos". Comisión de Saúde Pública. Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde. Ed. Ministerio de Sanidade e Consumo, 2003. 2. Joint Commission. Estándares internacionais de acreditación de hospitais; MMU: xestión e uso de medicamentos de alto risco.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 5	Obxectivo 5.- Garantir a seguridade nos procesos de oncohematoloxía/hospital de día en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.5.4 A unidade está certificada segundo a norma UNE 179003/2013. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente.

INDICADOR 10.5.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	A unidade de oncohematoloxía está certificada segundo norma UNE 179003/2013.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoria documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 6	Obxectivo 6.- Garantir a seguridade nos procesos das unidades de diálise en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.6.1 Os procesos clave da unidade están definidos, existe un mapa de riscos dos procesos e establécense medidas para evitalos.

INDICADOR 10.6.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un mapa de riscos dos procesos na unidade de diálise.
XUSTIFICACIÓN	Os procesos complexos de cada área asistencial teñen os seus propios riscos para os pacientes, que se deben coñecer e ante os cales se han de tomar medidas encamiñadas a previr a súa aparición e/ou mitigar o seu impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	O mapa de riscos deberá incluír un plan de tratamento para previlos e/ou mitigar o seu impacto.
FONTES DE DATOS	Auditoria.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Norma UNE 179.003 . 2. Guía Clínica de ERC avanzada. Madrid: Sociedade Española de Nefroloxía (SEN) 2008. 3. Manual de Diálisis. 4ª edición. J.T.Daugirdas. Ed. Lippincott, Williams & Wilkins 2007. 4. Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica. Seden 2001.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 6	Obxectivo 6.- Garantir a seguridade nos procesos das unidades de diálise en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.6.2 Existe un plan de acollida de pacientes que acoden á unidade por primeira vez para o inicio do tratamento.

INDICADOR 10.6.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un plan de acollida de pacientes na unidade de diálise.
XUSTIFICACIÓN	Os procesos complexos de cada área asistencial teñen os seus propios riscos para os pacientes, que se deben coñecer e ante os cales se han de tomar medidas encamiñadas a previr a súa aparición e/ou mitigar o seu impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Debe incluír pacientes ambulatorios e ingresados.
FONTES DE DATOS	Auditoria.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission. Estándares internacionais de acreditación de hospitais, 2008. Funciones: a) ACC: Acceso á atención e continuidade desta. b) AOP4: Evaluación dos pacientes.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 6	Obxectivo 6.- Garantir a seguridade nos procesos das unidades de diálise en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.6.3 Existe unha listaxe de postos e equipos de diálise, cun plan de mantemento que garante a seguridade do seu uso.

INDICADOR 10.6.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe unha listaxe de postos e equipos de diálise, cun plan de mantemento que garante a seguridade do seu uso.
XUSTIFICACIÓN	Garantir a seguridade do uso dos equipos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Os rexistros do plan de mantemento dos equipos haberán de estar visibles para os pacientes.
FONTES DE DATOS	Auditoria.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission. Estándares internacionais de acreditación de hospitais. Xaneiro 2008. 2. Guía Clínica de ERC avanzada. Madrid: Sociedade Española de Nefroloxía (SEN) 2008. 3. Manual de Diálisis. 4ª edición. J.T.Daugirdas. Ed. Lippincott, Williams & Wilkins 2007. 4. Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica. Seden 2001. 5. Manual de instrucións de uso para máquina de hemodiálise 4008 B. Fresenius Medical Care.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 6	Obxectivo 6.- Garantir a seguridade nos procesos das unidades de diálise en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.6.4 Existe un procedemento de atención a complicacións clínicas frecuentes durante as sesións de diálise.

INDICADOR 10.6.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento de atención a complicacións clínicas frecuentes durante as sesións de diálise.
XUSTIFICACIÓN	Os procesos complexos de cada área asistencial teñen os seus propios riscos para os pacientes, que se deben coñecer e ante os cales se han de tomar medidas encamiñadas a previr a súa aparición e/ ou mitigar o seu impacto. As complicacións intradiálises son ben coñecidas e existen actuacións consensuadas e avaladas para o seu manexo seguro.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Teranse en conta como complicacións frecuentes durante as sesións de diálise como mínimo as seguintes: · Hipotensión · Infección asociada a CVC · Complicacións dos accesos vasculares · Cambras
FONTES DE DATOS	Auditoria.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission. Estándares internacionais de acreditación de hospitais. Xaneiro 2008. 2. Guía Clínica de ERC avanzada. Madrid: Sociedade Española de Nefroloxía (SEN) 2008. 3. Manual de Diálisis. 4ª edición. J.T.Daugirdas. Ed. Lippincott, Williams & Wilkins 2007. 4. Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica. Seden 2001.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 6	Obxectivo 6.- Garantir a seguridade nos procesos das unidades de diálise en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.6.5 Existe un procedemento de atención a situacións de urxencia e/ou emerxencia vital intradiálise, en especial á parada cardiorrespiratoria.

INDICADOR 10.6.5.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento de atención a situacións de urxencia e/ou emerxencia vital intradiálise.
XUSTIFICACIÓN	A situación de parada cardiorrespiratoria é unha eventualidade nas unidades de diálise, que ha de ser abordada de forma sistematizada e axustada aos estándares internacionais.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoria.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Joint Commission. Estándares internacionais de acreditación de hospitais. Xaneiro 2008. 2. Guía Clínica de ERC avanzada. Madrid: Sociedade Española de Nefroloxía (SEN) 2008. 3. Manual de Diálisis. 4ª edición. J.T.Daugirdas. Ed. Lippincott, Williams & Wilkins 2007. 4. Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica. Seden 2001.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 6	Obxectivo 6.- Garantir a seguridade nos procesos das unidades de diálise en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.6.6 A unidade está certificada segundo a norma UNE 179003/2013. Servizos sanitarios. Xestión de riscos para a seguridade do paciente.

INDICADOR 10.6.6.1. 	
NOME DO INDICADOR	A unidade de diálise está certificada segundo norma UNE 179003/2013.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoria documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 7	Obxectivo 7.- Garantir a seguridade en radioterapia en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.7.1 Os procesos clave da unidade están definidos, existe un mapa de riscos dos procesos e establécense medidas para evitalos.

INDICADOR 10.7.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un mapa de riscos dos procesos na unidade de radioterapia.
XUSTIFICACIÓN	Os procesos complexos de cada área asistencial teñen os seus propios riscos para os pacientes, que se deben coñecer e ante os cales se han de tomar medidas encamiñadas a previr a súa aparición e/ou mitigar o seu impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	O mapa de riscos deberá incluír un plan de tratamento para previlos e/ou mitigar o seu impacto.
FONTES DE DATOS	Auditoria.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 7	Obxectivo 7.- Garantir a seguridade en radioterapia en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.7.2 Os centros de radioterapia, en aplicación do Real decreto 1566/1998, do 17 de xullo, elaboran e remiten á Consellería de Sanidade, con carácter anual, un informe no que se recollen os incidentes de seguridade.

INDICADOR 10.7.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Elabórase un informe anual que recolle os incidentes de seguridade da unidade de radioterapia.
XUSTIFICACIÓN	A radioterapia é unha compoñente esencial no tratamento do cancro dende hai moitos anos, e utilizouse no 40 % dos pacientes que se curaron do seu cancro. É, non obstante, un proceso complexo, que implica moitos pasos e a moitas persoas planificando e administrando a terapia. Aínda que os incidentes graves son infrecuentes, as súas consecuencias poden ser devastadoras.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	O Real decreto 1566/1998, con carácter de norma básica sanitaria, establece os criterios de calidade en radioterapia para asegurar a optimización do tratamento de radioterapia e a protección radiolóxica do paciente. En aplicación deste, en Galicia, todas as unidades de radioterapia remiten un informe anual actualizado ao Servizo de Protección Radiolóxica, que contén moitos ítems de calidade e de seguridade sobre os equipos e sobre os procedementos da unidade.
FONTES DE DATOS	Evidencia do informe remitido á Consellería.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Real Decreto 1566/1998, de 17 de julio. 2. ROSIS, European Society for Therapeutic Radiology and Oncology. 3. SAFRON, International Atomic Energy Agency. 4. "Towards a Safer Radiotherapy" (2008) NHS. https://www.rcr.ac.uk/docs/oncology/pdf/Towards_saferRT_final.pdf

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 7	Obxectivo 7.- Garantir a seguridade en radioterapia en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.7.3 Os centros de radioterapia dispoñen dun procedemento específico para o rexistro e xestión de reaccións clínicas distintas das esperadas.

INDICADOR 10.7.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un rexistro de reaccións clínicas distintas das esperadas en radioterapia.
XUSTIFICACIÓN	A xestión de incidencias implica o seu rexistro e análise, co fin de establecer melloras para a seguridade dos pacientes. A recollida ha de ser sistemática e as pautas de actuación estandarizadas e axustadas ao nivel de gravidade do incidente.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Este é un dos indicadores que se recollen no informe mencionado no indicador anterior.
FONTES DE DATOS	Rexistros da unidade. Informe anual.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 8	Obxectivo 8.- Garantir a seguridade en medicina nuclear en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.8.1 Os procesos clave da unidade están definidos, existe un mapa de riscos dos procesos e establécense medidas para evitalos.

INDICADOR 10.8.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un mapa de riscos dos procesos na unidade de medicina nuclear.
XUSTIFICACIÓN	Os procesos complexos de cada área asistencial teñen os seus propios riscos para os pacientes, que se deben coñecer e ante os cales se han de tomar medidas encamiñadas a previr a súa aparición e/ou mitigar o seu impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	O mapa de riscos deberá incluír un plan de tratamento para previlos e/ou mitigar o seu impacto.
FONTES DE DATOS	Auditoría.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 8	Obxectivo 8.- Garantir a seguridade en medicina nuclear en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.8.2 Os servizos de medicina nuclear, en aplicación do Real decreto 1841/1997, dispoñen de procedementos para optimización da dose absorbida recibida polos pacientes como consecuencia do acto médico.

INDICADOR 10.8.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento de optimización de dose absorbida polos pacientes que reciben tratamento na unidade de medicina nuclear.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	O Real decreto 1841/1997, do 5 de decembro, polo que se establecen os criterios de calidade en medicina nuclear. Refírese aos métodos de medicina nuclear in vivo xa que se trata dunha disposición de desenvolvemento relativa á protección do paciente, e esixe a implantación dun programa de garantía de calidade nas unidades asistenciais de medicina nuclear, sen prexuízo do disposto no Real decreto 479/1993, do 2 de abril, polo que se regulan os medicamentos radiofármacos de uso humano. No seu artigo 4 establece que as unidades asistenciais de medicina nuclear disporán de procedementos escritos elaborados de maneira que poida optimizarse a dose absorbida recibida polos pacientes como consecuencia do acto médico. Os devanditos procedementos actualizaranse periodicamente e revisaranse sempre que se introduzan modificacións ou novas técnicas clínicas. Os procedementos relativos a exploracións diagnósticas ou tratamentos terapéuticos con radiofármacos a mulleres con capacidade de procrear, xestantes ou en período de lactación conterán as medidas que deben tomarse para reducir os riscos ao máximo.
FONTES DE DATOS	Auditoría.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Real decreto 1841/1997, do 5 de decembro, polo que se establecen os criterios de calidade en medicina nuclear.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 8	Obxectivo 8.- Garantir a seguridade en medicina nuclear en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.8.3 As unidades de medicina nuclear teñen implantado un sistema de xestión de incidencias relacionadas coa seguridade do paciente.

INDICADOR 10.8.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un rexistro de reaccións clínicas distintas das esperadas en medicina nuclear.
XUSTIFICACIÓN	A xestión de incidencias implica o seu rexistro e análise, co fin de establecer melloras para a seguridade dos pacientes. A recollida ha de ser sistemática e as pautas de actuación estandarizadas e axustadas ao nivel de gravidade do incidente.
NUMERADOR	Nº total de reaccións clínicas distintas das esperadas.
DENOMINADOR	Nº total tratamentos radioterápicos.
FÓRMULA	$(\text{Nº total de reaccións clínicas distintas das esperadas} / \text{Nº total tratamentos radioterápicos}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Este é un dos indicadores que se recollen no informe mencionado no indicador anterior.
FONTES DE DATOS	Registros de la Unidad. Informe anual.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 9	Obxectivo 9.- Garantir a seguridade en saúde mental en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.9.1 Os procesos clave da unidade están definidos, existe un mapa de riscos dos procesos e establécense medidas para evitalos..

INDICADOR 10.9.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un mapa de riscos dos procesos na unidade de saúde mental.
XUSTIFICACIÓN	Os procesos complexos de cada área asistencial teñen os seus propios riscos para os pacientes, que se deben coñecer e ante os cales se han de tomar medidas encamiñadas a previr a súa aparición e/ou mitigar o seu impacto.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	O mapa de riscos deberá incluír un plan de tratamento para previlos e/ou mitigar o seu impacto.
FONTES DE DATOS	Auditoría.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 9	Obxectivo 9.- Garantir a seguridade en saúde mental en todos os centros do Servizo Galego de Saúde. 10.9.2 A organización dispón polo menos dos seguintes procedementos para o manexo e a prevención de incidentes de seguridade que afectan de xeito especial os pacientes con enfermidade mental ⁽³⁵⁾. · Caídas e outros accidentes. · Comportamiento agresivo ou antisocial. · Incidentes relacionados coa seguridade sexual. · Suicidio e autolesións de pacientes con transtorno mental. · Fuga e desaparición de pacientes. · Medicación. · Contención mecánica.

INDICADOR 10.9.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existen procedementos para o manexo e prevención dos principais incidentes de seguridade que afectan os pacientes con enfermidade mental.
XUSTIFICACIÓN	Os usuarios de servizos de saúde mental, especialmente os agudos, son vulnerables a un gran número de riscos potenciais, derivados do seu propio comportamento, do doutros pacientes e dos tratamentos ou coidados que reciben. Segundo o estudo do National Health Service de 2005, baseado en incidentes de saúde mental notificados aos seus sistemas de notificación, os catro tipos de incidentes máis comúns, presentes no 84 % das notificacións corresponderon a accidentes do paciente, comportamentos agresivos, autolesións e fugas.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Considérase cumprido cando se evidencian procedementos documentados dos sete aspectos descritos, xa sexan específicos das unidades de saúde mental, ou integrados en procedementos xerais do centro con apartados concretos referidos ao ámbito da saúde mental.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Con la Seguridad en Mente: servicios de salud mental y seguridad del paciente. Informes, estudio e investigación 2008. Ministerio de Sanidade e Consumo.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 10	Estrategia 10.- Seguridade en procesos asistenciais críticos e de risco
OBXECTIVO 10	Obxectivo 10.- Garantir a seguridade transfusional en todos os centros do Servizo Galego de Saúde 10.10.1 A organización garante a rastrexabilidade de toda a cadea transfusional.

INDICADOR 10.10.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un protocolo de administración segura de compoñentes sanguíneos que inclúe a comprobación de grupo ABO ao pé da cama.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	O protocolo debe incluír dende a identificación inequívoca paciente-compoñente sanguíneo ata os controis postransfusionais.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. CAT 2006: Comité de Acreditación e Transfusión. 2. Joint Comission internacional: Estándares de acreditación para hospitais. Meta internacional 1. Xaneiro 2008. 3. Comité Científico para a Seguridade Transfusional (CCST): Órgano de asesoramento técnico vinculado ao Ministerio de Sanidade e Política Social a través da Dirección Xeral de Saúde Pública e Sanidade Exterior. (Artículo 37 do Real Decreto 1088/2005).

Estratexia 11 - Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estratexia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de laboratorio dos centros. 11.1.1 O centro dispón dun programa de seguridade do laboratorio implantado que se segue e se documenta.

INDICADOR 11.1.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un programa de seguridade do laboratorio.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de laboratorio dos centros. 11.1.2 A organización mide os tempos de resposta dos estudos de laboratorio e avalía os resultados en función dos cales emprende accións de mellora.

INDICADOR 11.1.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de estudos de laboratorio de urxencias que cumpren o tempo de resposta establecido.
XUSTIFICACIÓN	A resposta en tempo e forma ás solicitudes dos facultativos asistenciais de estudos de laboratorio é un indicador decisivo para a seguridade dos pacientes. Moitas decisións diagnósticas e terapéuticas dependen do resultado das probas de laboratorio e a súa demora pode repercutir na evolución e pronóstico do paciente.
NUMERADOR	Nº de estudos de laboratorio que cumpren o tempo de resposta establecido.
DENOMINADOR	Nº de estudos totais.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de estudos de laboratorio que cumpren o tempo de resposta establecido}}{\text{Nº de estudos totais}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	O tempo límite de resposta deberá quedar establecido dependendo do circuíto ou ámbito no que se solicite a proba, e os tempos deben ser concordantes co establecido pola organización nos acordos de xestión dos servizos de laboratorio.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de laboratorio dos centros. 11.1.3 Existe un procedemento para informar dos resultados críticos de probas diagnósticas.

INDICADOR 11.1.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existencia dun procedemento para informar de resultados críticos de probas de laboratorio.
XUSTIFICACIÓN	O achado dun resultado patolóxico nunha proba diagnóstica debe ser comunicado polo servizo de laboratorio de xeito eficaz (coa maior brevidade posible ao facultativo responsable do paciente e confirmando que a información se recibiu), garantindo a continuidade da asistencia e evitando demoras que poderían resultar en dano para o paciente.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de laboratorio dos centros. 11.1.4 Todo o equipo usado para análise de laboratorio se inspecciona, mantén e calibra con regularidade, e levan os debidos rexistros destas actividades.

INDICADOR 11.1.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un rexistro de mantemento, calibración e inspección dos equipos de laboratorio.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de incidencias en relación co mantemento, calibración e inspección dos equipos de laboratorio.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Rexistro de incidencias.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de laboratorio dos centros. 11.1.5 Disponse de reactivos esenciais e demais subministracións e avalíanse para garantir a precisión e exactitude dos resultados.

INDICADOR 11.1.5.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de roturas de existencias de reactivos esenciais.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de roturas de existencias de reactivos esenciais.
EXCLUSIÓN / OBSERVACIÓN	
FONTES DE DATOS	Rexistro de incidencias.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de laboratorio dos centros. 11.1.6 Existe un procedemento para almacenar, manipular, conservar e desbotar de forma segura os reactivos.

INDICADOR 11.1.6.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento para almacenar, manipular, conservar e desbotar de forma segura os reactivos.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de laboratorio dos centros. 11.1.7 Existe un procedemento para almacenar, manipular, conservar e desbotar de forma segura as mostras.

INDICADOR 11.1.7.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento para recoller, identificar, manipular, conservar, transportar e desbotar de forma segura as mostras.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de laboratorio dos centros. 11.1.8 Existe un procedemento para a validación dos informes de laboratorio.

INDICADOR 11.1.8.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un procedemento para a validación dos resultados de laboratorio.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de laboratorio dos centros. 11.1.9 A organización revisa periodicamente os resultados de control de calidade e seguridade de todos os procesos de mantemento dos servizos de laboratorio.

INDICADOR 11.1.9.1. 	
NOME DO INDICADOR	A Dirección fai un informe de revisión en relación cos procesos de mantemento dos equipos de laboratorio.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría Documental: Informe de revisión pola dirección.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de laboratorio dos centros. 11.1.10 O servizo de laboratorio está certificado segundo a norma UNE-EN ISO 15189: 2007. Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para a calidade e a competencia.

INDICADOR 11.1.10.1. 	
NOME DO INDICADOR	O servizo de laboratorio está certificado e mantense segundo a norma UNE-EN ISO 15189: 2007.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de diagnóstico por imaxe dos centros. 11.2.1 O centro dispón dun programa de garantía de calidade segundo o Real decreto 1976/1999 e está implantado o programa de protección radiolóxica, que se segue e se documenta.

INDICADOR 11.2.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existencia do Programa de garantía de calidade e protección radiolóxica en radiodiagnóstico.
XUSTIFICACIÓN	O Real decreto 1976/1999, do 23 de decembro, establece os criterios de calidade de radiodiagnóstico dentro dos cales están recollidos os criterios de seguridade nesta área.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	A Comisión de Protección Radiolóxica encargárase de realizar o seguimento e de supervisar o seu cumprimento.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Real Decreto 1976/1999.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de diagnóstico por imaxe dos centros. 11.2.2 O centro mide e pon á disposición dos pacientes o cálculo e sumatorio de radiacións recibidas ao longo do seu proceso asistencial.

INDICADOR 11.2.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe que está cuberta do rexistro de dose de radiación na historia clínica do paciente.
XUSTIFICACIÓN	Existen alertas sobre un aumento importante de radiación por causa médica á poboación. Real decreto, artigo 7.
NUMERADOR	Nº de historias revisadas nas que o rexistro de radiación está cuberto.
DENOMINADOR	Nº de historias revisadas.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de historias revisadas nas que o rexistro de radiación está cuberto}}{\text{Nº de historias revisadas}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Está previsto por parte da SXSI un sistema de cálculo sumatorio de dose que estará dispoñible na historia clínica do paciente. Débese valorar nos criterios de adquisición de equipos novos de radioloxía a inclusión do criterio de posibilidade de medición real de dose por estudo e posterior baleirado na historia clínica dese paciente. O paciente poderá solicitar mediante un formulario definido o sumatorio de radiacións recibidas ao longo do seu proceso asistencial. Prevese o cumprimento deste indicador a longo prazo.
FONTES DE DATOS	Auditoría rexistro sobre de historias clínicas.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Art. 7.1 del RD 1976/1999.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de diagnóstico por imaxe dos centros. 11.2.3 O centro establece medidas para diminuír os erros de diagnóstico realizando actividades como estudos de concordancia entre "pares".

INDICADOR 11.2.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de concordancia de estudos entre pares en radioloxía convencional.
XUSTIFICACIÓN	Unificar criterios diagnósticos nos estudos radiolóxicos.
NUMERADOR	Nº de estudos cun diagnóstico concordante entre unha mostra aleatoria de estudos incluídos en SIDI.
DENOMINADOR	Nº total de estudos analizados.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de estudos cun diagnóstico concordante entre unha mostra aleatoria de estudos incluídos en SIDI}}{\text{Nº total de estudos analizados}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Os avaliadores serán anónimos e o resultado individual só será coñecido por esa persoa, o resto do grupo terá información de datos desagregados. No programa SIDI escolleranse trimestralmente 10 estudos aleatorios e avaliaranos cinco radiólogos do servizo, en quendas rotatorias. Os resultados do estudo de concordancia enviaranse á Comisión de Protección Radiolóxica para o seu estudo.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de diagnóstico por imaxe dos centros. 11.2.4 Existe un procedemento para informar dos resultados críticos de probas diagnósticas.

INDICADOR 11.2.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existencia dun procedemento para informar de resultados críticos de probas diagnósticas por imaxe.
XUSTIFICACIÓN	O achado dun resultado patolóxico nunha proba diagnóstica debe ser comunicado polo servizo de diagnóstico por imaxe de xeito eficaz (coa maior brevidade posible, ao facultativo responsable do paciente e confirmando que a información se recibiu), garantindo a continuidade da asistencia e evitando demoras que poderían resultar en dano para o paciente.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de diagnóstico por imaxe dos centros. 11.2.5 Todo o equipo usado para estudos radiolóxicos e de diagnóstico por imaxe se inspecciona, mantén e calibra con regularidade e rexístranse estas actividades.

INDICADOR 11.2.5.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existen rexistros actualizados dos controis de mantemento e calibración dos equipos de radiodiagnóstico.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Art. 3.d,e, 15.2 e 16 do RD 1976/1999.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de diagnóstico por imaxe dos centros. 11.2.6 Os procedementos de control da calidade e xestión de riscos para a seguridade do paciente están implantados, cúmprense e documéntanse.

INDICADOR 11.2.6.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de procedementos de seguridade relacionados neste criterio que están implantados nos servizos de diagnóstico por imaxe.
XUSTIFICACIÓN	Necesidade de establecer procedementos específicos de seguridade do paciente e minimización de eventos adversos.
NUMERADOR	Nº de procedementos de seguridade do paciente implantados.
DENOMINADOR	6
FÓRMULA	$(\text{Nº de procedementos de seguridade do paciente implantados} / 6) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Os procedementos que se terán en conta serán: 1.- Procedemento de transferencia de pacientes no servizo de radiodiagnóstico (SRD) 2.- Procedemento de prevención de caídas no SRD 3.- Procedemento de prevención de erros de lateralidade no SRD 4.- Procedemento para a identificación de pacientes no SRD 5.- Procedemento de responsabilidade e control do carro de parada 6.- Procedemento de prevención a exposición radiolóxica a xestantes Comprobarase se existe documento, que deberá incluír responsables e criterios de medición de eventos adversos. Avaliarase que a implantación dos procedementos no SRD sexa efectiva (Si/Non).
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 11	Estrategia 11.- Seguridade nos servizos de laboratorio e diagnóstico por imaxe
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Establecer procedementos dirixidos á mellora da seguridade das técnicas diagnósticas nos servizos de diagnóstico por imaxe dos centros. 11.2.7 A organización revisa periodicamente os resultados de control de calidade e seguridade de todos os procesos de mantemento dos servizos de radioloxía e diagnóstico por imaxe.

INDICADOR 11.2.7.1. 	
NOME DO INDICADOR	A Dirección fai un informe de revisión dos procesos de mantemento dos equipos de radioloxía e diagnóstico pola imaxe.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental: Informe de revisión pola dirección
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Estratexia 12 - Seguridade nos cuidados e procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 12	Estratexia 12: Seguridade nos cuidados e procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Mellorar a seguridade dos cuidados nos centros asistenciais a partir da implantación de procedementos actualizados, que inclúan a información aos pacientes de todos os riscos contemplados neles. 12.1.1 O centro dispón de procedementos actualizados para a seguridade nos cuidados que están dispoñibles para os profesionais, nos que se inclúe información para pacientes e familiares/coidadores..

INDICADOR 12.1.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existencia dos 17 procedementos de seguridade nos cuidados, recollidos neste criterio, actualizados e dispoñibles para os profesionais.
XUSTIFICACIÓN	As recomendacións baseadas na evidencia e das boas prácticas deben ser unha liña estratéxica prioritaria da política sanitaria e a súa aplicación á práctica clínica. A aplicación do coñecemento dispoñible é unha garantía para a seguridade clínica.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	· Para dar por cumprimento este indicador deberá evidenciarse que existen procedementos sobre todos os aspectos relevantes contidos no obxectivo 1 da estratexia 12 do presente modelo de seguridade. - Todos os procedementos deberán incluír información específica para pacientes e familiares. - Comprobarase que os procedementos están actualizados e dispoñibles para a consulta por parte dos profesionais.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	1. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proxecto Séneca. Informe técnico Decembro 2008. 2. Guía de Práctica Clínica sobre Seguridad del Paciente. Empresa Pública de emergencias sanitarias.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 12	Estrategia 12: Seguridade nos cuidados e procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Mellorar a seguridade dos cuidados nos centros asistenciais a partir da implantación de procedementos actualizados, que inclúan a información aos pacientes de todos os riscos contemplados neles. 12.1.2 O centro dispón dun sistema de avaliación do cumprimento dos procedementos no que se inclúe o rexistro, monitorización e análise dos aspectos de seguridade nos cuidados mencionados e se establecen medidas de mellora.

INDICADOR 12.1.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Inclúense indicadores de riscos nos cuidados no cadro de mando da organización para a súa avaliación, revisión e mellora.
XUSTIFICACIÓN	Falar de seguridade implica efectuar unha xestión axeitada de riscos, dotarnos da capacidade para coñecer e analizar os posibles incidentes que se produzan, aprender deles e aplicar solucións que minimicen o risco da súa ocorrencia.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Para dar por cumprido este indicador deberá evidenciarse que existe no cadro de mandos da organización información sobre todos os aspectos relevantes contidos no obxectivo 1 da estratexia 12 do presente modelo de seguridade.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental. Cadro de mando da organización.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	- Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proxecto Séneca. Informe técnico Decembro 2008. - Estrategia para la seguridad del paciente. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2006.

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 12	Estrategia 12: Seguridade nos coidados e procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2. Identificar e xestionar os riscos dos procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento que poidan comprometer a seguridade do paciente. 12.2.1 O centro ten identificados e xestiona os riscos dos procedementos técnicos relacionados coa inserción, coidados e mantemento de dispositivos invasivos, como catéteres, sondas, cánulas, drenaxes e outros.

INDICADOR 12.2.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un mapa de riscos dos procedementos de inserción, coidados e mantemento de dispositivos invasivos.
XUSTIFICACIÓN	A seguridade do paciente, compoñente clave da calidade asistencial, adquiriu gran relevancia nos últimos anos tanto para os pacientes e as súas familias, que desexan sentirse seguros e confiados nos coidados sanitarios recibidos, coma para as xestores e profesionais que desexan ofrecer unha asistencia sanitaria segura, efectiva e eficiente.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 12	Estrategia 12: Seguridade nos coidados e procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2. Identificar e xestionar os riscos dos procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento que poidan comprometer a seguridade do paciente. 12.2.2 O centro ten identificados e xestiona os riscos dos procedementos clínicos relacionados coa realización de curas de feridas/úlceras/lesións para garantir a integridade cutánea.

INDICADOR 12.2.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un mapa de riscos dos procedementos clínicos relacionados co mantemento da integridade cutánea.
XUSTIFICACIÓN	A seguridade do paciente, compoñente clave da calidade asistencial, adquiriu gran relevancia nos últimos anos tanto para os pacientes e as súas familias, que desexan sentirse seguros e confiados nos coidados sanitarios recibidos, coma para os xestores e profesionais que desexan ofrecer unha asistencia sanitaria segura, efectiva e eficiente.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 12	Estrategia 12: Seguridade nos coidados e procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2. Identificar e xestionar os riscos dos procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento que poidan comprometer a seguridade do paciente. 12.2.3 O centro dispón dun procedemento de revisión e mantemento dos carros de parada..

INDICADOR 12.2.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de carros de parada que se mantén segundo o procedemento.
XUSTIFICACIÓN	Enténdese por procedemento de revisión sistemática dos carros de parada dispoñer dun documento que regule os materiais e medicación que debe conter un carro de parada para poder realizar unha reanimación cardiopulmonar de xeito seguro e estableza un sistema para a súa avaliación e revisión.
NUMERADOR	Nº de carros de parada auditados que cumpren segundo o procedemento.
DENOMINADOR	Nº de carros de parada auditados.
FÓRMULA	$(\text{Nº de carros de parada auditados que cumpren segundo o procedemento} / \text{Nº de carros de parada auditados}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Comprobarase que estea protocolizada e programada a revisión do carro de parada, a orde do material e as caducidades e que iso é coñecido por todo o persoal da unidade correspondente ou área á que dea cobertura o devandito carro.
FONTES DE DATOS	Auditoría observacional.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 12	Estrategia 12: Seguridade nos cuidados e procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Incorporar como unha práctica habitual nos centros a avaliación dos riscos e a aplicación dos cuidados necesarios para a súa prevención, que deberán quedar reflectidos no plan de cuidados da historia clínica do paciente. 12.3.1 Establécese un plan de cuidados individualizado para cada paciente no que se establece a avaliación de riscos, as escalas de valoración e as accións preventivas axeitadas que se avalían de xeito periódico.

INDICADOR 12.3.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de pacientes con accións preventivas adecuadas en relación co seu plan de cuidados individualizado (PCI).
XUSTIFICACIÓN	Os plans de cuidados guían a actividade enfermeira nas distintas situacións de cuidados que os pacientes requiren, segundo a valoración dos seus riscos e necesidades.
NUMERADOR	Nº de pacientes observados con accións adecuadas ao PCI.
DENOMINADOR	Nº total de pacientes observados.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de pacientes observados con accións adecuadas ao PCI}}{\text{Nº total de pacientes observados}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	A avaliación de riscos incluírá a valoración sobre todos os aspectos relevantes contidos no obxectivo 1 da estratexia 12. As accións preventivas deben adecuarse ao risco do paciente, que se reavaliará periodicamente.
FONTES DE DATOS	Auditoría observacional de rexistros do sistema de xestión de cuidados.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 12	Estrategia 12: Seguridade nos cuidados e procedementos técnicos de diagnóstico e tratamento
OBXECTIVO 3	Obxectivo 3.- Incorporar como unha práctica habitual nos centros a avaliación dos riscos e a aplicación dos cuidados necesarios para a súa prevención, que deberán quedar reflectidos no plan de cuidados da historia clínica do paciente. 12.3.2 Os profesionais introducen no sistema de información corporativo os datos necesarios para o seguimento de indicadores de seguridade de paciente e adoptan as propostas de mellora en relación cos achados atopados.

INDICADOR 12.3.2.1.  	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de incidentes rexistrados que concorda con incidentes observados.
XUSTIFICACIÓN	Un dos principais problemas para a medición e análise de problemas de seguridade é o infrarrexistro ou o rexistro inadecuado. O que non se mide non se pode xestionar. E para medir ben é preciso ser rigorosos cos rexistros, aplicando criterios comúns en toda a organización. Só así se poden establecer comparacións e valorar a eficacia das medidas de mellora que se implanten.
NUMERADOR	Nº de Incidentes rexistrados que concordan cos observados.
DENOMINADOR	Nº Incidentes observados.
FÓRMULA	$(\text{Nº de Incidentes rexistrados que concordan cos observados} / \text{Nº Incidentes observados}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Os incidentes relacionados coa seguridade nos cuidados serán aqueles relacionados con úlceras por presión de orixe asistencial, caídas, lesións derivadas de contencións mecánicas, malnutrición de orixe asistencial, broncoaspiración, pacientes con dor, e todos aqueles incluídos como eventos adversos relacionados cos cuidados reflectidos no obxectivo 1 da estrategia 12.
FONTES DE DATOS	Auditoría observacional / documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Estratexia 13 - Seguridade do ámbito, equipamento e xestión de residuos sanitarios

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 13	Estratexia 13.- Seguridade do ámbito: equipamento e xestión segura de residuos sanitarios
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Xestionar as infraestruturas e equipamentos de modo que se garanta a súa idoneidade e a seguridade no seu uso nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde. 13.1.1 Os profesionais son informados sobre o uso seguro das instalacións e equipos que manexan.

INDICADOR 13.1.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de unidades nas que no manual de acollida se recolle información sobre o uso seguro de instalacións e equipos.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº de unidades no manual de acollida das cales se establece información sobre o uso seguro de instalacións e equipos.
DENOMINADOR	Nº de unidades observadas.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de unidades no manual de acollida das cales se establece información sobre o uso seguro de instalacións e equipos}}{\text{Nº de unidades observadas}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 13	Estrategia 13.- Seguridade do ámbito: equipamento e xestión segura de residuos sanitarios
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Xestionar as infraestruturas e equipamentos de modo que se garanta a súa idoneidade e a seguridade no seu uso nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde. 13.1.2 Os responsables dos servizos e unidades informan o persoal ao seu cargo sobre a utilización e mantemento de equipos novos coa antelación suficiente para que os cambios sexan asimilados polos profesionais.

INDICADOR 13.1.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Infórmanse os profesionais afectados por correo corporativo sobre a introdución de equipos novos, coa antelación suficiente para que asuman o cambio.
XUSTIFICACIÓN	Os cambios nos equipos supoñen un período de desconcerto entre o persoal, e considéranse puntos críticos na xestión de risco se non van precedidos da información axeitada e con antelación abonda aos profesionais que os van usar por parte dos mandos intermedios. Noutras áreas como a aviación, establecéronse mesmo medidas como que calquera cambio deba ser notificado aos que lles afecta cunha antelación de 56 días.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Antelación abonda. Valorarase a adecuación entre a comunicación aos profesionais dun cambio e a implantación deste, que será variable en función da magnitude do cambio.
FONTES DE DATOS	Auditoría documental: correos informativos, carteis, notas... con data que reflicta a antelación e o alcance da información.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 13	Estrategia 13.- Seguridade do ámbito: equipamento e xestión segura de residuos sanitarios
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Xestionar as infraestruturas e equipamentos de modo que se garanta a súa idoneidade e a seguridade no seu uso nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde. 13.1.3 Os profesionais implicados na utilización de equipos destinados ao diagnóstico e tratamento reciben a formación axeitada ao seu nivel técnico e especialidade.

INDICADOR 13.1.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de equipos nos que existen fichas de instrucións técnicas básicas necesarias para o bo uso dos aparatos de electromedicina, comprensibles e accesibles para os profesionais que o usan.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº e equipos observados con ficha de instrucións
DENOMINADOR	Nº de novos equipos observados.
FÓRMULA	$(\text{Nº e equipos observados con ficha de instrución} / \text{Nº de novos equipos observados}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Os manuais de uso dos equipos deberán estar claramente situados dentro da unidade, e o persoal debe saber localizalos, pero o que mide este indicador é se existen fichas, cómodas, que faciliten a utilización inmediata e segura dos equipos.
FONTES DE DATOS	Auditoría observacional.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 13	Estrategia 13.- Seguridade do ámbito: equipamento e xestión segura de residuos sanitarios
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Xestionar as infraestruturas e equipamentos de modo que se garanta a súa idoneidade e a seguridade no seu uso nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde. 13.1.4 Existe un procedemento de revisión de caducidades de material funxible..

INDICADOR 13.1.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de unidades nas que non se obxectiva material funxible caducado.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº de unidades en que se obxectiva material funxible caducado.
DENOMINADOR	Nº de unidades observadas.
FÓRMULA	$\left(\frac{\text{Nº de unidades en que se obxectiva material funxible caducado}}{\text{Nº de unidades observadas}} \right) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría observacional.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 13	Estrategia 13.- Seguridade do ámbito: equipamento e xestión segura de residuos sanitarios
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Xestionar de forma eficiente e segura as eventuais situacións de emerxencias externas e/ou internas nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde. 13.2.1 Dispónse dun plan de emerxencias adaptado ao centro e actualizado coas actuacións específicas que deben realizar os profesionais, pacientes e familiares ante situacións de emerxencias externas e internas que lles poidan afectar: incendios, inundacións, derramo de produtos tóxicos etc.

INDICADOR 13.2.1.1.  	
NOME DO INDICADOR	Existen plans de emerxencias actualizados.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotmómico SI/NO
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría documental.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 13	Estrategia 13.- Seguridade do ámbito: equipamento e xestión segura de residuos sanitarios
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Xestionar de forma eficiente e segura as eventuais situacións de emerxencias externas e/ou internas nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde. 13.2.2 Dispónse dun plan de formación anual dirixido a todos os traballadores sobre medidas de seguridade en situacións de emerxencias internas e externas.

INDICADOR 13.2.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de traballadores formados no plan de emerxencias nos últimos dous anos.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº de traballadores formados no plan de emerxencias.
DENOMINADOR	Nº de traballadores.
FÓRMULA	$(\text{Nº de traballadores formados no plan de emerxencias} / \text{Nº de traballadores}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Rexistros de formación.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 13	Estrategia 13.- Seguridade do ámbito: equipamento e xestión segura de residuos sanitarios
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Xestionar de forma eficiente e segura as eventuais situacións de emerxencias externas e/ou internas nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde. 13.2.3 Os centros realizan simulacros de evacuación e emerxencia de forma sistemática e planificada e un informe descritivo, analizan o seu desenvolvemento e inclúen as oportunidades de mellora detectadas.

INDICADOR 13.2.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Realízanse simulacros sistemáticos de evacuación e emerxencia cada dous anos, como mínimo.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Existe informe coa análise do simulacro.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Cada dous anos
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 13	Estrategia 13.- Seguridade do ámbito: equipamento e xestión segura de residuos sanitarios
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Xestionar de forma eficiente e segura as eventuais situacións de emerxencias externas e/ou internas nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde. 13.2.4 Dispónse dun número de teléfono único que activa o plan de emerxencias do centro e está visible e accesible para os profesionais.

INDICADOR 13.2.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Porcentaxe de áreas e/ou unidades nas que está visible o número de teléfono único que activa o plan de emerxencias.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	Nº de áreas e/ou unidades nas que está visible o número de teléfono único que activa o Plan de emerxencias.
DENOMINADOR	Nº de unidades/áreas observadas.
FÓRMULA	$(\text{Nº de áreas e/ou unidades nas que está visible o número de teléfono único que activa o Plan de emerxencias} / \text{Nº de unidades/áreas observadas}) \times 100$
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Auditoría observacional.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Estratexia 14 - Investigación e innovación en seguridade do paciente

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 14	Estratexia 14. Investigación e innovación en seguridade do paciente
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Impulsar a investigación en seguridade do paciente no Servizo Galego de Saúde. 14.1.1 Coordínanse e desenvólvense liñas de investigación en seguridade de pacientes con enfoques multidisciplinares: investigación básica, epidemiolóxica, clínica e de xestión.

INDICADOR 14.1.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existe un programa de investigación cunha liña de seguridade do paciente.
XUSTIFICACIÓN	A investigación en seguridade do paciente é unha compoñente esencial para o desenvolvemento de coñecemento en aspectos relativos á seguridade do paciente.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Rexistro documental da actividade investigadora.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 14	Estrategia 14. Investigación e innovación en seguridade do paciente
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Impulsar a investigación en seguridade do paciente no Servizo Galego de Saúde. 14.1.2 Existen nos programas de investigación da organización estudos que melloren o coñecemento sobre aspectos clave en seguridade do paciente, como: · Incidencia e prevalencia de eventos adversos. · Costes da non seguridade. · Evaluación do impacto das intervencións para a mellora da seguridade do paciente. · Análise de riscos en áreas asistenciais específicas.

INDICADOR 14.1.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de estudos de investigación sobre aspectos clave en seguridade do paciente.
XUSTIFICACIÓN	A organización debe fomentar a realización de estudos de investigación clínica en seguridade de paciente nas distintas unidades e servizos.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de estudos de investigación realizados sobre seguridade de pacientes
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Estableceranse estudos relacionados coas liñas mencionadas no criterio de avaliación: · Incidencia e prevalencia de eventos adversos. · Costes da non seguridade. · Avaliación do impacto das intervencións para a mellora da seguridade do paciente. · Análise de riscos en áreas asistenciais específicas.
FONTES DE DATOS	Rexistro da actividade investigadora.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 14	Estrategia 14. Investigación e innovación en seguridade do paciente
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Impulsar a investigación en seguridade do paciente no Servizo Galego de Saúde. 14.1.3 Colabórase coas universidades da comunidade autónoma, sociedades científicas e proxectos nacionais e internacionais para potenciar a investigación en SP.

INDICADOR 14.1.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de estudos multicéntricos ou coordinados sobre seguridade de pacientes nos que participen investigadores da organización.
XUSTIFICACIÓN	A colaboración en liñas de seguridade e pacientes con universidades, sociedades científicas... favorece o enriquecemento destes proxectos á vez que fai máis extensivo o seu coñecemento.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de estudos multicéntricos ou coordinados sobre seguridade de pacientes nos que participen investigadores da organización.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	Rexistro da actividade investigadora.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Cada dous anos
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 14	Estrategia 14. Investigación e innovación en seguridade do paciente
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Impulsar a investigación en seguridade do paciente no Servizo Galego de Saúde. 14.1.4 Realízanse no ámbito da organización teses de doutoramento e publicacións en revistas científicas relacionadas coa seguridade dos pacientes.

INDICADOR 14.1.4.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de publicacións en revistas científicas indexadas en CSIC, Pubmed, Web of Knowledge, Embase, PsycINF sobre seguridade de pacientes.
XUSTIFICACIÓN	A realización de artigos científicos, teses e traballos presentados a congresos favorece a difusión e enriquecemento da comunidade científica en materia de seguridade de pacientes.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de publicacións en revistas científicas indexadas en CSIC, Pubmed, Web of Knowledge, Embase, PsycINF sobre seguridade de pacientes.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Neste indicador, terase en conta no desenvolvemento do plan o factor de impacto das revistas científicas nas que se publique.
FONTES DE DATOS	Rexistro de produción científica dos profesionais. FIDES.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Cada dous anos
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 14	Estrategia 14. Investigación e innovación en seguridade do paciente
OBXECTIVO 1	Obxectivo 1.- Impulsar a investigación en seguridade do paciente no Servizo Galego de Saúde. 14.1.5 Realízanse no ámbito da organización presentacións a congresos relacionadas coa seguridade dos pacientes.

INDICADOR 14.1.5.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de comunicacións a congresos relacionadas coa seguridade dos pacientes.
XUSTIFICACIÓN	A realización de artigos científicos, tese e traballos presentados a congresos favorece a difusión e enriquecemento da comunidade científica en materia de seguridade de pacientes.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de comunicacións a congresos relacionadas coa seguridade dos pacientes.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	Neste indicador, terase en conta no despregamento do plan, o factor de impacto das revistas científicas nas que se publique.
FONTES DE DATOS	Rexistro de produción científica dos profesionais. FIDES.
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 14	Estrategia 14. Investigación e innovación en seguridade do paciente
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Potenciar a xestión innovadora da seguridade do paciente na organización, favorecendo e potenciando o uso de novas tecnoloxías e a súa aplicación na mellora da seguridade do paciente. 14.2.1 Introdúcense en determinados procesos de risco, sistemas "a proba de erro" baseados na aplicación de novas tecnoloxías e encamiñados a mellorar a súa seguridade.

INDICADOR 14.2.1.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de procesos de risco con sistemas "a proba de erro".
XUSTIFICACIÓN	A introdución de sistemas "a proba de erro", tamén coñecidos como poka-yoke en terminoloxía do Lean Healthcare, demostraron ser moi eficaces para a prevención de incidentes relacionados coa seguridade de pacientes.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de procesos de risco nos que se introduciu algún sistema a proba de erro.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Cada dous anos
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 14	Estrategia 14. Investigación e innovación en seguridade do paciente
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Potenciar a xestión innovadora da seguridade do paciente na organización, favorecendo e potenciando o uso de novas tecnoloxías e a súa aplicación na mellora da seguridade do paciente. 14.2.2 Os sistemas e procedementos innovadores en seguridade de pacientes son referendados dende a Axencia de Tecnoloxías Sanitarias do Servizo Galego de Saúde.

INDICADOR 14.2.2.1. 	
NOME DO INDICADOR	Número de sistemas e procedementos innovadores en seguridade de pacientes.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de sistemas e procedementos innovadores en seguridade de pacientes.
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Cada dous anos
BIBLIOGRAFÍA	

Datos de Identificación	
ESTRATEGIA 14	Estrategia 14. Investigación e innovación en seguridade do paciente
OBXECTIVO 2	Obxectivo 2.- Potenciar a xestión innovadora da seguridade do paciente na organización, favorecendo e potenciando o uso de novas tecnoloxías e a súa aplicación na mellora da seguridade do paciente. 14.2.3 Foméntase a obtención de patentes dos sistemas e/ou tecnoloxías relacionados coa prevención de riscos e erros.

INDICADOR 14.2.3.1. 	
NOME DO INDICADOR	Existencia dun rexistro de patentes en relación con sistemas e/ou tecnoloxías sobre prevención de riscos e erros.
XUSTIFICACIÓN	
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Dicotómico s/n
EXCLUSIÓNS / OBSERVACIÓNS	
FONTES DE DATOS	
PERIODICIDADE DA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	



Servizo Galego
de Saúde



Xerencia
Servizo Galego de Saúde

Programa

02

C



XUNTA
DE GALICIA