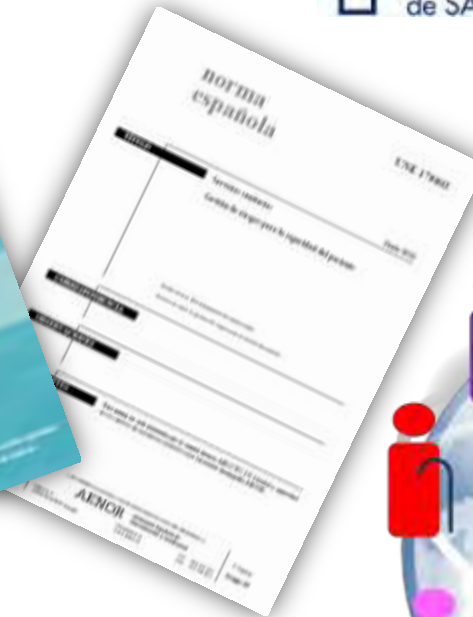




IMPLANTACIÓN EN GALICIA DE LA NORMA UNE 179003. SERVICIOS SANITARIOS. GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

M^a Dolores Martín Rodríguez
Servicio de Sistemas de Calidad y Mejora Continua
Subdirección General de Atención al Ciudadano y Calidad. SERGAS
Lola.martin.rodriguez@sergas.es



ESTRATEGIA SERGAS 2014

OBXECTIVO 2

Garantir a prestación de servizos no lugar e momento adecuados, cos niveis de calidade e seguridade comprometidos

2.6.

Política de calidade e seguridade do paciente

OBXECTIVO XERAL

Desenvolver un modelo corporativo de xestión integrada da calidade, tendo a excelencia como obxectivo e estendendo a filosofía de mellora continua, de transparencia e de comparación a todos os centros e profesionais.

Fomentar a cultura da seguridade clínica na actividade diaria dos profesionais, implantando prácticas seguras que reduzan a incidencia de eventos adversos.

ELEMENTOS CLAVE E IMPLICACIÓNS:

- Na área de calidade e excelencia, estenderase a todos os centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde o modelo de xestión integrada de calidade corporativa, no que se considere a mellora da calidade asistencial, medioambiental e de riscos, coas seguintes actuacións:
 - Apoiar e impulsar o desenvolvemento dos plans de calidade dos centros e servizos sanitarios.
 - Implantar e avaliar o modelo de xestión por procesos: procesos asistenciais integrados (ou procesos clave), procesos estratéxicos e procesos de apoio.
 - Desenvolver o sistema de avaliación da calidade de centros, servizos e unidades, potenciando a autoavaliación, a mellora continua e o recoñecemento.
 - Xeneralizar o uso de normas e estándares internacionais de calidade para a xestión e avaliación dos procesos.
 - Implantar sistemas internacionais de xestión da calidade nos procesos e servizos que se considere.
- Na área de seguridade clínica, implica eliminar ou reducir os riscos, así como os efectos adversos relacionados coa asistencia en todos os centros sanitarios de atención primaria e atención especializada. Implantaranse unidades funcionais de seguridade de pacientes e xestión de riscos e
 - **Implantar a Norma de Xestión de Riscos Clínicos.**
 Desenvolver e implantar un sistema de monitorización, medición e notificación.
 - Reducir a incidencia de eventos adversos ligados á asistencia sanitaria e ao uso de medicamentos, coas seguintes iniciativas:
 - Prevención da infección nosocomial (Hixiene de Mans e Bacteremia 0).
 - Diminución do consumo de antibióticos.
 - Ampliación dos sistemas de identificación de pacientes que permitan a trazabilidade destes durante o seu paso polos centros sanitarios.
 - Prevención de eventos adversos no uso de medicamentos de alto risco.
 - Mellora da atención ao paciente maior polimedicado.
 - Prevención de eventos adversos en anestesia e cirurxía.
 - Prevención de caídas e úlceras nos pacientes.
 - Mellora da comunicación interprofesional relacionada coa continuidade da atención.
 - Adoptar os obxectivos de seguridade do paciente procedentes de organismos nacionais e internacionais.
 - Fomentar as mellores prácticas.

QUÉ NOS APORTA UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS

GESTIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES ORIENTADA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ENFOQUE PROACTIVO, PREVENTIVO Y SISTEMÁTICO ANTE LOS RIESGOS CLÍNICOS

IDENTIFICAR

Qué hacemos, cómo lo hacemos y qué riesgos derivan

TRATAR y CONTROLAR

Priorización de actuaciones y recursos



ANALIZAR

Qué factores contribuyen y qué consecuencias pueden derivar

EVALUAR

Comparación con criterios de aceptabilidad determinados

REFUERZO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Desarrollo del contenido de la norma

4.2 Liderazgo de la alta dirección en la gestión de riesgos

4.4 Política de la Gestión de Riesgos
4.5 Criterios para la evaluación del riesgo
4.6 Responsabilidad y autoridad en la gestión de riesgos
4.7 Asignación de recursos
4.8 Sistema de comunicación y notificación
4.10 Documentación y registro del sistema de gestión de riesgos

4.13 Mejora continua del sistema de gestión de riesgos

4.12 Auditorías del sistema de gestión de riesgos

4.11 Verificación y revisión del sistema de Gestión de Riesgos

4.9 Plan para la Gestión de Riesgos

CLIENTE

PLANIFICACIÓN

GESTIÓN

PROCESOS

MEDIDAS Y MEJORA

RESULTADOS

NECESIDADES

5. PROCESOS EN LA GESTIÓN DE RIESGOS

Liderazgo de la alta dirección en la G.R.



Metodología para la Implantación

ESTRATEGIA SERGAS 2014

- Presentación a los Equipos Directivos de las Gerencias Hospitalares y A.P.
- Compromiso Inicial para Implantar **Norma 179003: 2010** de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente.

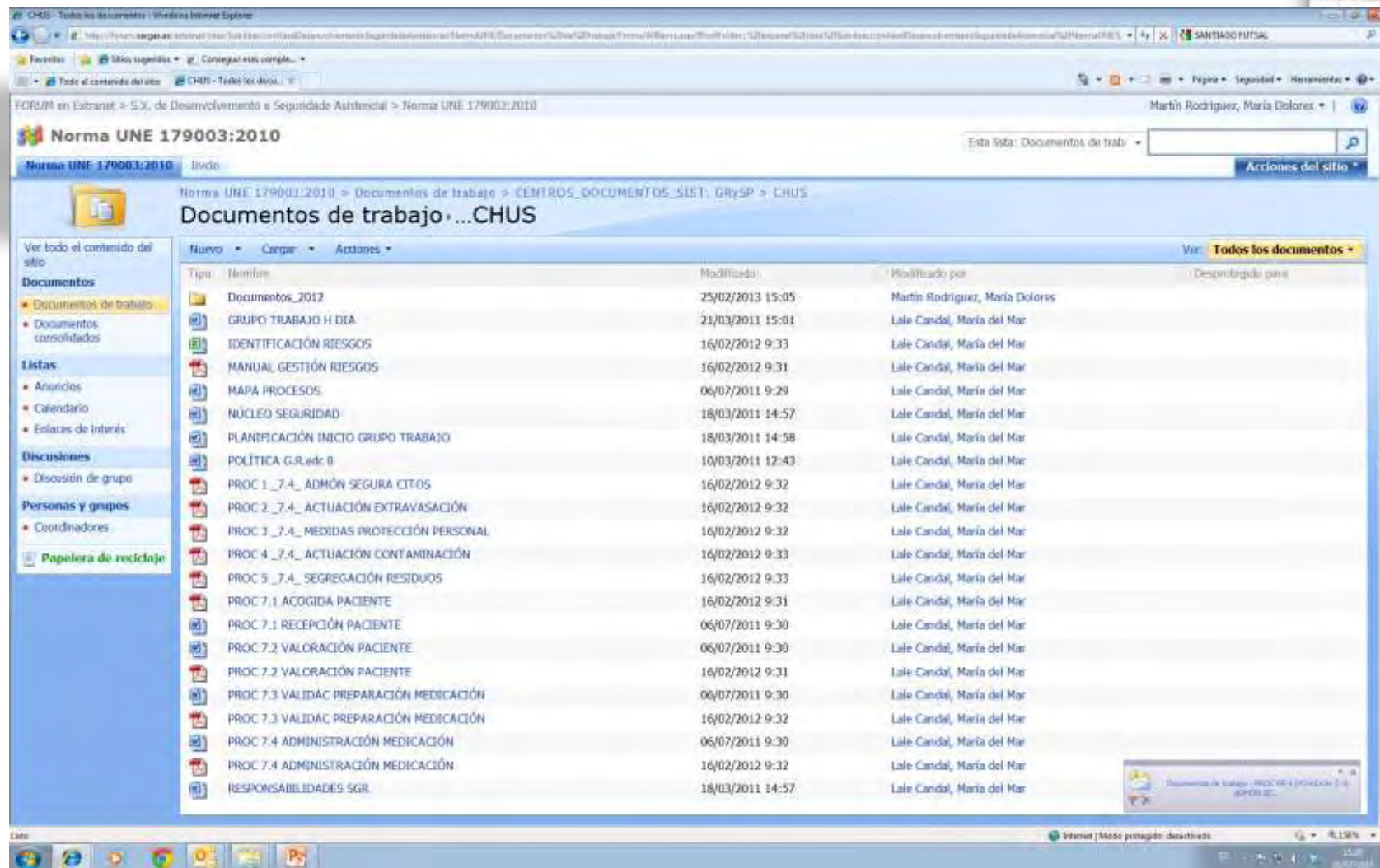
Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para la implantación de la Norma UNE 179003 integrado por 15 profesionales de 9 centros con formación en gestión de la calidad.

→ CHUAC
→ XAP A CORUÑA
→ H. V. XUNQUEIRA
→ CHUS
→ H. SALNÉS

→ CHOU
→ H. BARBANZA
→ H. LUCUS AUGUSTI
→ H. POVISA



Metodología para la Implantación



CHUS - Todos los documentos - Windows Internet Explorer

http://forum.sergas.es/extranet/sites/SubdireccionXeralDesenvolvementoSeguridadeAsistencial/NormaUNE/default.aspx

Foro en Extranet > S.X. de Desenvolvemento e Seguridade Asistencial > Norma UNE 179003:2010

Norma UNE 179003:2010

Esta lista: Documentos de trabo

Acciones del sitio

Norma UNE 179003:2010 > Documentos de trabo > CENTROS_DOCUMENTOS_SIST. GRySP > CHUS

Documentos de trabo...CHUS

Ver todo el contenido del sitio

Documentos

- Documentos de trabo
- Documentos consolidados

Listas

- Anuncios
- Calendario
- Enlaces de interés

Discusiones

- Discusión de grupo

Personas y grupos

- Coordinadores

Papelera de reciclaje

Nuevo	Cargar	Acciones	Ver: Todos los documentos
Tipos	Nombre	Modificado	Modificado por
	Documentos_2012	25/02/2013 15:05	Martín Rodríguez, María Dolores
	GRUPO TRABAJO H.DEA	21/03/2011 15:01	Lale Candal, María del Mar
	IDENTIFICACIÓN RIESGOS	16/02/2012 9:33	Lale Candal, María del Mar
	MANUAL GESTIÓN RIESGOS	16/02/2012 9:31	Lale Candal, María del Mar
	MAPA PROCESOS	06/07/2011 9:29	Lale Candal, María del Mar
	NÚCLEO SEGURIDAD	18/03/2011 14:57	Lale Candal, María del Mar
	PLANIFICACIÓN INICIO GRUPO TRABAJO	18/03/2011 14:58	Lale Candal, María del Mar
	POLÍTICA G.R.de 0	10/03/2011 12:43	Lale Candal, María del Mar
	PROC 1_7.4_ ADMÓN SEGURA CITOS	16/02/2012 9:32	Lale Candal, María del Mar
	PROC 2_7.4_ ACTUACIÓN EXTRAVASACIÓN	16/02/2012 9:32	Lale Candal, María del Mar
	PROC 3_7.4_ MEDIDAS PROTECCIÓN PERSONAL	16/02/2012 9:32	Lale Candal, María del Mar
	PROC 4_7.4_ ACTUACIÓN CONTAMINACIÓN	16/02/2012 9:33	Lale Candal, María del Mar
	PROC 5_7.4_ SEGREGACIÓN RESIDUOS	16/02/2012 9:33	Lale Candal, María del Mar
	PROC 7.1 ACOGIDA PACIENTE	16/02/2012 9:31	Lale Candal, María del Mar
	PROC 7.1 RECEPCIÓN PACIENTE	06/07/2011 9:30	Lale Candal, María del Mar
	PROC 7.2 VALORACIÓN PACIENTE	06/07/2011 9:30	Lale Candal, María del Mar
	PROC 7.2 VALORACIÓN PACIENTE	16/02/2012 9:31	Lale Candal, María del Mar
	PROC 7.3 VALIDAC PREPARACIÓN MEDICACIÓN	06/07/2011 9:30	Lale Candal, María del Mar
	PROC 7.3 VALIDAC PREPARACIÓN MEDICACIÓN	16/02/2012 9:32	Lale Candal, María del Mar
	PROC 7.4 ADMINISTRACIÓN MEDICACIÓN	06/07/2011 9:30	Lale Candal, María del Mar
	PROC 7.4 ADMINISTRACIÓN MEDICACIÓN	16/02/2012 9:32	Lale Candal, María del Mar
	RESPONSABILIDADES SGR	18/03/2011 14:57	Lale Candal, María del Mar

Internet | Modo protección desactivado

<http://forum.sergas.es/extranet/sites/SubdireccionXeralDesenvolvementoSeguridadeAsistencial/NormaUNE/default.aspx>

Formación

Formación de los miembros del grupo en los contenidos, requisitos de la norma y herramientas para la gestión de riesgos por un experto externo:

- 3 talleres 16 h en 2010

- 5 talleres de 5 h en 2011.



CONTENIDOS DOCENTES

TG1	Definición del Alcance del SGR en las unidades elegidas por cada grupo de trabajo, así como el Tipo de Riesgos que se van a gestionar.
TG2	Elaboración de los objetivos de la Gestión de Riesgos
TG3	Elaboración de la Política de la Gestión de Riesgos en la organización.
TG4	Elaboración de los Criterios para la Evaluación de Riesgos .
TG5	Definición de la estructura de la responsabilidad y la autoridad en
TG6	Elaboración de indicadores de seguridad para el seguimiento y la vigilancia de los riesgos en las unidades asistenciales.
TG7	Elaboración de un Plan de Formación para la mejora de la cultura de SP.
TG8	Identificación del mapa de procesos del centro o unidad asistencial.
TG9	Definición del campo de análisis en el que se van a identificar los peligros .
TG10	Identificación de las causas y las posibles consecuencias de los peligros que pueden existir en el proceso, actividad, o áreas seleccionadas.
TG11	Identificación de los controles en el proceso, actividad, o áreas seleccionadas
TG12	Escalas para determinar el nivel de gravedad de consecuencias, frecuencia de ocurrencia , nivel de riesgo y criticidad .
TG13	Revisión de los criterios de evaluación y acciones en la fase de evaluación de riesgos. Aceptabilidad del Riesgo .
TG14	Revisión de un plan de tratamiento .
TG15	Planificación de la implantación de un plan de tratamiento .





Metodología para la Implantación

4. Creación de un grupo de trabajo MULTIDISCIPLINAR en el centro.



- ✗ Médico especialista oncóloga: **Dra. Francisca Vázquez Rivera.**
- ✗ Médico especialista hematólogo: **Dr. Manuel Pérez Encinas**
- ✗ Farmacéutica especialista oncológica: **Dra. M^a Jesús Lamas Díaz**
- ✗ Supervisora de Enfermería: **Dña. Ana Castro Giadáns**
- ✗ DUE: **D. José Ramón Magariños Iglesias**
- ✗ Auxiliar de enfermería: **Dña. Dolores Souto Bendaña**
- ✗ Celadora: **Dña. Carmen Regos Barrio**
- ✗ Auxiliar administrativo: **Dña. M^a Jesús Filloy Fernández**
- ✗ Técnico de calidad: **Dña. Mar Lale Candal**
- ✗ Subdirectora Procesos Asistenciales de Soporte: **Dra. Mar Vázquez Salvado**

Metodología para la Implantación

Grupo de Trabajo Multidisciplinar



4.8 Sistemas de comunicación y notificación

4.8.1 Comunicación y notificación interna

- Mecanismos de comunicación interna.
- Mecanismos de notificación.
- Asegurar que la información relevante de la aplicación de la G.R. está disponible para los niveles apropiados en la organización.
- Retroalimentación a los profesionales implicados

Sistema de Notificación
y Aprendizaje para la
Seguridad del Paciente

INICIO

CUESTIONARIO DE NOTIFICACIÓN

INFORMACIÓN

AYUDA

Noticias

Bibliografía y recursos

Análisis Causa Raíz (ACR)

Análisis Causa Raíz de incidentes

El análisis de los incidentes notificados, se lleva a cabo internamente en el centro. Los centros elaboran y difunden para informar sobre las notificaciones las iniciativas de mejora implementadas. Los centros elaboran y difunden informes de datos recibidos en el conjunto de los centros.

Además de este análisis local, queremos compartir información entre distintos centros sobre los incidentes realizados y las mejoras propuestas a partir de los recursos comunes para promover la seguridad del paciente.

A continuación se incluye una serie de incidentes y eventos adversos notificados, que se comparten de forma voluntaria por los centros que han eliminado cualquier dato que pudiera implicar a un paciente o a un profesional implicados en el incidente y su análisis relacionado con la fecha en que ocurrió.

Código Notificación: 11396918

Fecha Notificación: 15-12-2009

[VER GLOSARIO](#)

INCIDENTE (I)

INCIDENTE (II)

PACIENTE

FACTORES
CONTRIBUYENTES

MEASURAS DE REDUCCIÓN
DEL RIESGO

FINALIZAR NOTIFICACIÓN

CONTINUAR EN OTRO
MOMENTO

INCIDENTE (II)

Características del incidente

Dónde ocurrió

Tipo de centro

Hospital

Unidad o servicio

Unidades de hospitalización

Médicas

Especialidad (Seleccionar una opción)

Cuándo

Fecha en que ocurrió el incidente

Día Mes Año

Hora en que ocurrió el incidente

☐ Hora exacta

☒ Franja horaria (si no sabe la hora exacta)

☐ Hora desconocida

Franja horaria (Seleccionar una opción)

Personas relacionadas con el incidente

Estrategias de retroalimentación



- Intranet corporativa
- Boletines informativos
- Análisis Causa Raíz
- Sesiones formativas
- Sesiones clínicas
- Reuniones periódicas Gestores SiNASP
- Reuniones periódicas Núcleos de Seguridad
- Reuniones periódicas grupos de trabajo G.R.
- Reuniones periódicas Equipos Directivos
- Jornadas Gallegas de Calidad y Seguridad

4.8 Sistemas de comunicación y notificación

4.8.2 Comunicación y notificación externa

- Comunicación con los grupos de interés en caso de una crisis o de una contingencia.
- Involucrar a los Grupos de Interés y asegurar intercambio de información.
- La provisión de información interna y externa de acuerdo con los requisitos gubernamentales, legales o reglamentarios y corporativos.



Consello Asesor de Pacientes

Creado en la Escuela Gallega de
Salud para Ciudadáns

Órgano consultivo y estrutura
permanente de la Escuela

Canal para escuchar su voz, para
mejorar la calidad e seguridad
de los pacientes, incrementar
sus niveles de participación y
hacerles llegar la información
necesaria para la toma de
decisiones y otras informacione
do su interés



Diario Oficial de Galicia

DOG Núm. 176

Mércores, 14 de setembro de 2011

Páx. 26875

I DISPOSICIÓNS XERAIS

CONSELLERÍA DE SANIDADE

ORDE do 22 de agosto de 2011 pola que se crea o Consello Asesor de Pacien-
tes.

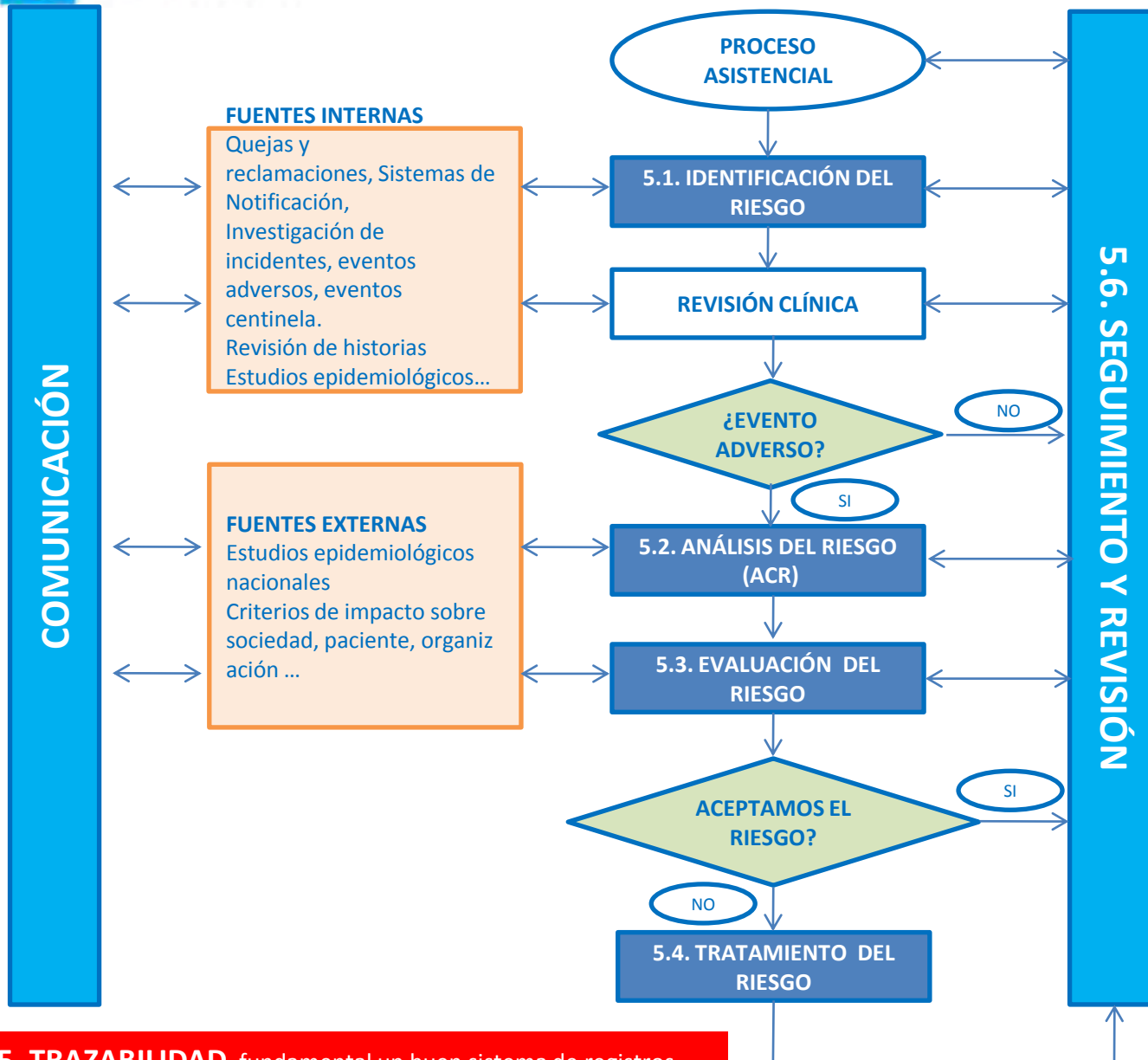
A participación dos cidadáns na xestión do Sistema Público de Saúde de Galicia consti-
túe, ademais dun valor social, un instrumento de cooperación e información para a mellora
da saúde e do benestar da cidadanía.



GUIA DE RECOMENDACIONES PARA LA GESTIÓN DE EVENTOS CENTINELA Y
EVENTOS ADVERSOS GRAVES EN LOS CENTROS SANITARIOS DEL SISTEMA
GALEGO DE SAÚDE

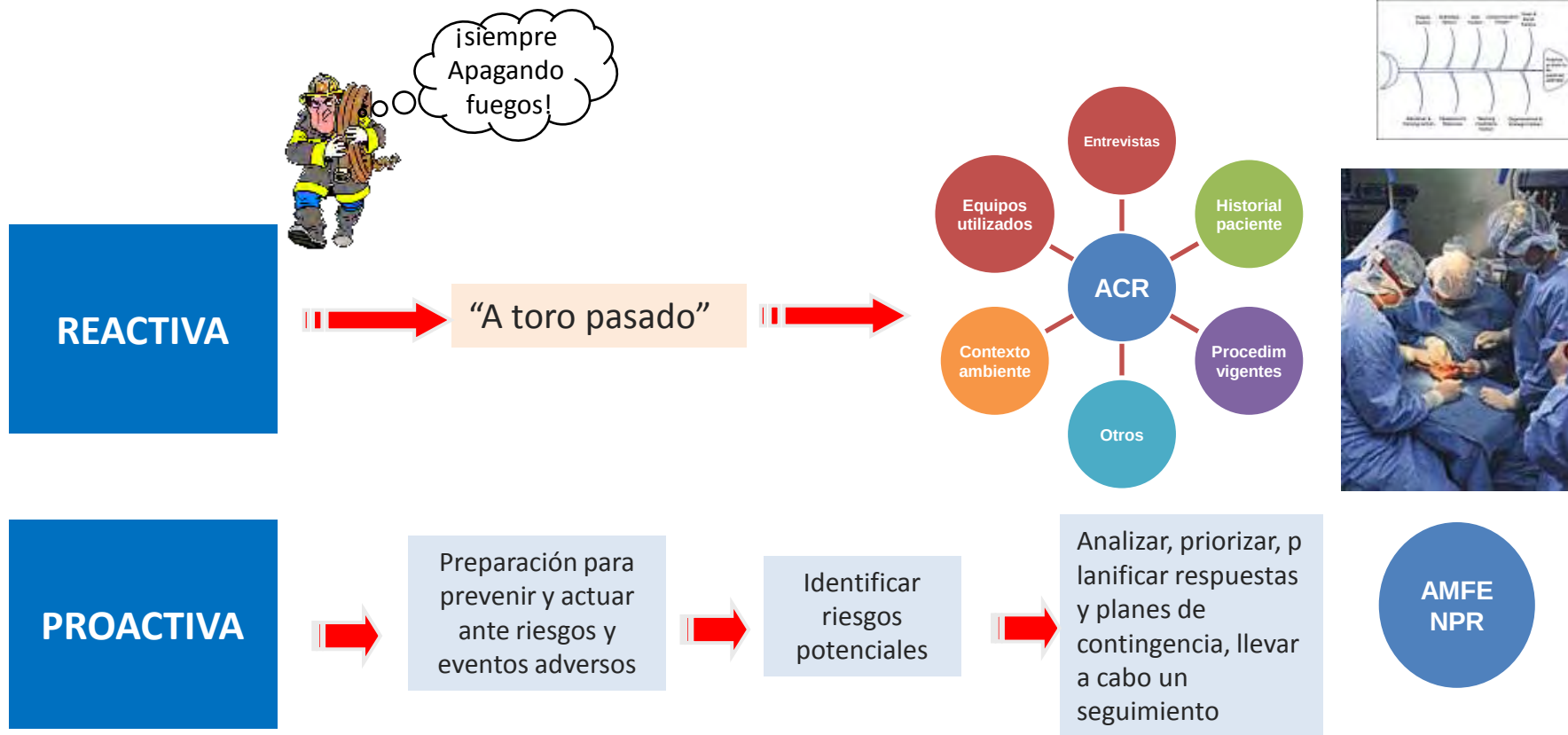
(Revisión de Septiembre de 2012)





5.1 Identificación de los Riesgos

Implica examinar todas las posibles fuentes de riesgo en una organización. El resultado es una **LISTA DE RIESGOS y LISTA de EVENTOS CENTINELA**



HOSPITAL DE DÍA DE ONCOHEMATOLOGÍA
MAPA DE PROCESOS

PROCESOS ESTRATÉGICOS

PLANIFICACIÓN DE
SERVICIOS

REVISIÓN Y MEJORA
DEL SISTEMA



PROCESOS OPERATIVOS

**ACOGIDA DEL
PACIENTE**

**VALORACIÓN
DEL PACIENTE Y
PRESCRIPCIÓN
DE MEDICACIÓN**

**VALIDACIÓN Y
PREPARACIÓN DE
CITOSTÁTICOS
ENDOVENOSOS**

**ADMINISTRACIÓN
DE CITOSTÁTICOS
ENDOVENOSOS**



PROCESOS DE APOYO

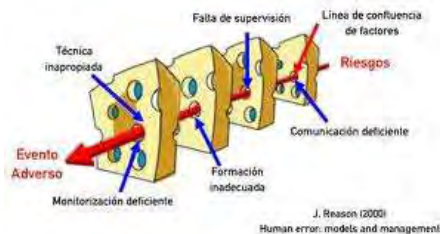
GESTIÓN RECURSOS
HUMANOS

SERVICIOS CENTRALES
Laboratorio
Radiodiagnóstico
Farmacia
Medicina Nuclear

LIMPIEZA Y GESTIÓN DE
RESIDUOS

GESTIÓN DE
SUMINISTROS

Identificación de los Riesgos



5.1 Identificación de los Riesgos

PROCESO	ACCIONES	RIESGOS POTENCIALES	FACTORES	VALOR FRECUENCIA	VALOR GRAVEDAD	PUNTOS DE CONTROL EXISTENTES	
Administración de citostáticos por vía intravenosa	Recepción de medicación en sala de tratamiento: comprobación de concordancia identidad del paciente/ etiqueta de producto/ hoja de administración	Incorrecta identificación del tratamiento en recepción en sala de tratamiento: asignación incorrecta hoja de administración/ tratamiento	Humano	4	3	Posteriores comprobaciones previas a administración	
	Acogida del paciente: identificación del paciente, ubicación en puesto de tratamiento y registro de recepción	Incorrecta identificación del paciente en sala de tratamiento		1	3		
		Incorrecta asignación de puesto de tratamiento/ paciente en aplicación informática		3	1		
	Antes de inicio de administración de tratamiento, comprobación identidad	Error en comprobación hoja de					
	ESCALAS						
	FRECUENCIA	1	Raro				
		2	Improbable				
		3	Posible				
		4	Probable				
		5	Casi cierto				
	GRAVEDAD	5	Catastrófico: muerte/ daños múltiples severos y permanentes				
		4	Muy grave: daño grave o discapacidad permanente				
		3	Grave: ingreso hospitalario/ prolongación de hospitalización/ incapacidad transitoria				
		2	Bajo: daño que requiere tratamiento médico				
		1	Insignificante: ayuda puntual, sin secuelas				
		Empleo de sistema de infusión de medicación inadecuado (fotosensibilidad...)		1	3		

5.1 Identificación de los Riesgos

EVENTOS CENTINELA SERVICIO DE HEMODIÁLISIS

Relacionados con el proceso de acogida.

1. Identificación errónea del paciente al alta en el servicio de hemodiálisis.

Relacionados con productos sanitarios.

2. La muerte o incapacidad grave asociadas al uso de medicamentos, aparatos o productos biológicos contaminados que proporciona el centro sanitario.
3. La muerte o incapacidad grave asociadas con embolia intravascular gaseosa, estando bajo los cuidados del centro sanitario.

Eventos relacionados con el tratamiento.

4. La muerte o incapacidad asociadas con un error de medicación (ej. Errores en relación a la medicación errónea, momento erróneo, proporción errónea, preparación errónea o ruta de administración errónea).
5. La muerte o incapacidad grave asociadas con la reacción hemolítica a causa de la administración de sangre o productos sanguíneos ABO/HLA incompatibles.
6. La muerte o incapacidad grave asociadas con la hipoglucemia que comienza cuando uno está bajo los cuidados del centro sanitario.

Eventos relacionados con el entorno.

7. La muerte o incapacidad grave asociadas con el uso de sujeciones o barandillas, estando bajo los cuidados del centro sanitario.



5.2 Análisis de Riesgos

El resultado del análisis de riesgo, es un **DATO CUALITATIVO, CUANTITATIVO O MIXTO**, del **NIVEL DE RIESGO**, frente a lo establecido previamente por la organización

Para analizar un riesgo deberíamos poder contestar las siguientes preguntas:

- Cuál es la **probabilidad** de que suceda un riesgo
- Cuáles son las **consecuencias** potenciales en el caso de que el riesgo se presente: Impacto / **Gravedad**
- Con qué **fiabilidad** podemos calcular la probabilidad o las consecuencias
- Cuáles son los **sistemas de control** actuales que permitirían prevenir, detectar o reducir las consecuencias de los riesgos potenciales: **probabilidad de detección**
- Qué **factores incrementan o reducen** el riesgo

5.3 Evaluación del Riesgo

FINALIDAD

DETERMINAR si un riesgo es **ACEPTABLE o INACEPTABLE** para posteriormente **DECIDIR SI TRATARLO O NO** y con qué **PRIORIDAD**.

En la evaluación comparamos el riesgo encontrado con los criterios establecidos por la organización

Los criterios para evaluar un riesgo pueden incluir:

los costes y los beneficios, los requisitos legales, los aspectos socioeconómicos y medioambientales, las prioridades, las opiniones de los grupos de interés y cualquier otro factor que la organización considera importante para la valoración.

4.5 Criterios para la evaluación del riesgo

DETECCIÓN	VALOR	EVALUACIÓN				
SIEMPRE 1	1/10 A. Casi cierto 9-10	RIESGO ALTO La dirección debe actuar en su resolución	RIESGO ALTO	RIESGO EXTREMO Requiere una acción inmediata	RIESGO EXTREMO	RIESGO EXTREMO
MODERADO 2-3	1/100 B. Probable 7-8	RIESGO MODERADO Se deben determinar responsabilidades para su resolución	RIESGO ALTO	RIESGO ALTO	RIESGO EXTREMO	RIESGO EXTREMO
ALGUNAS VECES 4-6	1/1000 C. Posible 4-6	RIESGO BAJO Se gestiona con los procedimientos habituales	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO	RIESGO EXTREMO	RIESGO EXTREMO
CASI SIEMPRE 7-8	1/10 000 D. Improbable 2-3	RIESGO BAJO	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO	RIESGO EXTREMO
NUNCA 9-10	1/100 000 E. Raro 1	RIESGO BAJO	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO	RIESGO ALTO
	GRAVEDAD DE LAS CONSECUENCIAS	INSIGNIFICANTE 1	BAJA GRAVEDAD 2-3	GRAVE 4-6	MUY GRAVE 7-8	CATÁSTROFICO 9-10
	DESCRIPCIÓN	Requiere ayuda sin secuelas No tiene interés	Daño que requiere tto médico Interés local en prensa	Ingreso no previsto, readmisión o prolongación de la estancia Interés mediático local	Daño grave o incapacidad permanente Interés mediático nacional	Muerte Reputación muy dañada

4.5 Criterios para la evaluación del riesgo

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE)

PROCESO	PELIGRO	RIESGO	CAUSA	P. ocurrencia	Severidad	Detección	IR	Acción correctiva	P. ocurrencia	Severidad	Detección	IR
esterilidad en quirófano	CONTAMINACIÓN	INFECCIÓN	Proceso de esterilización incorrecto	3	7	10	210	Control con indicadores bilógicos, calibración , mantenimiento	1	7	10	70
			Esterilización no validada	7	7	10	490	Validar y revalidar	1	7	10	70
			Falta de sellado en el sobre	5	7	6	210	Control estanqueidad	2	7	2	28
			Bioburden elevado	6	6	10	360	Aislamiento, limpieza, mantenimiento maquina	2	6	10	120
			Conservación inadecuada	5	7	10	360	Control etiquetado	1	7	10	70
SEVERIDAD Despreciable=1 Marginal=2-3 Crítico=4-6 Grave=7-8 Catastrófico=9-10		OCURENCIA Improbable=1 Remota=2-3 Ocasional=4-6 Probable=7-8 Frecuente=9-10			DETECCIÓN Siempre=1 Moderado=2-3 Algunas veces=4-6 Poco probable=7-8 Nunca=9-10			LÍMITE DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO QUE NOS HEMOS MARCADO 1000=MÁXIMO 125=CRÍTICO 1=MÍNIMO IR>125 Acción correctiva siempre				

ÍNDICE	VALORACIÓN GRAVEDAD
5	Extremo catastrófico: muerte o discapacidade severa
4	Muy grave: discapacidade permanente no severa, dano emocional permanente. Traslado do paciente de forma urgente ao Hospital de referencia por necesidade de cuidados en UCI (paciente crítico). Necesidade de cuidados intensivos.
3	Grave: Necesidade de ingreso hospitalario. Presencia de incapacidade transitoria.
2	Baja gravedad: require intervención ou tratamento que resulta resolutivo sin necesidade de ingreso.
1	Insignificante: Require intervención no compleja. No deixa secuelas.



ÍNDICE	VALORACIÓN CAPACIDAD DE NO DETECCIÓN
1	Muy escasa u escasa. El defecto es obvio o facilmente detectable. Resulta muy improbable que no sea detectado por los controles existentes o raramente puede escapar a algún control primario, pero sería posteriormente detectado.
2	Moderado-frecuente. El defecto se puede detectar con cierta facilidad, pero que con relativa frecuencia llega al paciente.
3	Elevada-muy elevada. El defecto es de naturaleza tal, que su detección es relativamente improbable o muy dificilmente evitable mediante los procedimientos convencionales de control y ensayo.

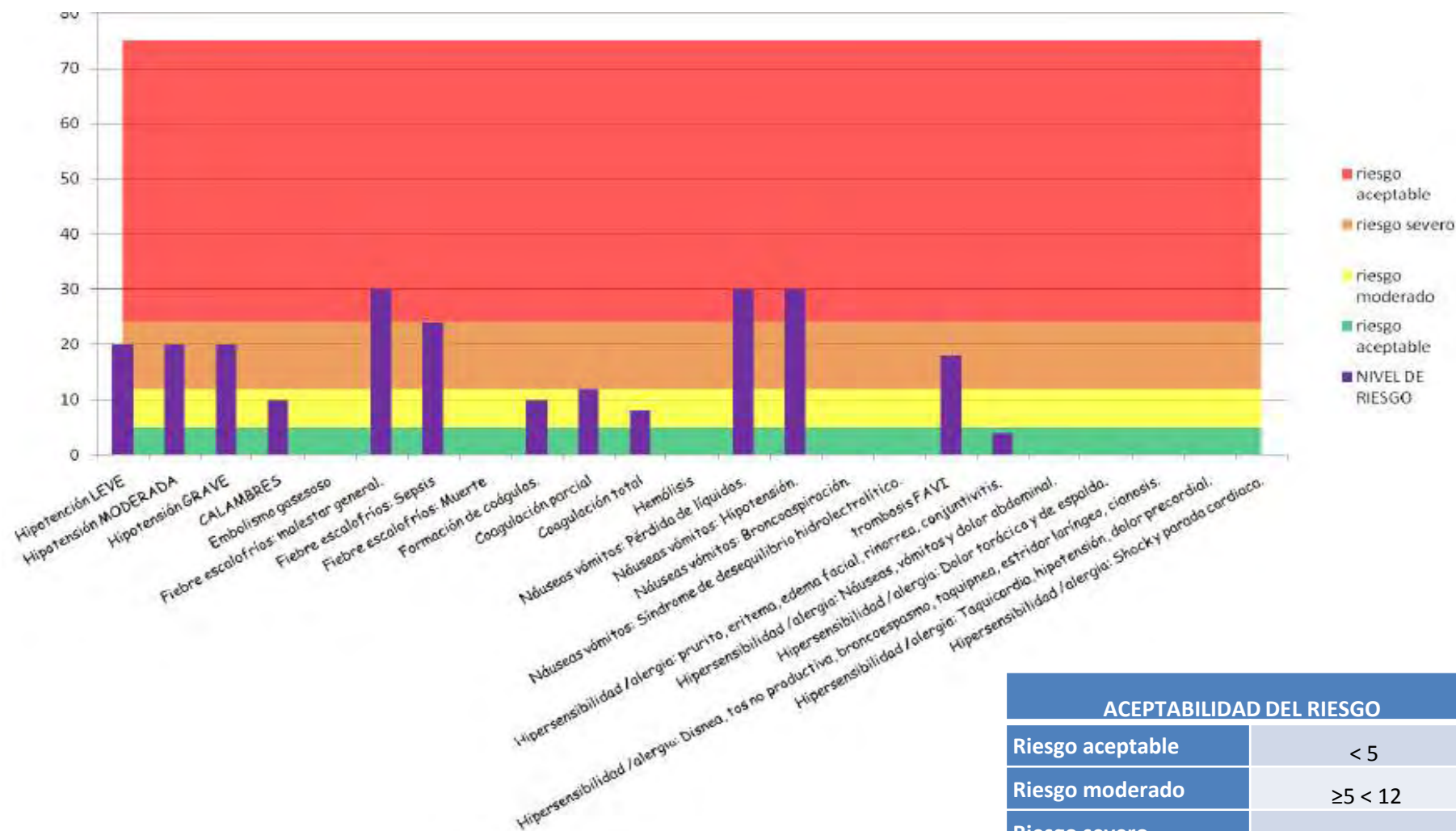
S. DIÁLISIS H. BARBANZA



ÍNDICE	VALORACIÓN PROBABILIDAD
5	Muy probable: ≥ 10 veces en 3744 sesiones/año.
4	Probable: ≥ 3 veces < 10 veces en 3744 sesiones/año.
3	Ocasional: $> 1 < 3$ veces en 3744 sesiones/año.
2	Poco frecuente: 1 caso cada 3744-11232 sesiones/año.
1	Improbable o raro: 1 caso ≤ 18720 sesiones (hasta 5 anos).
0	No hubo casos en el Servicio o, si los hubo, fue hace más de 5 años



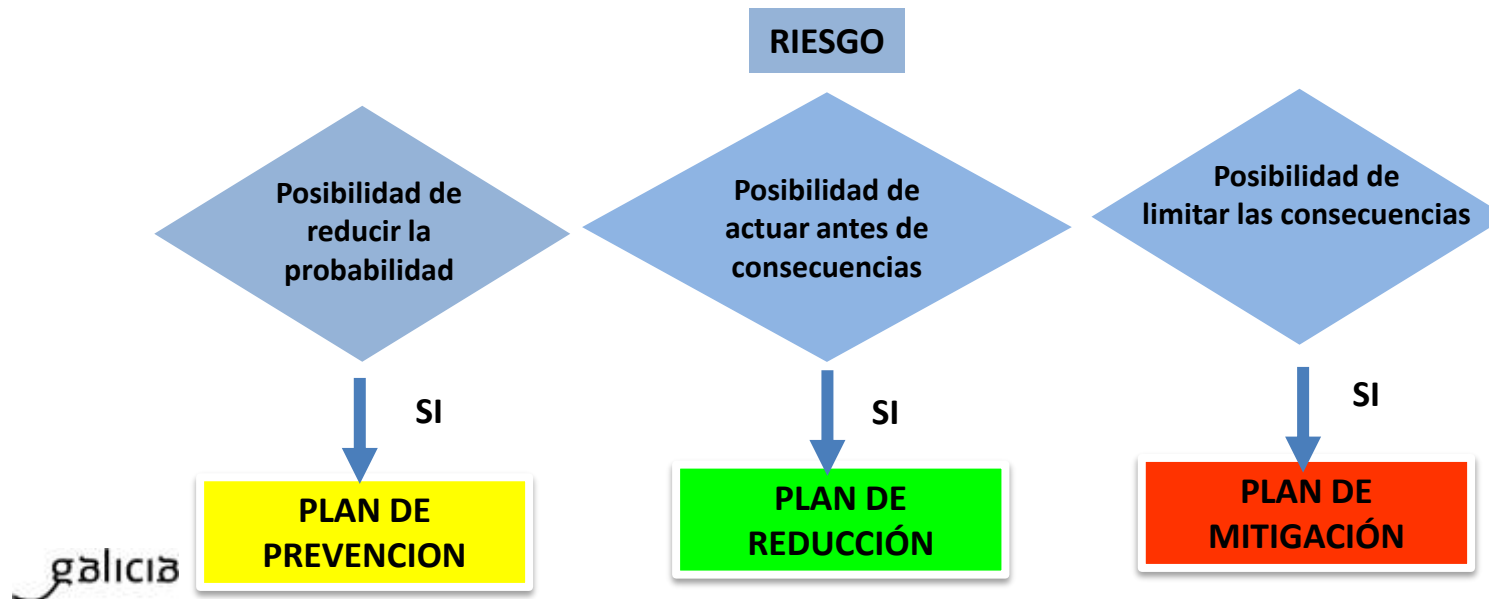
Evaluación Riesgos HD 2011



ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	
Riesgo aceptable	< 5
Riesgo moderado	≥5 < 12
Riesgo severo	≥12 < 24
Riesgo inaceptable	≥24 – 75

5.4 Tratamiento del Riesgo

	EVITABLE	REDUCIBLE	INEVITABLE
INTOLERABLE	PLANES DE PREVENCIÓN Programas prevención transfusiones erróneas Check list pre quirúrgico	PLANES DE REDUCCIÓN Programas de prevención de infecciones asociadas a catéter	PLANES DE MITIGACIÓN
IMPORTANTE			
MODERADO			
BAJO			



Tratamiento del Riesgo HDOH



Relacionadas con los PROCESOS



Monitorización de procesos con indicadores de



Formación en seguridad asistencial y riesgos a todo el personal



Registro/notificación de incidentes adversos



Resultados

Certificación
Año 2011

U. Diálisis.
H. Barbanza



Año 2012-
2013

- H. POVISA. Certificado en octubre 2012
- H. Clínico Universitario Santiago (Hospital de día) . Certificado noviembre 2012.
- H. Barbanza. Laboratorio. Certificado enero 2013
- HULA (Unidad Hosp. oncohematología). Octubre 2012 la 1ª Fase. 2013 2ª Fase
- H. Abente y Lago. A Coruña. (B. Quirúrgico, Radiodiagnóstico, Hospitalización) 2013



FORMACIÓN

- Grupo coordinador 15 profesionales (6 médicos y 8 DUE y 1 Técnico calidad).
- Taller para todos los centros de 8 h. y 2 créditos a 40 alumnos en 2010.
- Taller FEGAS 30 h y 7.2 créditos en 2012. Participación 10 alumnos.
- Colaboración en Acciones Formativas MSSSI:
 - Comunidad de Canarias; Comunidad de Castilla y León
- **Solicitudes de colaboración** en la implantación de la Norma de centros de otras CCAA.
- **Propuestas de modificaciones** en el texto que desarrolla la **Norma** que se han trasladado al **Comité Técnico de AENOR**.
- La certificación conseguida ha tenido gran **impacto en los medios** y el **reconocimiento del Consejo de Gobierno de la Comunidad**.



galicia