



GIPUZKOAKO SENDAGILEEN ELKARGO OFIZIALA  
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GIPUZKOA



# **COLEGIO DE MÉDICOS DE GIPUZKOA**

## **Modelo del Plan del Comité Colegial de Seguridad del Paciente**



GIPUZKOAKO SENDAGILEEN ELKARGO OFIZIALA  
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GIPUZKOA



1. Identificación del centro

NOMBRE DE LA CLINICA	DIRECCION

2. Identificación del Referente de Seguridad.

Salvo que se indique otra cosa, será el responsable asistencial.

Nombre:	Titulación:
---------	-------------

3. Protocolos de seguridad del paciente.

3.1. Identificación inequívoca de cada paciente:

El centro/la consulta tiene definidos procedimientos para asegurar la correcta identificación del/la paciente en todos los actos médicos así como para evitar errores en la gestión de la documentación clínica –en papel o electrónica– (identificación poco clara, insuficiente o errónea de documentos, ubicación en carpeta de otra persona, pérdida de documentación, etc).

Criterios de identificación:

- a) Nombre y apellidos.
- b) Fecha de nacimiento.
- c) Número de identificación.



**GIPUZKOAKO SENDAGILEEN ELKARGO OFIZIALA  
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GIPUZKOA**



El centro/la consulta se procura los medios necesarios para superar eventuales barreras lingüísticas o culturales que dificulten o pongan en riesgo la adecuada comunicación con los y las pacientes.

### 3.2. Continuidad de cuidados y coordinación con otros profesionales

Los/las facultativos suministran a pacientes y/o familiares información sobre el proceso asistencial de forma adaptada a su capacidad de comprensión, suficiente para que puedan participar en el proceso de decisión y en los cuidados, y puedan detectar circunstancias que supongan un riesgo para la seguridad.

Para cada paciente, se cuenta con una historia clínica que incluye a lo largo del tiempo toda la información relevante para el proceso asistencial.

Se dispone de un procedimiento para asegurar, por los canales que se considere oportunos y de acuerdo con pacientes y/o familiares, el acceso sin demora a la información sobre actuaciones relevantes para el proceso asistencial realizadas en otros entornos sanitarios previamente o al mismo tiempo que el proceso asistencial desarrollado en el centro.

Se comprueba que los pacientes y/o familiares comprenden y disponen documentalmente de toda la información que deben transmitir a otros profesionales a los que soliciten asistencia con el fin de evitar errores de esos profesionales por falta de conocimiento de dicha información.

Con el fin de prevenir demoras diagnósticas, se cuenta con mecanismos de seguimiento de las pruebas diagnósticas solicitadas desde su indicación hasta su realización, recepción de resultados y revisión de los mismos, sin esperar al siguiente contacto con el/la paciente. La efectividad de estos mecanismos se monitoriza de forma continuada. Los pacientes y/o familiares son inmediatamente informados sea cual sea el resultado de las pruebas.



**GIPUZKOAKO SENDAGILEEN ELKARGO OFIZIALA  
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GIPUZKOA**



### 3.3. Seguridad en el uso de medicamentos

Se dispone de un procedimiento para asegurar la seguridad en el uso de medicamentos. Se comprueba la comprensión por parte de pacientes y/o familiares de la indicación, dosis y pauta de administración y potenciales efectos adversos de los medicamentos prescritos.

En todos los contactos con el paciente se actualiza la información sobre la medicación que está consumiendo. Se analiza la posible existencia de interacciones o incompatibilidades entre medicamentos prescritos por diferentes facultativos.

Se monitoriza la adherencia a la pauta de medicación prescrita, su efectividad y la eventual aparición de efectos adversos. Los efectos adversos que se identifican se comunican a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco.

### 3.4. Seguridad en el proceso perioperatorio

#### EN LOS CENTROS/CONSULTAS EN LOS QUE SE REALIZA CIRUGÍA MENOR:

Cuando se anestesia o se realizan procedimientos de sedación, el/la paciente está permanentemente acompañado.

Cuando se despide al paciente se valora si está en condiciones de desenvolverse sin ayuda y se gestiona el soporte que necesite en caso de que no sea así.

Se comunica por escrito y con claridad las pautas postoperatorias a seguir así como la medicación a tomar, en su caso, y su posología. Se informa al paciente sobre el teléfono al que recurrir en caso de necesidad, incluyendo fines de semana y festivos.

El desfibrilador y el equipo de reanimación están actualizados y fácilmente accesibles.



GIPUZKOAKO SENDAGILEEN ELKARGO OFIZIALA  
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GIPUZKOA



El centro/la consulta tiene procedimientos para asegurar que toda la información relevante para la intervención es recibida en el centro donde se va realizar y por todos los profesionales que deben conocerla

Consentimiento informado del paciente previo a procesos o procedimientos a realizar.

### 3.5. Minimización del riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria

El centro/la consulta tiene establecidas para todo su personal pautas de limpieza de manos con el fin de minimizar en pacientes y profesionales el riesgo de infecciones asociadas con el proceso de atención.

#### **Si procede:**

Se utiliza instrumental desechable.

Ó

El instrumental que lo requiere se desinfecta o esteriliza antes de ser utilizado con cada paciente. Se dispone de un procedimiento escrito de desinfección y/o esterilización y se hace mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de esterilización. Se utiliza un procedimiento de control de calidad en todos los ciclos de esterilización. Se dispone de un protocolo escrito de limpieza y desinfección.

### 3.6. Minimización del riesgo de lesiones por caídas

Existe una adecuada iluminación, mobiliario y condiciones de suelos que minimizan la posibilidad de caídas.

Cada centro identificará los posibles riesgos de caídas; en los supuestos que corresponda se tendrá en cuenta la medicación administrada a los pacientes.



GIPUZKOAKO SENDAGILEEN ELKARGO OFIZIALA  
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GIPUZKOA



### 3.7. Seguridad radiológica y otra tecnología médica (si procede)

Se cuenta con la documentación y medios de protección exigidos por la normativa de protección radiológica, y los equipos de rayos X pasan los controles que establece dicha normativa.

Todos los equipamientos tecnológicos del centro se inspeccionan y se someten a un mantenimiento periódico, documentándose los resultados.

### 4. Todos los protocolos cuentan con un procedimiento para la identificación y análisis de incidentes de seguridad.

Notificación de incidentes.

### 5. Plan de formación en seguridad:

El referente de seguridad del centro forma/informa al personal del centro en los protocolos anteriormente mencionados y, en su caso, sobre temas de interés que le traslade el Comité Colegial.

### 7. Programa anual de acciones previstas y su evaluación.

Los programas anuales de acciones para la seguridad se orientan a la revisión de los protocolos y la efectividad de sus procedimientos, análisis de los resultados obtenidos y la adopción de pautas de mejora cuando procede. La efectividad de los protocolos se asegura mediante listados de verificación, reportes de incidentes o mecanismos de transferencia de información de manera estructurada.

Evaluación anual del plan de seguridad.

Memoria anual.