

**HERRAMIENTAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA  
INSTITUCION PRIVADA DE SALUD MENTAL. POPAYAN 2013**

**JUAN CARLOS RESTREPO BASTIDAS  
LUISA MARIA BARRERA SAAVEDRA  
CLAUDIA MILENA PITTO APIO  
VICKY MARIEN ORDOÑEZ**

**Informe Final de Investigación presentado para validar los créditos de investigación en la  
especialización en auditoria y garantía de la calidad en salud**

**Tutor  
MSc. Gloria Amparo Miranda M.**

**Universidad del Cauca - Universidad EAN  
Escuela de Administración de Negocios  
Facultad de Postgrados  
Especialización en Auditoria y Garantía de la Calidad en Salud  
Popayán  
2012**

Popayán, 25 de octubre de 2013

Doctor  
**JORGE ERNESTO OCHOA MONTES**  
Director Posgrados en Salud  
Universidad EAN  
Ciudad.

Apreciado Doctor:

Comedidamente me permito informarle que una vez hecho el acompañamiento y revisado el Informe Final de Investigación -IFI-, elaborado por **JUAN CARLOS RESTREPO BASTIDAS, LUISA MARIA BARRERA SAAVEDRA; CLAUDIA MILENA PITTO APIO Y VICKY MARIEN ORDOÑEZ**, estudiantes de la especialización "AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA" desarrollado por la Universidad EAN en la ciudad de Popayán titulado: "HERRAMIENTAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA CLÍNICA DE SALUD MENTAL. POPAYAN 2013.", cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y de rigor Investigativo establecidos en la norma ICONTEC y la "Guía estandarizada de Investigación de la EAN" y por lo tanto dicho Informe es **APROBADO.**

Cordialmente,

  
**GLORIA AMPARO MIRANDA MARTINEZ**  
Asesor del Informe Final de Investigación

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCION	7
1. PROBLEMA	8
1.1 Descripción del problema	8
1.2 Planteamiento del problema	13
2. JUSTIFICACION	13
3. OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo general	14
3.2 Objetivos Específicos	14
4. MARCO REFERENCIAL	14
4.1 Seguridad del paciente	14
4.1.1 Clasificación de los eventos en seguridad del paciente	15
4.1.1.1 Evento adverso	15
4.1.1.2 Clasificación del evento adverso	17
4.1.1.3 Error	17
4.1.2 No Intencionalidad	18
4.1.3 Incidencia de Eventos adversos en salud mental	20
4.1.4 Seguridad del paciente y asistencia hospitalaria en unidades de hospitalización Psiquiátrica UHP	20
4.1.4.1 Seguridad estructural en unidades de hospitalización	20
4.1.4.2 Procedimiento asistenciales en unidades de hospitalización	23
4.2 Marco legal	25
4.2.1 Ley 100 de Diciembre 23 1993. El nuevo SGSS fue creado en 1993, mediante ley 100/93	25
4.2.2 Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006	26
4.2.3 Decreto 4747 del 7 de Diciembre de 2007, Ministerio de la Protección Social	27

4.2.4 Resolución Numero 1446 de 2006 (8 de Mayo de 2006)	27
5. METODOLOGIA	28
5.1 Tipo de estudio	28
5.2 Diseño de estudio	29
5.3 Técnicas de información para la recolección de la información	29
5.3.1 Observación directa	29
5.3.2 Instrumento de recolección	29
5.4 Técnica de tabulación y Análisis de resultados	30
5.5 Procedimiento	30
5.6 Aspectos éticos	30
6. Resultados	32
6.1 Condiciones de la institución en torno a Seguridad del paciente	32
6.2 Eventos adversos	35
6.3 Herramientas prácticas para la seguridad del paciente	37
7. Discusión	38
8. Estrategias para disminuir el riesgo de inmovilizaciones	41
9. Conclusiones y Recomendaciones	42
10. Bibliografía	45

## RESUMEN

**Introducción:** La seguridad del paciente en instituciones de Salud Mental es una prioridad en la gestión de calidad, por ello es necesario generar instrumentos que permitan mejorar las condiciones de la población en este aspecto. **Objetivo:** Diseñar herramientas prácticas para la seguridad del paciente en una Institución de Salud Mental de Popayán. **Metodología:** es una investigación de carácter descriptivo, transversal. Se utilizó la observación directa mediante lista de Chequeo tanto de las condiciones institucionales para la seguridad del paciente y se analizaron 120 registros de eventos adversos presentados en la institución en el periodo comprendido entre Julio de 2012 a Junio de 2013. Los datos se analizaron mediante tablas y gráficos realizados con Microsoft Excel 8. **Resultados:** se identificó que factores como: la infraestructura, la fluidez económica, la habilitación de servicios, la cultura de seguridad del paciente, el subregistro en la notificación de los eventos adversos favorece la ocurrencia de estos y no permite una adecuada retroalimentación, hacia el personal de la institución. **Recomendaciones:** Se sugiere adoptar medidas eficaces para minimizar al máximo los posibles fallos en el proceso de atención en salud

### Palabras claves

Seguridad, Salud Mental, eventos adversos

## ABSTRACT

**Introduction:** Patient safety in mental health institutions is a priority in the quality management, so it is necessary to create tools to improve the conditions of the population in this area.

**Objective:** To design practical tools for patient safety in a Popayan Mental Health Institution .

**Methodology:** This is a descriptive, cross sectional study. We used direct observation by Check list as the institutional conditions for patient safety and were analyzed 120 records of adverse events occurred in the institution in the July 2012 to June 2013 period. Data were analyzed using tables and graphics made with Microsoft Excel 8. **Results:** We identified that factors such as infrastructure, economic fluidity, services habilitation, patient safety culture favor the occurrence of adverse events; the underreporting of adverse events stimulate the occurrence of these and does not allow adequate feedback to the institution staff . **Recommendations:** We suggest effective measures to minimize the maximum possible errors in the health care process.

### Keywords

**Safety Mental Health, adverse events.**

## INTRODUCCION

Los usuarios con algún tipo de psicopatología, son vulnerables a numerables riesgos potenciales, por el hecho de sufrir una disminución en sus capacidades cognitivas. Estos riesgos pueden derivarse de su propia conducta, del comportamiento de otros pacientes o de los procedimientos y cuidados que reciben.

La seguridad de los usuarios, entonces es uno de los indicadores de calidad y las instituciones prestadoras de salud en general se han preocupado mucho en los últimos tiempos por la seguridad de sus procedimientos y estructura, así como por la identificación de incidentes y eventos adversos, para interceptarlos cuando ocurren, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o de mitigar sus consecuencias. Sin embargo, no sucede lo mismo con las instituciones de Salud Mental, aunque también adherirse a esta política, pocas se encuentran en este proceso.

El conocimiento de los eventos adversos e incidentes en este campo es de importancia ya que se puede aportar para la reducción de los mismos y generar al interior de estas instituciones la cultura de la seguridad.

Los errores y su incidencia en la calidad redundan en perjuicios para usuarios y profesionales y aumentan los gastos sanitarios, porque es necesario reconocer que la mayoría de estos errores, se relacionan con el entorno asistencial, para ir más allá de un modelo centrado en la depuración de la responsabilidad personal y la negligencia individual, es decir se debe buscar a nivel de la

organización institucional, para evaluar su estructura, identificar falencias e implementar actuaciones de mejora.

En este contexto, la seguridad del paciente se ha convertido en una preocupación prioritaria de los Sistemas de Salud, como una estrategia para evitar los riesgos innecesarios de accidentes y daños causados por eventos adversos durante la prestación del servicio de salud. En la actualidad la Institución de Salud Mental (ISM) objeto del presente trabajo no cuenta con una política de seguridad del paciente a pesar de que sus usuarios tienen un alto riesgo de evento adverso debido a su condición psicopatológica. Lo que se busca con este proyecto es ofrecer unas herramientas prácticas para la seguridad del paciente.

## **1. PROBLEMA**

### **1.1. Descripción del problema**

La problemática de la atención segura del paciente toma relevancia cuando en el año de 1999 el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publica el informe *Errar es humano* y en el año 2001, se crea la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente en Inglaterra, según la cual, uno de cada 10 pacientes a nivel mundial puede sufrir un evento adverso: Sin embargo, los datos de los diferentes sistemas de reporte pueden ser no fiables por el subregistro que se presenta generalmente a causa de la falta conciencia respecto a la

importancia de conocer los eventos adversos para así poder generar estrategias para su prevención.<sup>1</sup>

A nivel nacional, en el año 2008 el Ministerio de la Protección Social crea la Política de Seguridad del Paciente, estableciendo políticas para que la atención en salud garantice la seguridad al usuario, dichas políticas se enmarca dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (habilitación, auditoría acreditación y sistema de información para la calidad), por lo que la presencia de eventos adversos es un indicador de la calidad de la atención brindada que afecta los atributos de ésta, iniciando con la seguridad y continuando como una reacción en cadena con la continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y satisfacción del usuario y grupo familiar.

Con respecto a la Seguridad del paciente aplicada a los servicios de Salud Mental, la información es escasa, sin embargo el reporte de la National Patient Safety Agencia (NHS) y la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (NPSA) en 2006 titulado “Con la seguridad en mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente”, muestra que cada año más de un millón de personas reciben atención de los servicios de salud mental y hay casi 160.000 ingresos en hospitales por enfermedades mentales<sup>2</sup>. En estas instituciones, los usuarios de servicios de salud mental, especialmente agudos, son vulnerables a gran número de riesgos potenciales. A menudo

---

<sup>1</sup> Security Management Service. (2003). Promoting Safer and Therapeutic Services: Implementing the National Syllabus in Mental Health and Learning Disabilities Services. Recuperado de: [www.cfsms.nhs.uk/doc/psts/psts.guidance.pdf](http://www.cfsms.nhs.uk/doc/psts/psts.guidance.pdf)

<sup>2</sup> Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (2006) Con la seguridad en mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. Recuperado de: [www.saferhealthcare.org.uk/IHI/ProgrammesAndEvents/Observatory/](http://www.saferhealthcare.org.uk/IHI/ProgrammesAndEvents/Observatory/)

estos riesgos son derivados de su propio comportamiento o del comportamiento de otros pacientes (por ejemplo autolesiones, agresión o violencia o desinhibición sexual) o son resultado directo de su propia enfermedad mental. También pueden estar relacionados con sus tratamientos o cuidados.

Al respecto, en dicho documento se reporta que los accidentes en los Servicios de Salud Mental son los incidentes más frecuentes en esta población, que incluye en orden de importancia: resbalones, caídas y tropiezos; choque / golpe con un objeto; exposición al frío o calor (incluye fuego); contacto con objetos cortantes (incluye agujas); accidente de tráfico con ambulancia / atropello; exposición a sustancias peligrosas y tratamiento / manejo inadecuado del paciente<sup>3</sup>. Cerca del 95 % de los accidentes de pacientes resultaron sin lesión o fue leve, además cerca del 89% de las caídas no ocurren en presencia del personal u otra persona.

Los incidentes en seguridad del paciente que implican comportamientos agresivos y / o antisocial representan el segundo tipo de incidente más notificado. Suman casi una cuarta parte del total (10.467; 23,4%). Casi todos ellos (9.591; 91,6%) fueron notificados desde unidades de hospitalización. La mayor parte de ellos terminaron sin lesión o fue leve. Había poca información detallada en cómo estos incidentes fueron gestionados. Entre los que proporcionaron esta información encontramos el uso de técnicas de control (23 casos), medicación (7 casos), policía (5 casos) y uso de aislamiento (4 casos). Las drogas y / o el alcohol han sido identificados como

---

<sup>3</sup> Bañeres Joaquim, Cavero Elisa, López Lidia, Orrego Carola, Suñol Rosa (2005). Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Recuperado de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp3.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf)

causas subyacentes del comportamiento agresivo y violento, también pueden interactuar de forma adversa con medicación psicotrópica.

En este grupo se contempla la seguridad sexual, al respecto el informe de la NHS y NPSA, registra la identificación de 122 casos que fueron clasificados como acusaciones de violaciones (19 casos), sexo consentido (20 casos), exhibicionismo (13 casos), insinuaciones sexuales (18 casos), tocamientos (26 casos) y otros incidentes (26 casos). En la mayoría de los casos (114 casos) se clasificaron como incidentes sin daño.

El comportamiento autolesivo es el tercer tipo más común entre los incidentes notificados al NRLS, sumando el 17,3% (7.726 casos) de los incidentes en salud mental. La mayoría de ellos (6.659 casos) fueron notificados desde unidades de hospitalización. La categoría de suicidio y autolesión incluye algunos incidentes donde la autolesión fue intento de suicidio y en otros no. No siempre es posible distinguir estos dos tipos de incidentes. Aunque la autolesión fue la categoría más probable de incidente en seguridad del paciente que terminó en daño severo o muerte, menos del 5% de dichos incidentes acabaron en muerte. Los métodos de autolesión fueron cortes, ligaduras, sobredosis, quemaduras, otros. En 13 de los 165 casos el paciente murió: en un caso el paciente estaba ingresado y en el otro el paciente estaba desaparecido tras una salida del hospital. Las 11 muertes restantes ocurrieron en la comunidad.

Con respecto a los problemas asociados a la medicación, en estos servicios de salud mental se encuentran los mismos tipos de problemas en seguridad del paciente en relación con la medicación que en otras áreas de los cuidados sanitarios. Son errores en prescripción, dispensación o administración de medicamentos que da como resultado que los pacientes tomen

el fármaco o la dosis equivocada. En este punto la medicación psicotrópica fue la droga más asociada con las admisiones médicas a causa de las consecuencias adversas de la medicación y la por medicación anti-psicótica en la que se encontró dos situaciones: uso de medicación para tratar una dolencia para la cual no tiene licencia, por ejemplo en un área sanitaria el 44% de las prescripciones del anti-psicótico olanzapine fueron de este tipo, y en segundo lugar la prescripción de una medicación en una dosis superior al máximo recomendado.

En este apartado más del 64% de los 1.648 incidentes en medicación notificados al NRLS tienen que ver con la administración de medicinas desde un área clínica. El 13% corresponden a la preparación o reparto de medicinas y el 13% a la prescripción. El mayor número de incidentes en la administración refleja el hecho de que son notificados por personal de enfermería y es probable que haya una baja notificación de estos incidentes por parte de médicos y farmacéuticos.

Como se puede observar los aspectos de Seguridad del Paciente a nivel de Salud Mental no difiere mucho de lo observado en otros servicios de salud, sin embargo a nivel nacional, no hay reporte de estrategias específicas en este campo para este sector de la Salud, tampoco existen reportes a nivel regional, ni local relacionados con estrategias de Seguridad del paciente en Servicios de Salud Mental.

En este contexto, la Institución de Salud Mental, objeto del presente trabajo, es una entidad de carácter privado, que ofrece servicios especializados en Psiquiatría y Psicología a personas con algún trastorno mental y con alteraciones de los procesos cognitivos y afectivo del desarrollo. El servicio se presta en las siguientes modalidades: Atención Ambulatoria especializada en psiquiatría, Hospitalización pacientes críticos, hospitalización pacientes con patología

psiquiátrica y servicio de consulta externa psiquiátrica; además se presta el servicio de laboratorio clínico y ambulancia. Los servicios de hospitalización cuentan con el suministro de medicamentos por parte de la farmacia.

## **1.2.Planteamiento del problema**

Teniendo en cuenta que la Seguridad del paciente, es un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes reconocido por Organismos como la OMS y la OPS que recomiendan a los diferentes gobiernos situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias, el presente trabajo da respuesta al siguiente interrogante ¿Qué herramientas prácticas para la seguridad del paciente se deben diseñar en la Institución Privada de Salud Mental de Popayán?

## **2. JUSTIFICACION**

Las estadísticas anteriores que evidencian la presencia de incidentes a nivel de Servicios de Salud Mental y la Política de Seguridad del Paciente que permea los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) que busca contar con instituciones seguras y competitivas, son los motivos que impulsan a adoptar medidas eficaces para minimizar al máximo los posibles fallos en el proceso de atención en salud en la Institución privada de Salud Mental de Popayán, además, de esta manera la IPS realizará los primeros avances para minimizar al máximo la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos en la población a su cargo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

- Diseñar herramientas prácticas para la seguridad del paciente en una Institución de Salud Mental de Popayán.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar las condiciones de la Institución de Salud Mental entorno a la seguridad del paciente.
- Identificar los eventos adversos en la Institución de Salud mental presentes en el periodo comprendido entre Julio de 2012 a junio de 2013.
- Establecer las herramientas prácticas que se diseñaran para la seguridad de los pacientes en la ISM.

### **4 MARCO REFERENCIAL**

#### **4.1 Seguridad del paciente**

Se conoce como tal al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

#### 4.1.1. Clasificación de los eventos en seguridad del paciente

##### 4.1.1.1 Evento adverso

Según el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia, es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles<sup>4</sup>.

Daño en el paciente. La esencia del concepto de evento adverso es el daño en el paciente. No hay evento adverso sin daño. Este primer elemento es fácil de determinar cuando el daño es evidente, como en el caso de la muerte de una persona o de una incapacidad permanente mayor (daño cerebral, pérdida de un órgano o de una función corporal).

Por supuesto, este tipo de daño es el más temido y, generalmente, el más fácil de identificar. Sin embargo, existe otro tipo de daño que es preciso contemplar cuando se analiza una situación clínica para enmarcarla como evento adverso.

##### 4.1.1.2 Clasificación de evento adverso

- **Evento adverso prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

---

<sup>4</sup> Seguridad del paciente. Evento adverso [http://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad\\_del\\_paciente](http://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_del_paciente)

- **Evento adverso no prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial
- **Evento adverso grave:** ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta médica o requiere una intervención quirúrgica.
- **Evento adverso moderado:** si ocasiona una estancia hospitalaria de al menos 1 día. Si precisa atención en urgencias o consulta con especialista
- **Incidente (casi evento adverso / near miss):** Situación en la que la intervención médico-asistencial se ejecuta con error, por acción o por omisión, pero como resultado del azar, de una barrera de seguridad o de una intervención oportuna, no se presenta el evento adverso.
- **Evento adverso no evitable:** lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base. Ocurre cuando, por ejemplo, se administra un medicamento o se aplica una tecnología en dosis y forma adecuada, para la patología adecuada.
- **Evento adverso evitable:** lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base.

**4.1.1.3. Error:** uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada. Los errores se pueden cometer por omisiones o acciones, conscientes o inconscientes.

De acuerdo con los conceptos anteriores, el evento adverso está intrínsecamente ligado al concepto de error o falla, particularmente al evento adverso evitable. No obstante, siguen siendo dos conceptos diferentes. Existen errores sin eventos adversos y eventos adversos sin errores (figura 1)



#### 4.1.2 No Intencionalidad

Claramente, implica un daño involuntario. Cualquier análisis de evento adverso debe partir de la base de que nadie en el equipo de salud ni en la institución tiene la intención de hacerle daño al paciente. El propósito de los profesionales, de los equipos y de las instituciones salud es mantener, recuperar o mejorar las condiciones de salud de los pacientes, y bajo el principio hipocrático, al menos no hacer daño.

Por el contrario, si se sospecha intencionalidad en el daño al paciente, es una sospecha de un acto delictivo, doloso, que hace parte del Código Penal colombiano y que escapa al alcance de los

procesos de seguridad del paciente. Las herramientas y las metodologías corresponden al ámbito de la justicia penal y, nuevamente, la seguridad del paciente carece de metodologías o herramientas que puedan abordar el análisis o prevenir la ocurrencia de daños intencionales a los pacientes, entre otras razones porque los conceptos y metodologías de seguridad del paciente se basan en el trabajo mancomunado con los miembros del equipo de salud para analizar y prevenir los eventos adversos. La intencionalidad, obviamente, deja sin piso estos principios.<sup>5</sup>

#### **4.1.3 Incidencia de Eventos adversos en salud mental**

El documento Con la seguridad en mente: servicios de salud mental y seguridad del paciente, elaborado en el año 2006 por la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido y su Observatorio de Seguridad del Paciente, utilizando como herramienta fundamental las notificaciones recibidas en el Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje, muestra que de 45.000 incidentes en salud mental, la mayoría de los incidentes fueron notificados por servicios de salud mental con hospitalización. Los cuatro tipos de incidentes notificados con más frecuencia y que corresponden a un 84% del total estuvieron relacionados con:

Accidentes.

Comportamiento agresivo o disruptivo.

Autolesiones.

Fugas.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Luengas, S. (2009, 07). Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos, vías salud. (48).

<sup>6</sup> Scobie, S. Minghella, E. Dale, C. Thomson, R. Lelliott, P. y Hill, K. (2006.07). Con la seguridad en mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente, National Patient Safety Agency, 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente, P. 18

En un 2% el daño notificado fue grave o mortal. Es evidente un alto grado de falta de notificación, especialmente desde los dispositivos comunitarios.

En este documento se enfatiza la importancia del reto de seguridad del paciente que implica la hospitalización de pacientes agudos. Se destacan los riesgos asociados a la medicación y se hace hincapié en la necesidad de implantar políticas y guías para mejorar distintos aspectos de la seguridad del paciente (seguridad sexual, suicidio, fugas, etc.).

Por otra parte, los indicadores de eventos adversos en hospitalización psiquiátrica según el informe de la JCAHO de 2004 muestran que:

- El evento centinela registrado con más frecuencia fue el suicidio (14%).
- Los errores de medicación en las unidades de hospitalización (frecuentes, pero generalmente no fatales) supusieron el 11%; las lesiones o muerte por inmovilización el 4%.
- Las causas más frecuentes relacionadas con los suicidios registrados como eventos centinelas fueron el entorno físico, la evaluación de pacientes y la formación. Las causas más frecuentes relacionadas con la inmovilización: la comunicación entre profesionales y la formación. Estos datos señalan las áreas que requieren valoración detallada e intervenciones prioritarias<sup>7</sup>.

De los datos anteriores se establece que en salud mental los errores más frecuentes son aquellos derivados de:

- Uso de medicamentos.

---

<sup>7</sup> Elvira Peña Leopoldo. Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo Sanitario en Salud Mental. En: Cuaderno Técnico de Salud Mental. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. España 2011. Recuperado en: <http://feafes.org/publicaciones/seguridad-paciente-gestion-salud-mental-2286/>

- Procedimientos relacionados con los cuidados y seguimiento de los pacientes.

Por tanto, en el ámbito de la salud mental se tendrá especialmente en cuenta los factores relacionados con la organización del entorno sanitario, la distribución y definición de las funciones asistenciales en el equipo multidisciplinar, una adecuada carga de trabajo, la cohesión y capacidad de comunicación del equipo y la protocolización de las prácticas y situaciones de riesgo (uso de medicamentos, terapia electro convulsiva, contención mecánica, prevención de suicidio y de abandonos de las unidades hospitalarias, etc.).

#### **4.1.4. Seguridad del paciente y asistencia hospitalaria en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica UHP<sup>8</sup>**

Los factores involucrados en la seguridad clínica y gestión de riesgos asistenciales en las unidades de hospitalización psiquiátricas (UHP), se relacionan tanto con los elementos estructurales, como con los relativos a la seguridad de las prácticas asistenciales.

##### **4.1.4.1 Seguridad estructural en unidades de hospitalización**

Los elementos estructurales de seguridad del paciente en el ámbito de la hospitalización psiquiátrica son un factor fundamental implicado en la seguridad del paciente. A continuación se describen algunos aspectos estructurales básicos relacionados con la gestión de riesgos en estas

---

<sup>8</sup> Elvira Peña Leopoldo. Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo Sanitario en Salud Mental. En: Cuaderno Técnico de Salud Mental. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. España 2011., p.34-86. Recuperado en: <http://feafes.org/publicaciones/seguridad-paciente-gestion-salud-mental-2286/>

unidades de hospitalización, y que pueden emplearse para la elaboración de estándares de seguridad del paciente:

- ✓ La UHP contará con las medidas pasivas necesarias y suficientes para garantizar el bienestar y seguridad de los pacientes. Son prioridades fundamentales en el diseño de la UHP la seguridad del paciente, el bienestar y la creación de un ambiente que favorezca la contención y el autocontrol.
- ✓ Se considerarán determinadas áreas diferenciadas por sexo, como dormitorios y cuartos de baño, para garantizar la privacidad y la seguridad sexual.
- ✓ La UHP se situará preferentemente en una planta que facilite la accesibilidad desde el servicio de urgencias y el acceso a zonas ajardinadas, y disminuya el riesgo de precipitación.
- ✓ El diseño global de la unidad tendrá en cuenta desde un principio la evaluación de riesgos potenciales. En la disposición de la UHP se debe evitar un exceso de pasillos que dificulten la observación, así como puntos ciegos o de difícil vigilancia.
- ✓ El control de enfermería estará situado de forma que permita un máximo de visibilidad. Se procurará diseñar la UHP de modo que exista el máximo posible de vías de observación directa, sin esquinas u obstáculos que la dificulten. Todas las puertas, excepto la de los cuartos de baño, deben proveerse de un panel de observación u ojo de buey.

- ✓ Las habitaciones, excepto la de seguridad y cuidados especiales, serán preferentemente de dos camas y dispondrán de baño con elementos de seguridad.
  
- ✓ La habitación de cuidados especiales estará dotada de medidas de seguridad para evitar que el paciente pueda autolesionarse. Contará con circuito cerrado de televisión para garantizar su supervisión continua. La cama de aislamiento requiere medidas específicas de seguridad y fijaciones reversibles, así como dispositivos homologados de contención mecánica. Se recomienda la protección de esquina y un baño sin puerta con elementos de acero inoxidable.
  
- ✓ Los cuartos de baño tendrán en cuenta potenciales riesgos para la seguridad del paciente. Los apliques y salidas de ducha no deben suponer elementos de riesgo para el paciente o terceros. Se dispondrá de espejos de seguridad, irrompibles y fijos a la pared. El material de los sanitarios debe ser irrompible, con ausencia de superficies cortantes, encastrados en la pared, que minimicen la existencia de lugares donde puedan esconderse objeto.
  
- ✓ El diseño de la UHP debe contar con la máxima luz natural que sea posible, disponiendo las habitaciones de ventanas amplias. Se recomiendan cristales de seguridad, vidrios laminados o similares. Los marcos deben ser seguros y no desmontables. No se recomiendan soportes de cortinas y las persianas o contraventanas deben ser seguras y sólo podrán ser manejadas por el personal de la UHP. Las ventanas tendrán una apertura restringida u otros mecanismos de seguridad equivalentes (puede optarse por barrotes

verticales discretos). Se procurará evitar cualquier zona de fijación que pudiese utilizarse con fines suicidas por ahorcamiento.

- ✓ Todas las puertas deben ser de construcción sólida. Se instalarán puertas correderas o de apertura hacia afuera en las entradas a las habitaciones, con cerradura y ojo de buey. Se recomiendan dobles puertas en habitaciones donde puedan concentrarse varios pacientes como la sala de estar, comedor, zonas de actividades, etc. Los cuartos de baño podrán cerrarse por fuera únicamente, con sistemas de cierre controlados por el personal de la unidad. La mayor parte del resto de las puertas contarán con cierres de similares características.
  
- ✓ Los extintores no deben ser fácilmente accesibles para los pacientes, procurando conciliar la normativa de prevención de incendios con la seguridad de los pacientes.

#### **4.1.4.2. Procedimientos asistenciales en unidades de hospitalización**

La mayoría de los incidentes adversos presentan patrones sistemáticos y recurrentes que pueden minimizarse atendiendo a los siguientes factores:

- **Coordinación y cohesión del equipo terapéutico:** Todos los miembros del equipo deben tener claras sus funciones y sus responsabilidades a través de información escrita y accesible. Los miembros del equipo deben conocer los procedimientos habituales de la unidad de hospitalización. Existirá una planificación específica de reuniones. El equipo debe anticiparse, discutir y prepararse para posibles problemas y riesgos potenciales,

además de identificar y gestionar las condiciones de trabajo que puedan facilitar errores, tales como el estrés, cansancio, etc.

- **Transmisión de información:** Existirán procedimientos efectivos de comunicación interna del equipo. La información debe llegar a la persona adecuada, en el momento y forma adecuados. La información escrita estará a disposición de los profesionales, de manera que puedan conocer los aspectos fundamentales sobre la organización, funcionamiento y procedimientos de la unidad. A los pacientes y familiares se les proporcionará de forma protocolizada información de las normas y funcionamiento de la unidad. Se recomienda implantar sistemas eficaces de notificación y comunicación de incidentes.
  
- **Estandarización y protocolización de las situaciones de riesgo.** Que hacen relación a la contención mecánica, prevención del suicidio, abandonos no programados en la unidad, caídas y accidentes, seguridad sexual, administración de medicación e identificación de pacientes, comportamiento violento, agresivo o antisocial, prevención del consumo de sustancias.
  
- **Otros procedimientos:** relacionados con otros procedimientos asistenciales o aspectos generales como son:
  - Procedimientos de vigilancia y supervisión periódicas mínimas tanto en situaciones generales como específicas, en turnos de mañana, tarde y noche. Los ámbitos de supervisión, custodia, control y seguridad generales pueden ser:

accesos, instalaciones, equipamientos, medios humanos, visitas y pacientes, en el interior de la planta de hospitalización durante los tres turnos.

- Condiciones de seguridad de materiales e instalaciones y su mantenimiento.
- Uso y control de utensilios cubiertos y resto del menaje, utensilios de higiene y baño así como material de limpieza.
- Medidas que garanticen el derecho a la intimidad y a la confidencialidad relacionada con los procesos asistenciales sanitarios.
- Todos aquellos procedimientos que se consideren oportunos con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente y calidad en la asistencia y la relación con los usuarios del dispositivo.<sup>9</sup>

## **4.2. MARCO LEGAL**

### **4.2.1 Ley 100 del Diciembre 23 1993. El nuevo SGSSS fue creado en 1993, mediante la Ley 100/93**

**Artículo 173.** Se destaca dentro del artículo dos funciones enfocadas a la garantía de la seguridad del paciente en el proceso de atención en una institución de salud las siguientes:

Formular y adoptar, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República.<sup>34</sup> Expedir y Dictar las normas científicas que regulan la

---

<sup>9</sup> Elvira, L. (2011). Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en salud mental. Recuperado de <http://feafes.org/publicaciones/seguridad-paciente-gestion-salud-mental-2286/>

calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, así como la evaluación de ellas

**Artículo 185:** Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera.

**Artículo 186.** El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

**Artículo 227.** Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

**4.2.2 Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006** Ministerio de la Protección Social: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS). Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. El decreto establece la seguridad como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodo] 10

basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**Artículo 40:** Responsabilidad en el ejercicio de la auditoria para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

**4.2.3. Decreto 4747 Del 7 de Diciembre De 2007 Ministerio de la Protección Social:** Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. Aplica para todos los prestadores de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios

**Artículo 5:** uno de los requisitos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos y voluntades para la prestación de servicios son los indicadores de calidad en la prestación de los servicios definidos en el sistema de información para la calidad del sistema obligatoria de garantía de la calidad de la atención en salud.

**4.2.4 Resolución Número 1446 de 2006 (8 De Mayo De 2006)** Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se Adoptan los Indicadores de Monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Esta resolución establece define los eventos adversos TRAZADORES como las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro de la salud del

paciente, la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y a los incrementos de los costos de la no calidad. Por extensión también se aplica este concepto a situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de situaciones anteriormente mencionadas.

La vigilancia de la ocurrencia de eventos adversos permitirá evaluar la medida en la cual la atención en salud ofrecida por la IPS está consiguiendo los resultados centrados en el usuario. En el sistema único de habilitación En análisis de la ocurrencia de los eventos adversos, en especial los que están asociados a muerte o lesiones graves del paciente, debe correlacionarse con la prevención de los riesgos hacia los cuales apunta los estándares de este componente del SOGCS.<sup>10</sup>

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Tipo de estudio

**Descriptivo:** El presente estudio es de carácter descriptivo, transversal, enmarcado en la investigación de tipo cuantitativa. Descriptivo porque nos permite identificar cuales son las condiciones de la Institución de Salud Mental para la seguridad del paciente y los eventos

---

<sup>10</sup> Ministerio de la Protección social. (2013). Normativa. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Normatividad.aspx>.

adversos mas frecuentes en la IPS a estudio. Transversal, porque la recolección de la información se llevó a cabo en un periodo de tiempo establecido.

## **5.2. Diseño de estudio**

El trabajo pertenece a un diseño no experimental, se basa en la observación de condiciones y presencia de eventos adversos a través de la revisión de reportes de incidentes en la institución de Salud Mental.

Para la identificación de los eventos adversos, se revisaron 120 registros de eventos elaborados en el periodo de tiempo transcurrido entre julio de 2012 y junio de 2013. No se tuvo en cuenta el reporte de accidentes de Trabajo y/o accidentes en familiares de los pacientes.

## **5.3. Técnica de recolección de información**

**5.3.1. Observación directa:** mediante la cual se pudo establecer presencia de eventos adversos y/o incidentes en salud mental y clasificarlos, así como las condiciones de la institución para la seguridad del paciente.

**5.3.2. Instrumento de recolección.** Listas de chequeo, que contenían, una las condiciones de la institución para la seguridad del paciente y la otra el análisis eventos adversos frecuentes en la institución, relacionados con salud mental (ver anexo 1 y 2)

#### **5.4. Técnica de tabulación y análisis de resultados**

Para la tabulación de los datos se utilizó Excel 2010, se utilizó la estadística descriptiva: frecuencia y porcentaje y los resultados se presentaron en gráfica de barras.

#### **5.5. Procedimiento**

En el desarrollo del trabajo se llevaron a cabo los siguientes pasos:

1. Búsqueda y revisión de artículos que orienten la realización del trabajo.
2. Elaboración de la propuesta y el anteproyecto.
3. Revisión del anteproyecto, correcciones y ajustes.
4. Identificación de variables y conceptualización
5. Elaboración del instrumento de colección de la información.
6. Prueba piloto del instrumento, análisis de la información y ajustes del instrumento según necesidad.
7. Autorización de la Institución para la recolección de la información
8. Revisión de los registros, recolección de la información y análisis de los datos
9. identificación y diseño de herramientas para implementar la estrategia de Seguridad del Paciente en la institución de Salud Mental
9. Elaboración informe final.

#### **5.6. Aspectos éticos**

Al ser este un estudio transversal, que implicó la revisión de registros no se incurrió en ninguna intervención directa sobre pacientes, solo el reporte de evento adverso hace parte del análisis de

la información. En el presente estudio se tuvo en cuenta los principios éticos como autonomía, beneficencia y no maleficencia los cuales se encuentran en la aplicación de los postulados del informe Belmont<sup>11</sup> Adicionalmente cumple con las normas establecidas para la buena práctica clínica descritas en la resolución 8430 de 1993 (Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud).

Este estudio se clasificó como una investigación sin riesgo, según lo estipulado en el artículo 11 de la resolución 8430 del 93<sup>12</sup>, ya que no se realizara ninguna intervención o modificación intencionada de la información obtenida de los individuos objeto de estudio.

Se mantuvo además la confidencialidad de los profesionales involucrados en el evento adverso en salud mental, y el nombre de la institución de salud participante, previa autorización de las directivas. La financiación del estudio estuvo a cargo de cada uno de los investigadores según el tiempo empleado para la realización del mismo.

---

<sup>11</sup> Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. Principios Éticos y Directrices para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación. Recuperado de [http://medicina.unmsm.edu.pe/investigacion/etica/documentos/5.%20belmont\\_report.pdf](http://medicina.unmsm.edu.pe/investigacion/etica/documentos/5.%20belmont_report.pdf).

---

<sup>12</sup> Ministerio de Salud. Resolución 8430/93. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Colombia. 1993

## 6. RESULTADOS

La presentación de los resultados seguirá el siguiente orden

- Condiciones de la Institución en torno a Seguridad del paciente
- Eventos adversos
- Herramientas practicas para la seguridad del paciente

### 6.1. Condiciones de la Institución en torno a Seguridad del paciente

**Tabla 1. Condiciones de seguridad del paciente en una Institución Privada de Salud Mental**

<b>No</b>	<b>PARAMETRO</b>	<b>INDICADOR</b>
<b>1</b>	PLANTA FISICA	Adecuada según número ptes
		Garantías de seguridad
<b>2</b>	FACTOR ECONOMICO	Liquidez económica garantía de funcionamiento
<b>3</b>	HABILITACION SERVICIOS	Hospitalización
		Farmacia
<b>4</b>	EXISTENCIA PROGRAMAS	Modelo de seguridad del Pte.
		Evitar fugas
<b>5</b>	CULTURA SEGURIDAD PTE	Investigación eventos
		Registro de eventos
<b>6</b>	SEGURIDAD MEDICAMENTOS	Farmacovigilancia y tecno vigilancia
		Administración segura de medicamentos
<b>7</b>	CUIDADOS SEGUROS	Medidas preventivas en Autolesiones y violencia
<b>8</b>	ATENCION BASADA EN EVIDENCIA	Guías de atención con medicina basada en la evidencia para los procedimientos asistenciales

Fuente: Elaboración propia

Como se detalló en el capítulo anterior existen unos parámetros que permiten a una institución de salud mental ofrecer condiciones para la seguridad de sus pacientes, los datos registrados en la tabla 1 muestran algunos factores, que pueden favorecer la ocurrencia de EA (ver anexo 1):

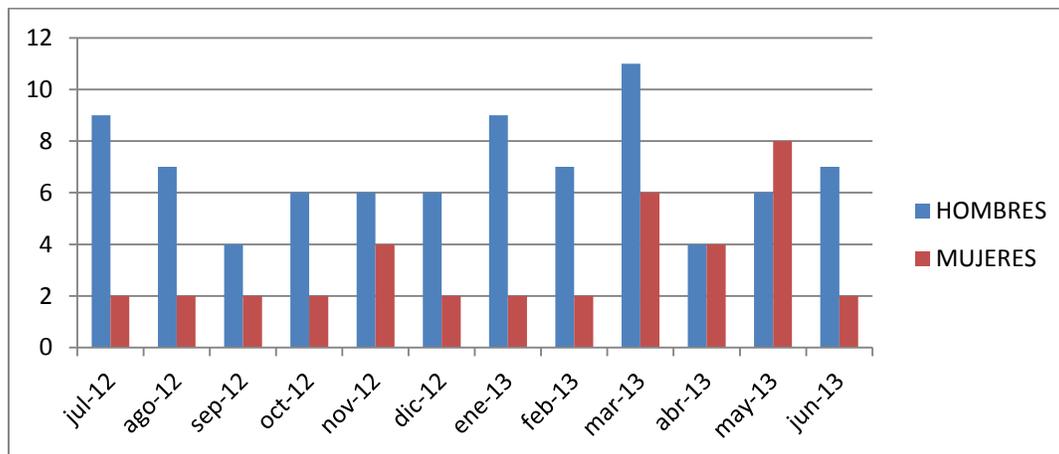
1. Con respecto a la infraestructura de la ISM, se encontró que no es la adecuada, ya que se observan pisos que no son antideslizantes, falta de barandas de sujeción en los baños y al acceso al segundo piso no es el adecuado para las condiciones de los pacientes, además de la existencia de hacinamiento, debido a que la capacidad instalada de la institución es para 42 pacientes, además de otros factores como el abandono familiar, generalmente, los pacientes tienen una red familiar pobre y permanecen en la institución por más tiempo del establecido y presentan reingresos frecuentemente, se debe anotar también que la infraestructura requerida, está en proyecto de construcción, la sede actual a pesar de haber recibido adecuaciones, no es la adecuada para la hospitalización con alteraciones mentales y existen factores que pueden ser de alto riesgo para paciente con las condiciones de los que son atendidos en la institución.
  
2. Factor económico, se observa que el personal encargado del área de facturación presenta errores frecuentes en las facturas realizadas, lo que ocasiona glosas y retraso en los pagos, que subsecuentemente afecta el normal funcionamiento de los procesos incluyendo el de compras de insumos y otros importantes para el normal funcionamiento de la institución.
  
3. La habilitación de servicios es necesaria para el funcionamiento de una institución, sin embargo, el servicio de farmacia no se encuentra habilitado, lo que puede llegar a ser un alto riesgo en los casos de agitación o agresividad de los pacientes, ya que los funcionarios deben conseguir la medicación necesaria con terceros, poniendo en riesgo la integridad del paciente mismo, así como de los trabajadores y de los demás pacientes ahí atendidos.
  
4. Con respecto a la cultura de seguridad del paciente se ha identificado que debido a las múltiples complicaciones administrativas que se presentan, la gerencia no le puede dedicar la

atención necesaria al tema de seguridad del paciente, así como al registro y notificación de los eventos adversos. Sin embargo, existe conformado un grupo de investigación de eventos e incidentes, pero se observa que no se le da continuidad al seguimiento, ni se establecen medidas tendientes a la disminución de su ocurrencia, ni se evidencian reportes de reuniones. Es preciso destacar que existe un registro para el reporte de eventos adversos (Anexo 3), sin embargo debido a la escasa información que aporta, no permite realizar un análisis completo de los eventos como para realizar investigaciones al respecto.

5. En cuanto a la seguridad en los medicamentos, se encontró la ocurrencia de reacciones adversas a medicamentos, pues no se realiza una práctica segura para la administración, siguiendo la aplicación de los 10 correctos, aspecto sobre el que se debe tener especial atención por sus posibles y graves consecuencias.
6. Las medidas implementadas por la institución para prevenir las autolesiones y la violencia, parecen ser insuficientes, ya que se reportan varios incidentes que involucran a varios pacientes, y pueden llegar a comprometer la integridad tanto del mismo paciente como de terceros.
7. A pesar de contar con un programa de contención de fugas, se puede observar que, por las condiciones de la estructura física en donde funciona la institución, hacen falta barreras y filtros que eviten que este comportamiento sea repetitivo.

## 6.2. Eventos adversos

Gráfica 1. Distribución de atención mensual por género en la Institución de Salud Mental en pacientes hospitalizados. 2012-2013



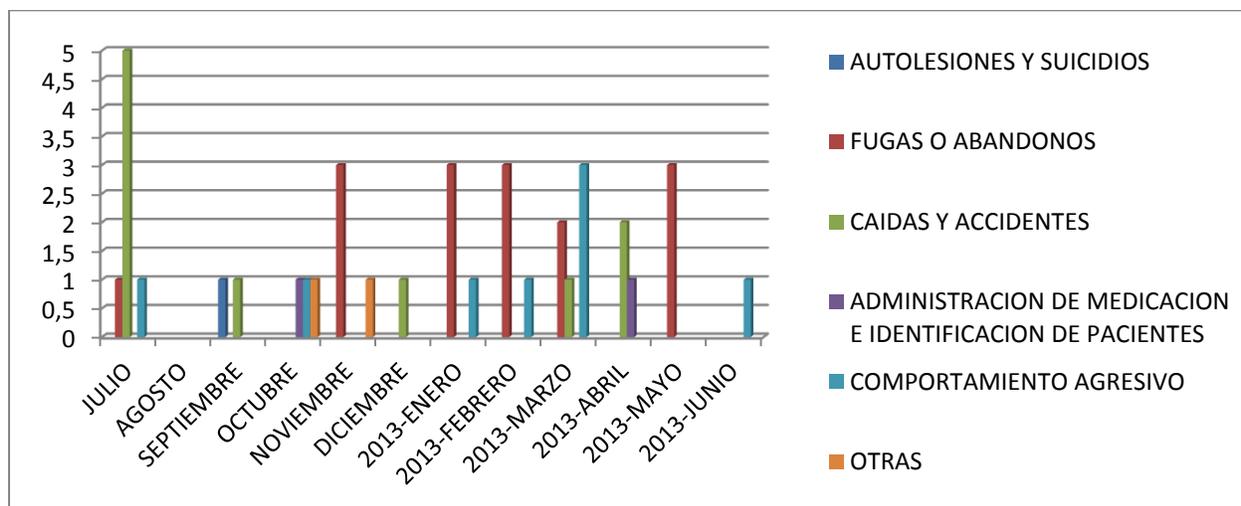
Fuente: Registro de atención de pacientes

En la gráfica anterior se presenta el flujo de pacientes por género durante el periodo comprendido entre julio de 2012 a junio de 2013, observándose que el género masculino es la población más atendida con un 68.33% en comparación de un 31.67% perteneciente al género femenino. En total se han atendido 120 personas.

Con este gráfico se puede establecer que en el segundo semestre de 2012, se atendieron 52 personas de las cuales 14 eran mujeres y 38 hombres. En el primer semestre de 2013 hubo un incremento en la población se atendieron 74 personas, de ellas 50 correspondían al género masculino y 24 al femenino. Estos datos muestran un incremento en el número de consultas: 22 personas más que consultaron en el primer semestre de 2013.

En el 30% de estas personas se presentaron eventos adversos los cuales se detallan a continuación.

Gráfica 2. Eventos adversos presentados en la Institución de Salud Mental durante el segundo semestre del 2012 y el primer semestre del 2013



Fuente: Registro de eventos adversos Institución de Salud Mental

En el periodo comprendido entre julio de 2012 y junio de 2013 se presentaron 36 eventos adversos, de los cuales un 41.66% (15/36) corresponde a fugas o abandonos, seguido de un 27,77% (10/36) de caídas, un 16,66% (6/36) que corresponde a comportamientos agresivos. Llama la atención que solo el 5,55% (2/36) corresponda a eventos relacionados con la administración de medicamentos, las reacciones adversas presentadas fueron secundarias a la administración de Haloperidol manifestándose como catatonia y temblor en reposo.

Si se analizan estos eventos adversos a la luz de la información de la tabla 1, se puede identificar los factores contribuyentes para la presencia de estos. Con respecto a las fugas, se encuentra que la estructura física de la institución carece de barreras y filtros que eviten que este comportamiento sea repetitivo. En cuanto a las caídas los factores asociados podrían ser ausencia de pisos antideslizantes, falta de barandas de sujeción en los baños y al acceso al segundo piso no es el adecuado para las condiciones de los pacientes.

### 6.3. Herramientas prácticas para la seguridad del paciente

Las herramientas que se mencionan a continuación fueron elaboradas con base a los datos de eventos adversos presentes en la ISM y las condiciones de la institución para brindar seguridad al paciente, además de basarse en la información contenida en documentos como “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente del Ministerio de Protección Social del 2008”<sup>13</sup>, el libro “Herramientas para Promover la Estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) de la Atención en Salud” del MPS<sup>14</sup> y de las recomendaciones del Comité de “Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”<sup>15</sup> se proponen las siguientes herramientas para contribuir a la seguridad del Paciente en la Institución de Salud Mental objeto del presente estudio.

- ✓ Formato de Reporte y Análisis de Eventos Adversos en Medicamentos
- ✓ Formato de Reporte y Análisis de Eventos Adversos o Incidentes en Salud Mental
- ✓ Plan de Mejoramiento a Eventos Adversos e Incidentes
- ✓ Auditoria del Seguimiento a Planes de Mejoramiento
- ✓ Registro de Contención Mecánica

---

<sup>13</sup> Ministerio de Protección Social de Colombia: Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá. Ministerio de La Protección Social de Colombia, 2008. Disponible en: [http://www.ocsav.info/ocs\\_contenidos/LINEAMIENTOSSP.pdf](http://www.ocsav.info/ocs_contenidos/LINEAMIENTOSSP.pdf).

<sup>14</sup> Ministerio de la Protección Social de Colombia. Herramientas para Promover la Estrategia de la Seguridad del Paciente en el SOGC de la Atención en Salud. Bogotá. Ministerio de La Protección Social de Colombia, 2007.

<sup>15</sup> Ministerio de la Protección Social de Colombia. Comité de “Buenas Prácticas en seguridad del paciente en la Atención en Salud” Unidad Sectorial de Normalización en salud. Bogotá. Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2010. Disponible en: <http://www.ocsav.info/paquetes.html>

- ✓ Listado de Barreras de Seguridad a implementar en ISM

Se considera que estas herramientas pueden contribuir a reducir los riesgos potenciales identificados en la ISM y son elementos que se incluyen en la gestión clínica en seguridad, considerada como un proceso planeado y sistemático para reducir y/o eliminar la posibilidad de ocurrencia de fallas o errores y que afectan al paciente y su familia en el proceso de atención. (Ver Herramientas)

## 7. DISCUSION

A nivel de salud mental se hace referencia a que los eventos adversos más frecuentes en las unidades de hospitalización son los relacionados con los medicamentos (Elvira Peña, 2011), sin embargo en el estudio se encontró que este evento solo se presenta en el 5,55% (2/36) de los casos durante un año reportado. Lo anterior puede hacer pensar que o no hay realmente eventos o errores de medicación o existe un subregistro en la información, tal vez por la cultura del castigo. A pesar de esta escasa información, es necesario tener en cuenta la implementación de buenas prácticas al respecto como:

- Mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios y entre niveles asistenciales en relación con la prescripción.
- Implantar sistemas de prescripción electrónica; evitar el uso de abreviaturas y designación de dosis no estandarizadas; utilizar sistemas de verificación y chequeo de las prescripciones realizadas verbalmente.

- Establecer procedimientos explícitos para el almacenamiento, etiquetado, prescripción, preparación, dispensación y administración de medicamentos de alto riesgo.
  
- Identificar y revisar los medicamentos con nombres similares.
  
- Establecer un procedimiento sistematizado para conciliar la medicación del paciente o alertar sobre potenciales interacciones y asegurar la continuidad de tratamiento en los tránsitos entre niveles (por ejemplo, listas legibles de medicamentos para los profesionales y usuarios).
  
- Establecer sistemas hospitalarios de unidosis.
  
- Mejorar la identificación de pacientes.
  
- Asegurar la formación continuada de los profesionales sanitarios en seguridad de medicamentos.
  
- Potenciar el uso de sistemas de notificación y aprendizaje de errores de la medicación a sean locales o nacionales.

De igual manera es importante identificar desde el punto de vista de salud mental cuales son los incidentes que con mayor frecuencia se presentan para actuar sobre ellos y establecer estrategias de mejoramiento, también favorece la investigación ampliando el conocimiento sobre

condiciones que favorecen y/o factores que inciden propiamente en la presencia de los mismos. Por lo anterior la elaboración de un registro que permita visibilizar estos aspectos contribuirá a un mejor conocimiento y manejo de los mismos.

En cuanto a la presencia de eventos relacionados con las caídas, la frecuencia y/o porcentaje de estos 27,77% (10/36) de los casos es similar a lo de los estudios revisados. Como buenas prácticas en la prevención de los mismos ya en el apartado del marco referencial se expusieron algunas de las buenas prácticas que previenen estos accidentes, sin embargo, se puede establecer un listado de barreras de seguridad (Herramienta 6) en este campo así como para la prevención de las fugas y el abandono de pacientes en la institución, dicho listado serviría para orientar la implementación de dichas barreras y para su posterior evaluación.

Con respecto a los eventos adversos relacionados con la agresión la Estandarización y protocolización de situaciones de riesgo, en este caso en particular debe conducir a la elaboración de un registro de contención mecánica (Herramienta 5) o inmovilización puede definirse como el uso de una fuerza que tiene el propósito de controlar las acciones de una persona, limitando su libertad de movimiento. En ocasiones como consecuencia de esta sujeción mecánica pueden producirse eventos adversos severos o permanentes, como la compresión de nervios, contracturas e incluso estrangulación y muerte. También se ha descrito la aparición de úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal y aumento en la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales. Su uso puede aumentar la ocurrencia de eventos adversos, aunque no sean una consecuencia directa de las sujeciones.

Las inmobilizaciones deberían utilizarse tan infrecuentemente como sea posible y con las técnicas menos restrictivas posibles.

## **8. Estrategias para disminuir el riesgo de las inmobilizaciones**

Fomentar un uso de las sujeciones limitado y justificado

- ✓ Establecer procedimientos y normativas claras, formar e involucrar a todos los profesionales, recibir apoyo de la organización sanitaria.
- ✓ Elaborar un protocolo que establezca población diana, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión, tipos de contención, sistemas de control y medidas de seguridad, recursos necesarios, mecanismos de ejecución y supervisión, desactivación del protocolo, elementos legales y judiciales.
- ✓ El protocolo debe acompañarse de un registro donde figuren los siguientes campos: filiación y diagnóstico del paciente, información al paciente y familia, indicación, situación actual del paciente, medidas tomadas de forma previa a la contención mecánica, tipo de sujeción indicada, tratamiento farmacológico prescrito durante la contención, cuidados de enfermería, registro de seguimiento, registro de mantenimiento, incidentes y observaciones, suspensión, firmas de responsables.

Fomentar un entorno y aplicación seguros cuando el paciente ha de ser inmobilizado

Identificar factores individuales de riesgo.

- ✓ Verificar la existencia de una indicación médica y su duración.
- ✓ Utilizar sistemas de registro específicos.
- ✓ Reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.
- ✓ Asegurar que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.
- ✓ Si se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.
- ✓ Si está en decúbito prono asegurar que las vías áreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.
- ✓ Utilizar material de contención homologado y supervisado.
- ✓ Cambiar periódicamente la posición de la inmovilización.
- ✓ Evaluar las zonas cutáneas sometidas a presión.
- ✓ Asegurar que el paciente no tiene a su alcance cerillas o mecheros.
- ✓ Revisar y actualizar los protocolos.
- ✓ Monitorizar el número de casos que han requerido contención e introducir propuestas de mejora.

## **9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Los directivos de la institución deben tomar medidas para evitar el hacinamiento, ya sea ampliar la infraestructura, cambiar de domicilio o limitar el cupo de pacientes ya que la capacidad instalada de la institución no es apta para el número de usuarios hospitalizados en el momento.

Fortalecer las barreras y defensas de seguridad como antideslizantes, barandas, rampas, y acompañamiento del paciente para prevenir o mitigar las consecuencias de los eventos adversos. Igualmente establecer una lista de elementos potencialmente peligrosos ya que los pacientes por su enfermedad mental pueden autolesionarse o hacer daño a los demás.

Trabajar arduamente para obtener el registro de habilitación ya que es un componente obligatorio y estatal del Sistema de Garantía de Calidad y constituye la herramienta definida para autorizar el ingreso y la permanencia de los prestadores de servicios de salud en el sistema de salud. Teniendo como propósito fundamental la protección de los usuarios.

Es indispensable la creación de un sistema de gestión de eventos adversos que garantice la aplicación de las 8 líneas de acción mencionadas en el protocolo de la IPS y con ello se obtenga mejoramiento continuo de la calidad y seguridad de la atención en salud, objetivo fundamental de la política institucional.

Es necesario la fortalecer el comité de Seguridad del Paciente con capacitación de los miembros y establecer reuniones periódicas de control para estudiar y analizar los casos notificados, dejando constancia en actas todo lo tratado en las sesiones del Comité de Seguridad de paciente.

Se debe Fomentar la cultura del reporte de eventos adversos y la socialización de casos ocurridos con el personal asistencial de la institución en pro de establecer medidas correctivas.

Como estrategia para la detección y manejo de eventos adversos y el establecimiento de los correctivos y las barreras de seguridad para el cumplimiento de lo establecido en la política de

seguridad del paciente, se sugiere implementar las herramientas prácticas para seguridad del paciente. (Ver Herramientas)

## 10. BIBLIOGRAFIA

1. Security Management Service. (2003). *Promoting Safer and Therapeutic Services: Implementing the National Syllabus in Mental Health and Learning Disabilities Services*. Recuperado de: [www.cfsms.nhs.uk/doc/psts/psts.guidance.pdf](http://www.cfsms.nhs.uk/doc/psts/psts.guidance.pdf)
2. Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (2006) Con la seguridad en mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. Recuperado de: [www.saferhealthcare.org.uk/IHI/ProgrammesAndEvents/Observatory/](http://www.saferhealthcare.org.uk/IHI/ProgrammesAndEvents/Observatory/)
3. Bañeres Joaquim, Cavero Elisa, López Lidia, Orrego Carola, Suñol Rosa (2005). Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Recuperado de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp3.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf)
4. Seguridad del paciente. Evento adverso [http://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad\\_del\\_paciente](http://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_del_paciente)
5. Luengas, S. (2009, 07). Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos, vía salud. (48).
6. Scobie, S. Minghella, E. Dale, C. Thomson, R. Lelliott, P. y Hill, K. (2006.07). Con la seguridad en mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente, National Patient Safety Agency, 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente, P. 18.
7. Elvira Peña Leopoldo. Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo Sanitario en Salud Mental. En: Cuaderno Técnico de Salud Mental. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. España 2011. Recuperado en: <http://feafes.org/publicaciones/seguridad-paciente-gestion-salud-mental-2286/>
8. Elvira Peña Leopoldo. Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo Sanitario en Salud Mental. En: Cuaderno Técnico de Salud Mental. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. España 2011., p.34-86. Recuperado en: <http://feafes.org/publicaciones/seguridad-paciente-gestion-salud-mental-2286/>
9. Elvira, L. (2011). Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en salud mental. Recuperado de <http://feafes.org/publicaciones/seguridad-paciente-gestion-salud-mental-2286/>
10. Ministerio de la Protección social. (2013). Normativa. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Normatividad.aspx>.
11. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. Principios Éticos y Directrices para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación. Recuperado de [http://medicina.unmsm.edu.pe/investigacion/etica/documentos/5.%20belmont\\_report.pdf](http://medicina.unmsm.edu.pe/investigacion/etica/documentos/5.%20belmont_report.pdf).

12. Ministerio de Salud. Resolución 8430/93. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Colombia. 1993
  13. <sup>1</sup>Ministerio de Protección Social de Colombia: Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá. Ministerio de La Protección Social de Colombia, 2008. Disponible en: [http://www.ocsav.info/ocs\\_contenidos/LINEAMIENTOSSP.pdf](http://www.ocsav.info/ocs_contenidos/LINEAMIENTOSSP.pdf).
  14. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Herramientas para Promover la Estrategia de la Seguridad del Paciente en el SOGC de la Atención en Salud. Bogotá. Ministerio de La Protección Social de Colombia, 2007.
  15. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Comité de “Buenas Prácticas en seguridad del paciente en la Atención en Salud” Unidad Sectorial de Normalización en salud. Bogotá. Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2010. Disponible en: <http://www.ocsav.info/paquetes.html>
-