

**FORMULACIÓN DEL MANUAL PARA LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE DE LA E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO**

NÉSTOR FABIAN RUÍZ SANTAMARÍA



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2011**

**FORMULACIÓN DEL MANUAL PARA LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE DE LA E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO**

NÉSTOR FABIAN RUÍZ SANTAMARÍA

**Trabajo de grado para optar el Título de
Especialista en Administración de Servicios de Salud**

**Directora
CLAUDIA PATRICIA APONTE HERNÁNDEZ**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2011**

Tabla de contenido

INTRODUCCION	14
I. MARCO GENERAL DEL PROYECTO	17
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.2. JUSTIFICACION	20
1.3. OBJETIVOS	22
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	22
1.4. ALCANCE	23
II. ESTADO DEL ARTE	24
2.1 ANTECEDENTES	24
2.2 DEFINICION DE CONCEPTOS	29
2.3 MARCO LEGAL	83
2.3.1 La Constitución Política de Colombia de 1991	83
2.3.2 La Ley 10 de 1990.....	83
2.3.3 Ley 100 de 1993.....	83
2.3.4 Ley 1122 de Enero 9 de 2006 Ministerio de la Protección Social	83
2.3.5 Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 Ministerio de la Protección Social	83
2.3.6 Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Protección social	84
2.3.7 Circular 030 De 19 De Mayo de 2006 Superintendencia Nacional de Salud	84
2.3.8 Resolución 2679 de 2007	85
2.3.9 Lineamientos para la Seguridad del Paciente	85
2.3.10 Resolución Número 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social	85
2.3.11 Circular 047 Del 30 de Noviembre de 2007.....	87
2.3.12 Circular Única 049 del 5 de Abril de 2008	87
2.3.13 Circular Única 051 del 17 De Octubre de 2008	88
2.4 MARCO TEORICO.....	89
2.4.1 Principios Orientadores De La Política De Seguridad Del Paciente 22,23,24,25.	89
2.4.2 Objetivos de la Política de Seguridad del Paciente ^{26,27}	89

2.4.3 Barreras de Seguridad que Previenen la Ocurrencia del Evento Adverso	90
2.4.4 Acciones Institucionales que Propenden por Establecer la Política Institucional de Seguridad del Paciente	90
2.4.5 Acciones Inter-Institucionales que Propenden por Establecer la Política Institucional de la Seguridad del Paciente.....	93
2.4.6 El Manejo del Entorno Legal	94
2.4.7 Elementos Estratégicos para la Mejora de la Seguridad del Paciente ²⁸⁻²⁹	94
2.4.8 La Seguridad en los Servicios de Salud Mental ^{30,31}	95
III. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO.....	103
3.1. RESEÑA HISTORICA.....	103
3.2. PLATAFORMA ESTRATÉGICA	104
3.2.1. MISIÓN	104
3.2.2. VISIÓN	104
3.2.3. POLÍTICA DE CALIDAD	104
3.2.4. OBJETIVOS DE CALIDAD.....	104
3.2.5. ALCANCE DEL SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD	105
3.2.6. PRINCIPIOS CORPORATIVOS.....	105
3.2.7. VALORES CORPORATIVOS.....	107
3.3. PORTAFOLIO DE SERVICIOS	107
3.3.1. UNIDAD DE URGENCIAS (U.T.I.)	107
3.3.2. SERVICIOS AMBULATORIOS	107
3.3.3. SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN.....	108
3.3.4. SERVICIOS DE APOYO	108
3.3.5. PROGRAMA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL	108
3.3.6. MAPA DEL SITIO.....	109
3.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	110
3.4.1. ÓRGANOS DE DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN:.....	110
3.4.2. CONFORMACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA:.....	110
3.4.3. COMITÉS DE NIVEL ASESOR DE LA GERENCIA.....	111
3.5. MAPA DE PROCESOS	113
3.6. SISTEMAS DE GESTIÓN.....	114

3.6.1. Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud – SOGCS	114
3.6.2. Sistema de control interno - MECI.....	116
3.6.3. Sistema de gestión integral de residuos hospitalarios y similares.....	119
3.7. LA SALUD OCUPACIONAL DE NUESTROS SERVIDORES	121
3.7.1. Responsabilidad de los trabajadores con el copaso	121
IV. DISEÑO METOLOGICO DE LA FORMULACION DEL MANUAL DE GESTION PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	122
V. FORMULACION DEL MANUAL DE GESTION PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO DE BUCARAMANGA	124
VI. INDICADORES DE GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ^{49,50} ...	164
VII. CONCLUSIONES	187
VIII BIBLIOGRAFIA	188
ANEXOS	192

LISTA DE GRAFICAS

<u>Gráfico 1. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional del Paciente.....</u>	<u>30</u>
<u>Gráfico 2. Organigrama E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo.....</u>	<u>111</u>
<u>Gráfico 3. Mapa de Procesos E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo.....</u>	<u>113</u>
<u>Gráfico 4. Componentes del SOGCS.....</u>	<u>116</u>
<u>Gráfico 5. Subsistema de Control Estratégico.....</u>	<u>117</u>
<u>Gráfico 6. Subsistema de Control de Gestión.....</u>	<u>118</u>
<u>Gráfico 7. Subsistema de Control de Evaluación.....</u>	<u>118</u>
<u>Gráfico 8. Paso 1: planeación y preparación institucional.....</u>	<u>125</u>
<u>Gráfico 9. Paso 2: priorización y definición del foco.....</u>	<u>126</u>
<u>Gráfico 10. Paso 3: análisis y medición.....</u>	<u>127</u>
<u>Gráfico 11. Paso 4: intervención.....</u>	<u>128</u>
<u>Gráfico 12. Diagrama de flujo para analizar el evento adverso.....</u>	<u>130</u>
<u>Gráfico 13. Ruta para analizar e investigar incidentes clínicos.....</u>	<u>131</u>
<u>Gráfico 14. Diagrama de espina de pescado</u>	<u>134</u>
<u>Gráfico 15. Ciclo de Implementación de la Gestión de Seguridad.....</u>	<u>139</u>
<u>Gráfico 16. Gestión de la cultura de seguridad en la institución.....</u>	<u>140</u>
<u>Gráfico 17. Flujograma del Reporte de Incidentes y Eventos adversos.....</u>	<u>145</u>
<u>Gráfica 18. Diagrama de flujo para la identificación de PRM.....</u>	<u>156</u>

LISTA DE FIGURAS

[Figura 1. Mapa de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo.....109](#)

LISTA DE TABLAS

<u>Tabla 1. Listado de términos y referencias consideradas para el marco conceptual de CISP.....</u>	<u>31</u>
<u>Tabla 2. Clasificación para la disposición de desechos Hospitalarios.....</u>	<u>120</u>
<u>Tabla 3. Protocolo de entrevista.....</u>	<u>133</u>
<u>Tabla 4. Clasificación de los problemas.....</u>	<u>136</u>
<u>Tabla 5. Clasificación de los problemas relacionados con medicamentos.....</u>	<u>158</u>
<u>Tabla 6. Indicador I.2.1 (Resolución 1446 de 2006) TASA DE REINGRESOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS.....</u>	<u>164</u>
<u>Tabla 7. Indicador I.3.1 (Resolución 1446 de 2006) TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA DESPUES DE 48 HORAS.....</u>	<u>167</u>
<u>Tabla 8. Indicador I.3.2 (Resolución 1446 de 2006) TASA DE INFECCION INTRAHOSPITALARIA.....</u>	<u>169</u>
<u>Tabla 9. Indicador I.3.3 (Resolución 1446 de 2006) PROPORCION DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS.....</u>	<u>171</u>
<u>Tabla 10. Indicador I.3.6 NUMERO DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL CANSANCIO DEL PERSONAL DE SALUD.....</u>	<u>173</u>
<u>Tabla 11. Indicador I.3.4 TASA DE CAIDAS HOSPITALARIAS POR 1000 DIAS PACIENTE.....</u>	<u>175</u>
<u>Tabla 12. Indicador I.3.39 TASA DE SUICIDIOS EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DE SALUD MENTAL.....</u>	<u>177</u>
<u>Tabla 13. Indicador I.3.6 NUMERO DE FUGA DE PACIENTES.....</u>	<u>179</u>
<u>Tabla 14. Indicador I.3.7 NUMERO DE CASOS DE CONSUMO INTRAINSTITUCIONAL DE SPA (SUSTANCIAS PSICOACTIVAS)</u>	<u>181</u>
<u>Tabla 15. Indicador I.3.8 NUMERO DE ASALTOS SEXUALES EN LA INSTITUCION.....</u>	<u>183</u>
<u>Tabla 16. Indicador I.3.9 TASA DE COMPLICACIONES MEDICAMENTOSAS.....</u>	<u>185</u>

LISTA DE ANEXOS

<u>ANEXO 1. FORMATO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS.....</u>	<u>193</u>
<u>ANEXO 2. FORMATO DE REPORTE DEL EVENTO ADVERSO.....</u>	<u>195</u>
<u>ANEXO 3. ANALISIS DE MODO DE FALLA Y SUS EFECTOS.....</u>	<u>196</u>
<u>ANEXO 4. FORMATO DE ANALISIS INICIAL DE EVENTOS ADVERSOS.....</u>	<u>198</u>
<u>ANEXO 5. CONSOLIDADO SEGUIMIENTO A EVENTOS ADVERSOS.....</u>	<u>199</u>
<u>ANEXO 6. REGISTRO DE CONTENCION MECANICA.....</u>	<u>200</u>
<u>ANEXO 7. REGISTRO DEL PROTOCOLO DE PREVENCION DE CONDUCTA SUICIDA.....</u>	<u>203</u>
<u>ANEXO 8. ESCALA DE CAIDAS DE MORSE.....</u>	<u>205</u>
<u>ANEXO 9. INSTRUCTIVO DEL SUBPROCESO GESTION A EVENTOS ADVERSOS.....</u>	<u>206</u>
<u>ANEXO 10. MANUAL PARA LA GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO.....</u>	<u>207</u>

RESUMEN

TÍTULO: FORMULACIÓN DEL MANUAL PARA LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA E.S.E HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO*

AUTOR: NÉSTOR FABIÁN RUIZ SANTAMARÍA**

PALABRAS CLAVE: EVENTO ADVERSO, SEGURIDAD DEL PACIENTE, CULTURA DE SEGURIDAD, SALUD MENTAL

CONTENIDO:

La seguridad del paciente es un tema que ha sido considerado como la medicina del siglo XXI, debido al gran aporte que realiza en términos de calidad de atención. Este tema, no puede ser ajeno a las instituciones de salud mental, más aun cuando las características del paciente que atienden, son especiales y deben ser tenidos en cuenta temas que dentro de la atención cotidiana de pacientes por otras afecciones, no se presentan o son menos frecuentes.

El poder contar con un modelo o guía que nos garantice que la atención que se está prestando es segura, es una herramienta que va a redundar en temas como calidad de atención, mejoramiento de indicadores, reducción de costos de atención, además que de forma indirecta, realiza un marketing que promocionaría por si sola las instituciones de salud.

El involucramiento tanto del personal que trabaja en la institución como de la familia, para que hagan parte del plan de tratamiento del paciente así como de invitarlos a conocer en qué consiste el manual de seguridad del paciente, ayuda a fomentar una cultura de seguridad.

El fin de este documento, es presentar una formulación de un manual de seguridad del paciente que permita a la institución tener una guía con la cual se pueda realizar un verdadero seguimiento al proceso de atención, identificar los errores e incidentes que se puedan presentar, para que se les realice un plan de mejoramiento y reducir al máximo la posibilidad de que puedan volver a presentarse.

* Proyecto de Grado

** Facultad de Salud. Departamento De Salud Pública. Especialización Administración de Servicios De Salud. Director Claudia Patricia Aponte Hernandez

ABSTRACT

TITLE: FORMULATION OF THE MANUAL FOR THE MANAGEMENT OF PATIENT SAFETY OF THAT PSYCHIATRIC HOSPITAL SAN CAMILO *

AUTHOR: NÉSTOR FABIÁN RUIZ SANTAMARÍA **

KEY WORDS: ADVERSE EVENT, PATIENT SAFETY, SAFETY CULTURE, MENTAL HEALTH

CONTENT:

Patient safety is an issue that has been regarded as the XXI century medicine, due to the large contribution made in terms of quality of care, more so when the characteristics the patients they serve, are special and should be taken into account issues in the daily care of patients by other conditions, not exist or are less frequent.

Have a model or guide that guarantees that the care being provided is for sure, is a tool that will lead to issues such as quality of care, indicators improved, reducing costs of care, which indirectly also performs a marketing alone would promote health institutions.

The involvement of both the staff working in the institution and the family, to do part of the patient's treatment plan and to invite you to know that the manual is patient safety helps build a culture of safety.

The purpose of this paper is to present a formulation of a patient safety manual to enable the institution to have a guide with which to make a true following the process of care, identify errors and incidents that may occur, for that they make a plan for improvement and minimize the possibility that they might reappear.

* Graduation Project

** Faculty of Health. Department of Public Health. Specialized Health Services Administration. Director Claudia Patricia Aponte Hernandez

INTRODUCCION

La Seguridad del Paciente es un tema universal que ha impregnado profundamente el ejercicio moderno de la medicina, al punto que algunos la han denominado la nueva medicina del siglo XXI. Desde la Organización Mundial de la Salud hasta diversos gobiernos del mundo, así como profesionales de la salud se ha hecho el llamado para el despliegue de los procesos de seguridad del paciente como una prioridad de la atención en salud a nivel mundial¹.

Mucho se ha escrito en los medios científicos, hasta llegar a entender el problema, como una consecuencia de la complejidad de la atención en salud antes que de la negligencia del equipo de salud. La atención sanitaria, por su complejidad, extensión y la vulnerabilidad del paciente, no está ni puede estar libre de riesgos². Además, esos riesgos no son conocidos suficientemente ni con el detalle necesario en todos los escenarios. En este sentido se ha avanzado mucho en la cuantificación del problema.

El tema de la seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud se abordará en la monografía realizando, inicialmente, una presentación del marco general del proyecto. Este punto será desarrollado mediante la sustentación del planteamiento del problema exponiendo la situación actual relacionada con la seguridad del paciente desde lo más general a lo más particular. La justificación se soportará en el modelo actual de seguridad del paciente con el que cuenta la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo. La seguridad del paciente fue una realidad poco o nada discutida hasta comienzos de los años noventa, época para la que Brennan y Leape³, dos investigadores estadounidenses, publicaron en el The New England Journal of Medicine, los resultados de su revisión de treinta mil historias clínicas escogidas al azar. Estos autores encontraron que hay “una cantidad importante de lesiones inflingidas a pacientes por la atención médica, y que muchas de estas lesiones son producto de atención subestándar”, y concluyeron diciendo que “la reducción de estos eventos requeriría identificar sus causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuencias”.

A partir de esta publicación la Seguridad del paciente ha venido adquiriendo un auge en investigación y conocimiento, pero trasciende cuando se revela el documento Errar es humano en 1999 por el Instituto de medicina de Estados Unidos, en el cual anuncian la ocurrencia de 44 mil a 98 mil muertes anuales a consecuencia de errores médicos, más que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA, en Canadá y Nueva Zelanda cerca del 10% de los pacientes hospitalizados sufren estas consecuencias negativas; en Gran Bretaña 1 de cada

10 pacientes sufre un evento adverso mientras está hospitalizado y en Australia esta cifra es del 16.6% ^{4,5}.

Los objetivos de este trabajo fueron se plantearán tomando como punto de partida la justificación realizada, y se desarrollaran a lo largo de toda la monografía, definiendo a su vez el alcance.

Posteriormente, se realizará la revisión bibliográfica que será llevada a cabo mediante la presentación del “Estado del Arte”. Se desarrollará presentando los antecedentes acerca del tema, una definición completa de los conceptos tomando como referencia la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente, los cuales muestran un enfoque más global, y como referencia definitiva para el desarrollo del manual la actual política de seguridad del paciente definida por el Ministerio de Protección Social de Colombia.

Se presentará una revisión exhaustiva de la legislación que se ha desarrollado en torno al tema al igual que la literatura disponible con especial referencia el libro de seguridad del paciente del Centro de Gestión Hospitalaria, exponiéndose uno a uno los temas desarrollados en este modelo y complementándose la información con las actualizaciones hechas por el mismo Centro de Gestión Hospitalaria en su revista Vía Salud.

Seguidamente, se hará la presentación de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo, su reseña histórica, plataforma estratégica, portafolio de servicios, estructura organizacional, manual de procesos, sistemas de gestión y salud ocupacional, temas que permiten hacerse una idea al lector acerca de la institución a la que va dirigida la formulación del manual de gestión de seguridad del paciente.

El diseño metodológico de la monografía brindará una orientación sobre el tipo de estudio que se realizó y la forma como se obtuvo la información para el desarrollo del mismo.

Se describirán los apartes que se tuvieron en cuenta del Modelo de Seguridad del Paciente del Centro de Gestión Hospitalaria para la formulación del Manual para la Gestión de Seguridad del Paciente y se resaltarán los puntos importantes para aplicar en la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo como institución de salud mental.

Solo hasta hace poco se ha empezado a considerar la seguridad del paciente en centros de salud mental, después de la denuncia realizada por el diario Hartford Courant, Connecticut, en 1998 sobre 142 muertes ocurridas en Estados Unidos derivadas de la hospitalización y aislamientos en Centros de Atención de Enfermedades mentales (Herzog et al, 2002). Los escasos datos disponibles sugieren que los pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas representan una población de alto riesgo que muestra desafíos particulares ⁶. Los Eventos Adversos asociados a la formulación son desproporcionadamente más frecuentes

en las unidades psiquiátricas en comparación con las unidades médicas y quirúrgicas y, relativamente más costosos ⁷.

Aunque muchos de los factores de riesgo para la seguridad del paciente que existen en los centros médicos se aplican a centros de salud mental, hay problemas de seguridad del paciente que se presentan en el contexto de la psiquiatría que son más frecuentes entre las personas con enfermedad mental ⁸.

La seguridad del paciente es una tarea y un reto del conjunto de la organización que, en última instancia, es gestionada por los equipos multidisciplinares. La cohesión del equipo y la capacidad de liderazgo de los directivos, son las piezas claves en la prevención de riesgos y en la reducción de las secuelas de los potenciales incidentes. Los equipos deben aplicar herramientas que les permitan conocer los factores y situaciones de riesgo y participar en el establecimiento de estrategias de intervención en seguridad del paciente.

Los indicadores objeto de evaluación serán presentados permitiendo hacer un seguimiento para el mejoramiento de los mismos.

Finalmente, se presentarán las conclusiones basadas en el cumplimiento o no de los objetivos planteados al inicio de la monografía.

I. MARCO GENERAL DEL PROYECTO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada año en el mundo, más de un millón de personas recibe atención de servicios especializados de salud mental^{9,10}, y hay alrededor de 160.000 ingresos hospitalarios por enfermedades mentales¹¹. Las personas que requieren del uso de servicios de salud mentales, sobre todo cuando presentan una enfermedad aguda, son vulnerables a una serie de riesgos potenciales. A menudo, estos riesgos están relacionados a su propio comportamiento, la conducta de los otros pacientes (por ejemplo lesiones auto-infringidas, agresiones o violencia, y la conducta sexual desinhibida), o son el resultado directo de su enfermedad mental. Otros se relacionan con los riesgos de seguridad de su atención o tratamiento. Esto hace que los usuarios de servicios de salud mental sean un grupo especialmente vulnerable de pacientes (Scobie, et al. 2006, p 7).

Aunque muchos de los factores de riesgo para la seguridad del paciente que existen en los centros médicos se aplican a los mismos centros de salud mental, existen problemas únicos de seguridad del paciente que se presentan en el contexto de la salud mental que son más comunes entre las personas con enfermedad psiquiátrica o son atípicos a las otras atenciones médicas (Peña. 2010, p10). Algunos de éstos incluyen la seguridad del paciente en torno a la reclusión y los sistemas de retención, el comportamiento auto-lesivo y el suicidio, la fuga, y la reducción de capacidad de auto-defensa.

La seguridad del paciente en centros de salud mental, sólo recientemente ha sido considerada como un campo de estudio (Brickell et al, 2009). Frecuentemente, es subsumido bajo el concepto más amplio de seguridad de los pacientes sin ningún argumento que pudiera impulsarlo para definirlo por separado. Una revisión de la literatura reveló que los intentos de comprender y definir la seguridad del paciente en el contexto de la salud mental a menudo se dejan sacar de la literatura más grande, de la seguridad del paciente en general (Brickell et al, 2009).

En las últimas dos décadas, las organizaciones sanitarias han comenzado a prestar especial atención a la seguridad de sus procedimientos y estructuras asistenciales, así como a la identificación de incidentes, eventos adversos, sus consecuencias y posibilidades de mejora. Los usuarios de los sistemas sanitarios son cada vez más conscientes de la necesidad de un entorno seguro y solicitan ser agentes activos de su salud. Los procedimientos son cada vez más efectivos

pero a la vez más complejos y fragmentarios. A pesar de los esfuerzos por implantar una medicina basada en la evidencia científica, sigue existiendo una gran variabilidad en las prácticas asistenciales, variabilidad que es especialmente notable en el ámbito de la salud mental (Chang et al., 2005).

La asistencia psiquiátrica hospitalaria requiere especial atención en cuanto a la seguridad de sus procedimientos y estructuras asistenciales (Scobie, 2006, p 28). Podemos considerar a las unidades de hospitalización entornos de riesgo, debido a que atienden a pacientes vulnerables que en muchos casos sufren alteraciones cognitivas, del juicio de realidad y de la conducta, y que podrán ser sometidos a ingresos e intervenciones terapéuticas involuntarias (con el consiguiente riesgo de quiebra de derechos). Algunos de estos pacientes no completan adecuadamente los tratamientos prescritos, intentarán abandonar la unidad hospitalaria, o presentarán comportamientos suicidas o heteroagresividad. La contención mecánica, frecuente en este entorno, es una práctica de riesgo con numerosas complicaciones ¹².

En el ámbito de la salud mental tendremos 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 electroconvulsiva, contención mecánica, prevención de suicidio y de abandonos de las unidades hospitalarias, etc.).

Se han podido identificar acciones inseguras más frecuentemente asociadas con errores en el paciente con enfermedad mental (Peña. 2010, p 40)

- Dejar al paciente solo.
- No identificar a los pacientes con riesgo de suicidio, evasión o agresión, alto riesgo de sufrir una caída.
- No clasificar los pacientes con riesgo alto de suicidio, evasión, agresión o consumo de psicotrópicos o alcohol.
- Inadecuada monitorización de los pacientes con riesgo alto de suicidio, evasión, agresión o consumo de psicotrópicos o alcohol.

Una de las claves fundamentales para mejorar la seguridad del paciente es la promoción de cambios en cultura clínica. Los errores son tanto producto de los sistemas diseñados como del comportamiento individual (Luengas, 2008, p. 2-7). Los errores pueden prevenirse si estos son asumidos como son. La prevención de los errores involucra el aprendizaje desde otras especialidades médicas, otros

psiquiatras y profesionales en salud mental y otras industrias que involucren la aplicación de tecnologías potencialmente peligrosas. La prevención del error en situaciones clínicas involucra el escrutinio y retroalimentación desde otros. La privacidad y confidencialidad en la práctica puede ser infringida para reducir oportunidades para mejorar la seguridad del paciente. La instauración de guías de práctica clínica es una forma de incrementar la seguridad. Así, la cultura de seguridad es la responsabilidad del grupo implementada a través de los individuos (Luengas, 2008).

Con base en lo anterior, los manuales de seguridad ofrecen un modelo o guía que permite a las instituciones de salud y sus integrantes, familiarizarse con los procesos existentes y relacionados con la seguridad del paciente. Esta orientación también permite reducir el temor frente al reporte de un incidente o de un evento adverso, ya que contribuye a tomar conciencia de la importancia del mismo y que la verdadera penalización se realiza cuando se oculte este reporte. Los manuales ayudan a orientar a las instituciones acerca de la forma más idónea para la implantación de políticas de seguridad, la sensibilización del personal, los integrantes de los comités, el diseño de formatos para recolectar la información, el análisis de la información, la retransmisión de la información, el involucramiento del paciente y la familia dentro del plan de manejo, la medición de indicadores y el ajuste de acuerdo a estándares establecidos. Además, junto con un buen manual de seguridad se logra optimizar los recursos existentes en salud, reduciendo los costos de “no calidad”.

1.2. JUSTIFICACION

Las instituciones de salud en Colombia están siendo estimuladas a competir entre sí, en términos de calidad y eficiencia. Es por esta razón, que muchas han estado trabajando continuamente en la mejora de los procesos de atención, con el objetivo de ofrecer un servicio con altos estándares de calidad, el cual es reconocido con los soportes de certificación o acreditación, según los alcances a los que desee llegar la institución.

Es así, como la Seguridad del Paciente toma fuerza y se convierte en una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones. Los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alertan sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos son sucesos que se presentan en cualquier actividad y, básicamente, son un indicador fundamental de su calidad. En el país existe una sólida decisión por parte del Gobierno, los prestadores y aseguradores de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud ¹³.

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás (Ministerio de la Protección Social, 2008).

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. Cuando

ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

Las instituciones que prestan servicios enfocados a la atención de pacientes con patologías psiquiátricas, no son ajenas a todos estos cambios que se generan en el sistema de salud. Las medidas adoptadas por el Ministerio de Protección Social, las involucra de forma directa y el objetivo de estos cambios que se están exigiendo al interior de las instituciones es el de la prestación de servicios con altos estándares de calidad.

Los pacientes que demandan la atención de estos servicios tienen ciertas características especiales que deben ser tenidas en cuenta al momento de la elaboración del “Manual para la Gestión de la Seguridad del Paciente”.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Formular el Manual para la Gestión de la Seguridad del Paciente en la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo de la Ciudad de Bucaramanga.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Definir las políticas institucionales de seguridad del paciente tomando como base la Política de Seguridad del Paciente definida por el Ministerio de la Protección Social en el 2008 y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).
2. Establecer el direccionamiento de las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.
3. Identificar los riesgos potenciales de los procesos clínico-asistenciales de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga.
4. Brindar una herramienta para identificar los riesgos, calcular la incidencia, prevalencia, la frecuencia e impacto de los eventos adversos y su intervención mediante la formulación de acciones preventivas.
5. Orientar en el diseño de las etapas para la formulación del programa “seguridad del paciente” en la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga.
6. Proponer el procedimiento para el registro, evaluación, seguimiento, control y análisis detallado e integral de los Eventos Adversos posibles o Evitables y No Evitables en la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga.
7. Establecer la metodología para la prevención de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de estrategias científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
8. Definir la estrategia para promover la educación a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.

9. Definir los lineamientos para modular y conducir los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente en una misma línea, hacia los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

1.4. ALCANCE

A partir del análisis de revisión bibliográfica sobre condiciones de seguridad del paciente en instituciones psiquiátricas, de la normatividad vigente y de la evidencia científica se pretende diseñar un Manual para la Gestión de la Seguridad del Paciente para la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga.

II. ESTADO DEL ARTE

2.1 ANTECEDENTES

Hablar de antecedentes en el tema de la seguridad de los pacientes es hablar de los antecedentes de la atención en salud. En efecto, la prestación de servicios de salud lleva intrínseco el concepto de seguridad. La práctica clínica para la atención de pacientes es la búsqueda y aplicación de intervenciones que resuelvan los problemas de salud del paciente dentro de un rango razonable de riesgo. No se concibe una intervención clínica sin el concepto de riesgo. Por ejemplo, parece evidente en los estudios arqueológicos de la cultura egipcia que realizaban trepanaciones de cráneo; no obstante, las investigaciones en este tema también sugieren la muerte segura de las personas sometidas a tales intervenciones. Carecía de sentido, entonces, el drenaje de un hematoma subdural si el paciente fallecía.

La historia de la medicina tiene innumerables ejemplos de intervenciones abandonadas, cuyo riesgo superaba el beneficio: las intoxicaciones mercuriales en pacientes sifilíticos y el tratamiento de la ascitis con toxinas de sapo y que terminaban en fallas cardíacas fatales son un par de ejemplos de ello ¹⁴. Por el contrario, las intervenciones que permanecen son aquellas que consideran el riesgo mismo del tratamiento como parte de su diseño, de manera que el tratamiento diseñado logre el beneficio esperado sin causar un daño mayor o, en su defecto, como nos lo enseñó Hipócrates, hace ya cerca de 2.500 años, si no logra el beneficio, por lo menos, que no haga daño (“primum non nocere”) ¹⁵.

Desde muchos siglos atrás, se evidencia un compromiso importante por la seguridad de los pacientes, tal y como ha sido descrito en el Código de Hammurabi, en la antigua Babilonia (siglo XX a.d Cristo), en donde el rey Hammurabi constituye un conjunto de leyes enumeradas del 1 a 282, en el tema en particular se tiene: “Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de ese hombre, se cortaran sus manos. Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce e hizo morir al esclavo, dará otro esclavo equivalente” ¹⁶.

Si se revisa de manera rápida los antecedentes ancestrales, se encontrará intervenciones milenarias vigentes, cuya relación riesgo-beneficio es muy alta. La inmovilización de fracturas, por ejemplo, es un tratamiento usado todavía, cuyos orígenes probablemente se remontan a la prehistoria. La hidratación en los casos de diarrea es otro de los tratamientos que más ha ayudado a salvar vidas en el mundo. Más reciente, se estima que el descubrimiento de la penicilina, cuya baja toxicidad y alta efectividad, seguramente, ha llevado a incrementar la expectativa de vida en el mundo. La enseñanza del obstetra austriaco Ignaz Phillip Semmelweis, que data de 1847, sigue más vigente que nunca: la identificación de la causa de la sepsis puerperal entre las pacientes maternas, asociado al examen por médicos que venían de realizar autopsias (*Streptococcus pyogenes*).

Hoy en día, uno de los programas estrella en la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el lavado de manos entre el examen de un paciente y otro, para combatir las infecciones asociadas a la atención en salud, que según el Center for Disease Control and Prevention (CDC) afectan aproximadamente a dos millones de pacientes cada año en Estados Unidos (OMS, 2008), en centros de cuidado agudo, con un costo aproximado de 3.500 millones de dólares por año. En hospitalizaciones de larga estancia (OMS, 2008), se estiman más de 1,5 millones de casos de infecciones asociadas a la atención en salud por año, un promedio de una infección por paciente por año.

Otro ejemplo muy relevante de intervenciones mundiales para el control de riesgos en salud, son los estudios (OMS, 2008) para autorizar los medicamentos de consumo humano como ejemplo de los esfuerzos por desarrollar terapias bajo un rango de riesgo conocido.

Y si el tema de la seguridad de la atención de pacientes es tan antiguo, ¿por qué este reciente interés sobre el tema? La respuesta la encontramos en las mediciones que se están realizando y en los estudios sobre eventos adversos, los cuales nos demuestran qué tan juiciosas fueron las recomendaciones de Hipócrates, Semmelweis, Florence Nightingale o Harvey Wiley. Evidentemente, se han tornado en alarma mundial los resultados que muestran la magnitud de un problema que dice que no se está haciendo suficiente hincapié en el tema. Algunos ejemplos de estos estudios son los realizados por el Instituto de Medicina de Estados Unidos, en el reporte *Errar es humano*:

Estudio de Colorado y Utah (Thomas et al. 2000, p.261-271):

- Incidencia de eventos adversos: 2,9%
- Mortalidad: 8,8%.

Estudio de Nueva York (Brennan et al. 1991,p.370-6):

- Incidencia de eventos adversos: 3,7%.
- Mortalidad: 13,6%.

Cuando la información anterior se extrapola a las cerca de 35 millones de hospitalizaciones anuales que ocurren por año en Estados Unidos, se sugiere que por lo menos 44.000 y hasta 98.000 estadounidenses mueren como consecuencia de eventos adversos. El estimado más bajo (44.000) es mayor que la mortalidad individual por sida, cáncer de seno y accidentes automovilísticos. Otros datos llevan a ver el tema como un problema de salud pública ¹⁷.

En cuanto a infecciones asociadas a la atención en salud, los estudios epidemiológicos del CDC estiman que un tercio de estas pueden evitarse mediante un programa bien organizado de control de infecciones. Actualmente, sólo se previenen entre el 6% y el 9% (OMS, 2005).

Los resultados obtenidos de la medición de eventos adversos o de eventos potencialmente demandables han generado reacciones para enfrentar la solución del problema. Así, como unos pocos ejemplos de las iniciativas y desarrollos mundiales en el tema se encuentran en el National Health Service (NHS) y en el Reino Unido, que ha desarrollado varios modelos para analizar e intervenir en errores y eventos adversos, así como para gestionar la cultura. En Estados Unidos se han desarrollado programas nacionales, como los de 5 Millones de Vidas, y los recursos disponibles en gestión de los riesgos del paciente son innumerables. Entre tanto, Australia ha reaccionado con modelos de los que cabe resaltar las categorizaciones de análisis de riesgos. En general, todos estos países han desarrollado políticas nacionales para el abordaje del tema.

Por su parte, la OMS ha expedido programas y proyectos de carácter mundial para evaluar e intervenir eventos adversos. Entre ellos, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la Alianza de Pacientes por la Seguridad del Paciente, las intervenciones y recomendaciones en los siete eventos adversos considerados de mayor criticidad y la campaña mundial para el lavado de manos (OMS 2005).

En Colombia, el antecedente más relevante es la formulación de la Política de Calidad de la Atención en Salud, en términos del Sistema de Garantía de Calidad. En este contexto, el concepto de calidad incorpora, desde su definición, la seguridad del paciente como una de sus características. Además, el Ministerio de la Protección Social se encuentra implementando una política nacional de seguridad del paciente que incluye, entre otras estrategias, la capacitación nacional de facilitadores en el tema, el desarrollo de herramientas de intervención en riesgos específicos y la participación en el proyecto IBEAS ¹⁸ (proyecto promovido por la alianza mundial de seguridad del paciente de la OMS), con otros países de Latinoamérica, en la medición e identificación de la incidencia y la prevalencia de los eventos adversos y errores, como parte de un programa de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

Igualmente, cada uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad desarrolla aspectos de seguridad del paciente o incluso es su foco principal. Entre tanto, el Sistema de Información para la Calidad desarrolla una buena parte de los indicadores de monitorización en conceptos de riesgos para el paciente (por

ejemplo, infecciones intrahospitalarias). El componente de habilitación está centrado en los riesgos para el paciente, mientras los estándares y requisitos están contruidos como condiciones mínimas de la estructura de la atención, orientados a minimizar el riesgo para el paciente.

El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad incorpora como uno de sus propósitos el desarrollo de modelos de mejoramiento centrados en la seguridad del paciente.

En el tema de la acreditación se han realizado esfuerzos para incorporar estándares específicos en el tema de la seguridad del paciente, aun cuando el riesgo para los usuarios de los servicios de salud es uno de los focos de mejoramiento que pretenden promover los estándares y, en general, el modelo de acreditación colombiano. Por otra parte, la Fundación Corona, en conjunto con el Centro de Gestión Hospitalaria, ha llevado a cabo varios proyectos de acompañamiento a redes públicas de hospitales de los departamentos de Nariño, Antioquia, Boyacá y Caldas (Luengas 2008). Como parte de las estrategias de este esfuerzo por el mejoramiento de la calidad de servicios de salud en el país, se realizó un consolidado de los diagnósticos de las instituciones participantes, de cuyas conclusiones se destaca que las dos principales oportunidades de mejora de los hospitales se centraron en el cierre de brechas en relación con los estándares de recursos humanos y asistenciales (Luengas, 2008).

En los últimos años las instituciones y los profesionales han mostrado una genuina preocupación por disminuir errores y eventos adversos durante la atención en salud. Así mismo, las entidades de aseguramiento están abordando estrategias de reporte y mecanismo de análisis de eventos adversos. Las instituciones educativas también están promoviendo el tema.

Este boom, como todos, está expuesto a amenazas. Dentro de ellas se identifican dos que atentan directamente contra la consolidación del tema en el sistema, antes de que pueda demostrar resultados tangibles. La primera es un excesivo énfasis en lo conceptual. Las estadísticas, que con abundancia se encuentran en la literatura, son lo suficientemente concretas y específicas como para que las estrategias y las acciones sobre eventos adversos también lo sean (Gutiérrez 2005). Los profesionales clínicos se quejan de que los logros que se mencionan, como salvar cinco millones de vidas, eliminar las caídas de camillas y las neumonías asociadas con ventilador, etc., han ocurrido en hospitales del Japón, Australia, Europa o Estados Unidos, y ninguno en hospitales colombianos o latinoamericanos (Gaitan, et al 2006).

Las actividades y estrategias de las que se hace referencia, que tanto se han incrementado en Colombia enfocadas en “sensibilizar” a los profesionales de la salud y a las instituciones, pero no en estrategias concretas de medición, análisis, intervención, estandarización y transformación de la cultura hacia la creación de entornos seguros de atención (Cohecha 2007). Sin pretender restarle importancia a la concientización acerca del problema, la verdad es que los clínicos quieren ver

acciones específicas, herramientas prácticas y resultados concretos en nuestro país. En Colombia ya están listos para pasar de la fase de sensibilización a la de acción.

La segunda amenaza relevante es la dispersión de estrategias y acciones. Hoy la literatura es prolija en hallazgos, estadísticas, estrategias y herramientas prácticas para reducir eventos adversos. Esto invita a implementar acciones poco planificadas, en la medida en que se van promoviendo, sin que exista un modelo formal que permita estructurarlas de manera sistemática, con un foco concreto (Luengas 2009).

Ejemplos de ellas son la ya mencionada promoción del lavado de manos por parte de la OMS ¹⁹, luego hay que implementar una campaña con tal fin; en las noticias se informa el caso de una operación de órgano par equivocado, luego hay que desarrollar un estándar de verificación del sitio correcto; dado que los eventos adversos medicamentosos son los más frecuentes, hay que adquirir un software para su formulación; las caídas de camillas son muy frecuentes, luego hay que implementar una escala para medir el riesgo de caídas; como la norma exige reportar la cancelación quirúrgica y la pérdida de pacientes, es necesario formalizar la estadística de salas de cirugía e involucrar el personal encargado de seguridad.

Al final es posible que una institución se encuentre desarrollando ocho, diez o más programas o proyectos de seguridad, de manera simultánea, algunos de ellos sin relación con el tipo de pacientes que atiende o de servicios que presta, mientras los clínicos se preguntan “y de resultados ¿qué?” (Kerguelén 2007). Las consecuencias de la dispersión de esfuerzos son previsibles. ¿Qué grado de compromiso se puede esperar con un programa de seguridad en cirugía en una institución de primer nivel cuyo foco son la promoción y la prevención? De hecho, la experiencia enseña (Luengas 2008) que las instituciones con resultados son aquellas que diseñan e implementan programas sistemáticos, congruentes con sus prioridades y servicios institucionales, de manera que, en general, se comprometen con programas y proyectos centrados en el tipo de pacientes que atienden, que representan su principal foco de atención y, en consecuencia, logran resultados prácticos, demostrables.

Hay premisas fundamentales para que la iniciativa de trabajar por la seguridad del paciente sea efectiva. Se mencionan las siguientes: el esfuerzo debe ser colectivo, sistemático y continuado; tener metas cuantitativas explícitas; tener un foco concreto y claro; involucrar los principales factores que intervienen en este; contar con el respaldo explícito y demostrable del equipo directivo institucional; abordar temas que todos consideren relevantes para su práctica diaria, y con base en todo lo anterior, tener credibilidad.

La credibilidad en la iniciativa se fortalecerá en la medida en que las personas que han hecho aportes para su diseño e implementación se vean recompensadas por resultados cuantificados. De hecho, este es con frecuencia, el único propósito con el que los clínicos se comprometen: resultados exitosos con los pacientes que atienden. Por el contrario, si no se obtienen resultados en períodos razonables, los equipos se cansan y los proyectos se abandonan ²⁰.

2.2 DEFINICION DE CONCEPTOS

El tema de Seguridad del Paciente ha sido de constante interés en los últimos años, es debido a esto que se ha incrementado la literatura relacionada y hoy en día existen muchas definiciones y términos nuevos, los cuales se han venido desarrollando con la ampliación del tema.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente²¹, reunió un grupo de redacción para que llevara adelante un programa de trabajo consistente en la definición de los conceptos relativos a la seguridad del paciente, armonizándolos y agrupándolos en una clasificación acordada internacionalmente que favoreciera el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente en diferentes sistemas.

El Grupo de Redacción elaboró el marco conceptual de la CISP (Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente) a lo largo de tres años ¹⁹. Imperó el firme compromiso de lograr que el marco supusiera una verdadera convergencia de las percepciones internacionales de las principales cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente. Su validez se evaluó por medio de una encuesta bifásica a través de Internet basada en el método Delfos modificado ²⁰ y un análisis en profundidad llevado a cabo por expertos técnicos que representaban los ámbitos de la seguridad, la ingeniería de sistemas, la política sanitaria, la medicina y el derecho ²¹.

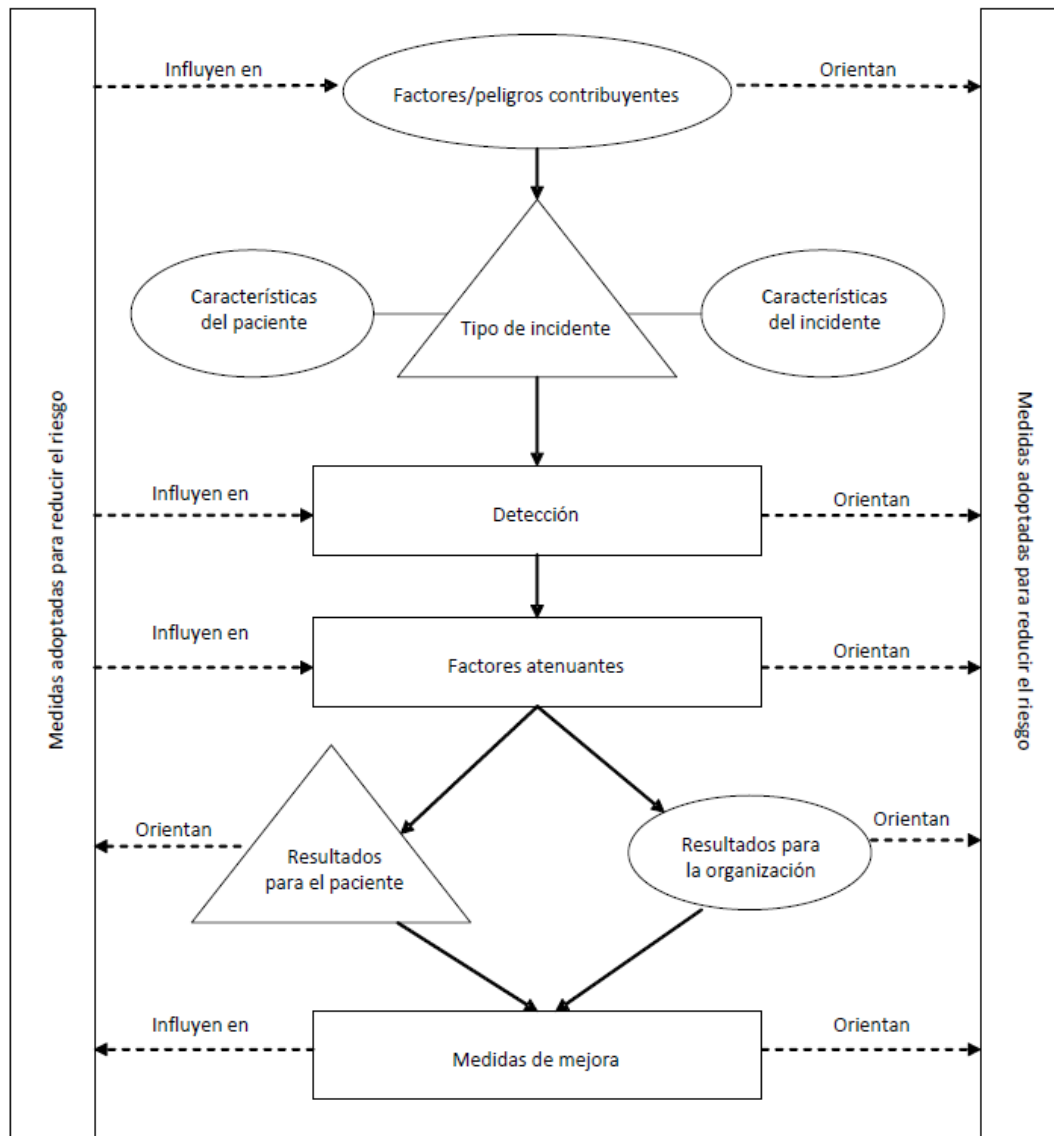
Dicho marco se ha concebido para ofrecer una comprensión global del tema de la seguridad del paciente. Su objetivo es representar un ciclo continuo de aprendizaje y mejora haciendo hincapié en la identificación de riesgos, la prevención, la detección, la reducción de riesgos, la recuperación de los incidentes y la resiliencia del sistema, todos los cuales aparecen en todo momento y en cualquier punto dentro del marco conceptual.

Las diez clases superiores son:

1. Tipo de incidente
2. Resultados para el paciente
3. Características del paciente

4. Características del incidente
5. Factores/peligros contribuyentes
6. Resultados para la organización
7. Detección
8. Factores atenuantes
9. Medidas de mejora
10. Medidas adoptadas para reducir el riesgo

Gráfico 1. Marco conceptual de la Clasificación Internacional del Paciente



- Resiliencia del sistema (evaluación proactiva y reactiva del riesgo)
- Categorías reconocibles y clínicamente pertinentes para la identificación y localización de incidentes
- Información descriptiva

Las líneas continuas representan las relaciones semánticas entre clases. Las líneas de puntos representan el flujo de información.

Fuente: World Health Organization. *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Versión 1.1. 2009.

Tabla 1. LISTADO DE TERMINOS Y REFERENCIAS CONSIDERADAS PARA EL MARCO CONCEPTUAL DE CISP

Término	Definición
Abandono	Ausencia de los servicios o recursos mínimos para satisfacer las necesidades básicas. El abandono [...] también puede incluir el hecho de situar a las personas en condiciones inseguras o sin supervisión.
Abuso	Se da cuando un servicio de atención sanitaria se presta en circunstancias en las que su capacidad de causar daño supera al beneficio.
Accidente <i>Véase también evento adverso</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evento en el que se produce un daño a un sistema definido que perturba el producto presente o futuro del sistema. 2. Incidencia o evento involuntario y/o imprevisto que puede derivar en una lesión o la muerte. 3. Evento no planificado, imprevisto y no deseado, generalmente con una consecuencia adversa. 4. Evento en el que se produce un daño a un sistema definido que perturba el producto presente o futuro del sistema. 5. Resultado adverso que NO se debe a la casualidad ni al destino.
Accidente normal	Cuando la complejidad interactiva y el acoplamiento estrecho –ambos características del sistema– producen inevitablemente un accidente. [...] Con el extraño término <i>accidente normal</i> se pretende señalar que, dadas las características del sistema, es inevitable que se produzcan numerosas interacciones imprevistas de fallos. [...] Los accidentes del sistema son infrecuentes, incluso raros, pero esto no es en absoluto tranquilizador si pueden provocar catástrofes.
Accidente organizacional	Eventos comparativamente raros, pero a menudo catastróficos, que ocurren en tecnologías modernas y complejas. [...] Los accidentes organizacionales tienen múltiples causas en las que intervienen muchas personas que operan a diversos niveles en sus empresas respectivas.
Accidentes individuales	Accidentes en los que una persona o un grupo es a menudo tanto el agente como la víctima del accidente. Las consecuencias para las personas afectadas pueden ser importantes, pero su difusión es limitada.
Actividades de atenuación	Actividades que emprende una organización para intentar reducir la gravedad y el impacto de una posible emergencia.
Actos peligrosos intencionados	Los actos peligrosos intencionados [...] son eventos consecuencia de una acción delictiva, una acción deliberadamente peligrosa, una acción relacionada con el abuso de alcohol o sustancias, o proveedores de atención sanitaria o personal afectados –o– eventos en los que se supone o sospecha algún tipo de maltrato al paciente.

Término	Definición
Agente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sustancia química o biológica u organismo capaz de producir un efecto. 2. Fuerza o sustancia activa capaz de producir un efecto. 3. Sustancia, objeto o sistema que actúa para producir cambios.
Aislamiento	[En la industria, m]edio para separar un proceso con una alta probabilidad de fallo de otros procesos a fin de reducir al mínimo el impacto sobre los productos que se están generando.
Alergia medicamentosa	Estado de hipersensibilidad inducido por la exposición a un determinado antígeno farmacológico y que causa reacciones inmunitarias nocivas en posteriores exposiciones al fármaco, como la alergia a la penicilina.
Amenaza para la seguridad del paciente	Todo riesgo, evento, error, situación peligrosa o conjunto de circunstancias que ha causado daño a pacientes o podría causarlo.
Análisis de árboles de fallos	Método sistemático de examen prospectivo de un diseño para determinar las formas en que puede producirse un fallo. El análisis estudia las posibles causas próximas directas que podrían dar lugar al evento y busca sus orígenes. Una vez conocidos las causas y los orígenes, hay que dar con formas de evitarlos.
Análisis de barreras	[Método que] puede utilizarse para investigar accidentes y que examina las razones del fracaso de las barreras [frente a los errores] y si estas existen en número suficiente.
Análisis de la vulnerabilidad a peligros	Identificación de potenciales emergencias y de los efectos directos e indirectos que podrían tener sobre las operaciones de la organización de atención sanitaria y la demanda de sus servicios.

Término	Definición
Análisis de las causas profundas (ACP)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proceso para identificar los factores básicos o causales que subyacen a la variación en el desempeño, incluida la aparición o posible aparición de un evento centinela. 2. Proceso sistemático por el que se identifican los factores que contribuyeron a un incidente. 3. Proceso sistemático de investigación de un incidente crítico o de un resultado adverso para determinar los diversos factores contribuyentes. El análisis se centra en identificar las condiciones latentes que subyacen a la variación en el desempeño y, si procede, en elaborar recomendaciones de mejoras que reduzcan las probabilidades de un incidente similar en el futuro. 4. Técnica de investigación sistemática que va más allá de los individuos concernidos y trata de comprender las causas subyacentes y el contexto ambiental en el que se produjo el incidente. El análisis se centra en identificar las condiciones latentes que subyacen a la variación en el desempeño y en elaborar recomendaciones de mejoras que reduzcan las probabilidades de recurrencia. 5. Proceso orientado a identificar los factores causales básicos o contribuyentes que subyacen a las variaciones en el desempeño asociadas a eventos adversos o cuasiincidentes. Un ACP reúne las características siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • El examen es de carácter interdisciplinario, con participación de las partes más estrechamente ligadas al proceso. • El análisis se centra principalmente en los sistemas y los procesos, no en el desempeño individual. • El análisis profundiza preguntando qué y por qué hasta que se examinan todos los aspectos del proceso y se identifican todos los factores contribuyentes (avanzando desde la consideración de las causas especiales hasta la de las comunes). • El análisis identifica las modificaciones que podrían hacerse en los sistemas y procesos rediseñándolos o bien desarrollando otros nuevos que mejoraran el desempeño y redujeran el riesgo de recurrencia de eventos o cuasiincidentes. <p>Para ser completo, un ACP debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La determinación de los factores humanos y de otro tipo asociados más directamente con el evento o el cuasiincidente, y de los procesos y sistemas relacionados con su aparición (rara vez hay una sola causa subyacente). • Análisis de los sistemas subyacentes preguntando sucesivamente por qué con miras a determinar dónde se podría reducir el riesgo mediante rediseños. • Identificación de los riesgos y de sus posibles contribuciones al evento o al cuasiincidente. • Determinación de posibles mejoras de los procesos o sistemas que tenderían a reducir las probabilidades de tales eventos en el futuro, o la determinación, tras el análisis, de que tales oportunidades de mejora no existen. <p>Para ser creíble, un ACP debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir la participación de los dirigentes de la organización (esto puede ir desde la contratación del equipo de ACP a la participación directa en dicho equipo y a la intervención en el diseño del plan de acción correctivo) y de las personas más estrechamente implicadas en los procesos y sistemas objeto de examen. • Poseer coherencia interna (es decir, no contradecirse a sí mismo ni dejar preguntas obvias sin respuesta). • Incluir un examen de la bibliografía pertinente. 6. Proceso sistemático e iterativo por el que se identifican los factores que contribuyen a un incidente reconstruyendo la secuencia de sucesos y preguntando repetidamente por qué hasta que se elucidan las causas profundas subyacentes.
Véase investigación y análisis causal	

Término	Definición
Análisis de los modos de fallo y de sus efectos (AMFE)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación sistemática de un proceso o producto que permite localizar fallos potenciales y determinar su mecanismo. 2. Método de evaluación del riesgo basado en el análisis simultáneo de los modos de fallo, sus consecuencias y sus factores de riesgo asociados.
Análisis de sistemas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación formal de una actividad, un método, un procedimiento o una técnica en la que se examina el problema en su totalidad con miras a mejorar el flujo de trabajo. 2. Análisis de los recursos (personal, instalaciones, equipos, materiales, fondos y otros elementos), la organización, la administración, los procedimientos y las políticas necesarios para llevar a cabo una determinada tarea. El análisis aborda generalmente las alternativas de cada categoría, así como su eficacia y su eficiencia relativas. 3. Análisis de los recursos (humanos, financieros, materiales, etc.), la organización, la administración, los procedimientos y las políticas necesarios para llevar a cabo un determinado proceso. El análisis suele incluir una lista de opciones en cada categoría y sus cualidades relativas. 4. Evaluación del funcionamiento de los sistemas de una organización de atención sanitaria.
Áreas de interés prioritario	Procesos, sistemas o estructuras de una organización de atención sanitaria que repercuten considerablemente en la calidad y la seguridad de la atención.
Atención sanitaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios de profesionales de la atención sanitaria y de sus agentes que van dirigidos a (1) la promoción de la salud; (2) la prevención de enfermedades y lesiones; (3) la vigilancia de la salud; (4) el mantenimiento de la salud, y (5) el tratamiento de enfermedades, trastornos y lesiones a fin de obtener la curación o, en su defecto, un confort y un funcionamiento óptimos (calidad de vida). 2. Atención prestada a las personas o las comunidades por parte de agentes de los servicios de salud o de las profesiones sanitarias con el propósito de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. La atención sanitaria es más amplia que la atención médica, en la cual la acción terapéutica es llevada a cabo por el médico o bajo su supervisión. 3. Servicios recibidos por las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.
Atención segura	La atención segura consiste en tomar decisiones clínicas basadas en pruebas a fin de maximizar los resultados sanitarios de un individuo y reducir al mínimo la capacidad de causar daño.
Atributos	Cualidades, propiedades o rasgos de algo o alguien.

Término	Definición
Auditoría clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ciclo de actividades que comporta la evaluación de la atención, la comparación con una norma de algún tipo (ya sea un proceso o un resultado) y, en condiciones ideales, intervenciones de mejora de la calidad cuando proceda. Se basa esencialmente [...] en el muestreo a gran escala. 2. Análisis de la atención de pacientes con enfermedades frecuentes orientado a identificar y corregir deficiencias de la gestión (preferiblemente por medio de protocolos o directrices escritos). 3. Examen organizado de los procedimientos clínicos en uso en el que se comparan estos con normas asistenciales preestablecidas. Seguidamente se adoptan medidas orientadas a corregir las deficiencias detectadas en las prácticas y se repite el examen para determinar si se están cumpliendo las normas.
Base de reglas	Componente del sistema de reglas de producción que representa el conocimiento como reglas con la forma «si... entonces».
Calidad	Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se logren los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.
Calidad de la atención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grado en que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se logren los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento. 2. Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se logren los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento. 3. Grado de conformidad con los principios y prácticas aceptados (normas), grado de adecuación a las necesidades del paciente y grado de consecución de resultados (efectos prácticos) alcanzables, en consonancia con la correcta asignación o uso de los recursos. La expresión <i>calidad de la atención</i> denota el concepto de que la calidad no equivale a «más tecnología», a «tecnología superior» o a mayor coste. El <i>grado de conformidad</i> con las normas se centra en el desempeño del proveedor, mientras que el <i>grado de adecuación</i> a las necesidades del paciente indica que este puede presentar trastornos que prevalecen sobre la estricta conformidad con los procedimientos prescritos.
Características del incidente	Atributos seleccionados de un incidente.
Características del paciente	Atributos seleccionados de un paciente.
Causa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acto por el que se produce un efecto. 2. Factor antecedente que contribuye a un evento, efecto, resultado o consecuencia. Una causa puede ser próxima en el sentido de que precede inmediatamente a la consecuencia [...] Puede ser también remota, [...] y así contribuir a la consecuencia.
<i>Véase también causa directa, causa inmediata, causa próxima, causa subyacente, factor causal, relación causal</i>	

Término	Definición
Causa directa <i>Véase también causa, causa inmediata, causa próxima, causa subyacente, factor causal, relación causal</i>	Causa responsable de la puesta en marcha de una secuencia de eventos que da lugar a un resultado sin intervención de ninguna otra fuente independiente.
Causa inmediata <i>Véase también causa, causa directa, causa próxima, causa subyacente, factor causal</i>	Última de una serie o cadena de causas que tienden a un resultado determinado y que, sin la intervención de ninguna otra causa ulterior, llegan a producir el resultado o el evento. No es necesariamente la causa directa o próxima.
Causa interpuesta	Algo que sucede después de un acto de negligencia y que ocasiona la lesión resultante. Si la causa interpuesta es importante, puede aliviar de responsabilidad jurídica a la persona que originalmente fue negligente; en ese caso se denomina «causa preponderante».
Causa profunda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Causa original del fallo o la ineficiencia de un proceso. 2. El motivo más fundamental por el que se ha producido un evento.
Causa próxima <i>Véase también causa, causa directa, causa subyacente, factor causal, relación causal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acción u omisión que produce una consecuencia de manera natural y directa. Es la causa exterior o evidente de una incidencia. Tratar sólo los «síntomas» o la causa especial próxima puede conducir a algunas mejoras a corto plazo, pero no impedirá que la variación se repita. En algunas jurisdicciones, para que una acción u omisión se considere causa próxima de una pérdida o lesión debe probarse que sin esa acción u omisión no se habría producido la lesión o la pérdida. 2. Término jurídico que describe la causa directa de una lesión. La causa próxima es la que en una secuencia natural, no interrumpida por factores interpuestos, produjo la lesión, y sin la cual esta no habría ocurrido.
Causa subyacente <i>Véase también causa, causa directa, causa inmediata, causa próxima, factor causal, relación causal</i>	Causa del sistema o el proceso que permite que se produzca la causa próxima de un evento. Las causas subyacentes pueden implicar una variación debida a causas especiales, una variación debida a causas comunes, o ambas.
Ciencias cognitivas	Amalgama de disciplinas que comprende la inteligencia artificial, las neurociencias, la filosofía y la psicología. Dentro de las ciencias cognitivas, la psicología cognitiva es una disciplina que agrupa a los interesados en actividades cognitivas tales como la percepción, el aprendizaje, la memoria, el lenguaje, la elaboración de conceptos, la resolución de problemas y el pensamiento.

Término	Definición
Cinco reglas de la administración de medicamentos	Paciente, fármaco, dosis, horario y vía correctos.
Circunstancia	Todo factor relacionado con un evento, agente o persona(s), o que influye en ellos.
Clase	Grupo o conjunto de cosas similares.
Clasificación <i>Véase también taxonomía</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taxonomía que ordena u organiza términos similares o relacionados para facilitar su recuperación. 2. Ordenación de entidades en grupos o clases en función de su similitud. 3. Organización de conceptos en clases y sus subdivisiones para expresar las relaciones semánticas entre ellos.

Término	Definición
Códigos de gravedad del error (CGE)	<p>No alcanza al paciente – Lesión potencial: Ejemplos: el frasco del medicamento recetado está correctamente etiquetado, pero el enfermero observa que las pastillas que contiene son erróneas; se cargan medicamentos equivocados en el sistema Pyxis o en el cajón de medicamentos; en el puesto de enfermería se guardan todos los viales de dosis múltiples en el mismo cajón o contenedor. El paciente ha de indicarle al técnico de laboratorio que no le saque sangre de ese brazo; no hay señales ni notas en las órdenes o los planes de tratamiento; no hay ninguna señalización en la habitación.</p> <p>Alcanza al paciente – El paciente no sufre ni lesiones ni efectos: Ejemplo: Omisión de la administración de antibióticos, administración de dosis doble de analgésicos, realización de análisis de laboratorio equivocados, radiografía de la extremidad equivocada, prueba diagnóstica llevada a cabo incorrectamente.</p> <p>Lesión emocional: Ejemplos: Fuga o alta voluntaria, altercados entre compañeros, reclusión ilegal en un hospital psiquiátrico o temor, así como agresión sexual en quinto grado (tocamientos o comportamiento sexual inaceptable, sin daños físicos). Uso de restricciones físicas.</p> <p>Lesión transitoria menor: Lesión menor del paciente, aumento de la vigilancia del paciente o cambio en el plan de tratamiento (con lesión o sin ella). La duración de la estancia aumenta en menos de un día. Ejemplos: error en la prescripción o la vigilancia de las concentraciones de heparina que obliga a aumentar el número de pruebas de laboratorio; omisión de una administración de insulina que obliga a cambiar la dosis en la siguiente administración y/o a realizar más determinaciones de la glucemia. Hematomas, abrasiones, laceraciones, síntomas de dolor, un pequeño número de suturas no faciales. Lesiones autoinfligidas menores (rasguños o cortes).</p> <p>Lesión transitoria mayor: Lesión transitoria de más entidad que una lesión transitoria menor o que aumenta la duración de la estancia en un día o más. Ejemplos: suturas faciales, fracturas menores, reacción grave a un medicamento.</p> <p>Lesión permanente menor: Lesión permanente que no compromete las funciones básicas de la vida diaria. Ejemplos: pérdida de un dedo, pérdida de un testículo o un ovario, extirpación de intestino por un problema circulatorio, pérdida de dientes, agresión sexual en segundo grado (contacto sexual forzado bajo amenazas de violencia o de armas, contacto sexual forzado que causa lesión, o contacto sexual con una persona menor de 16 años de edad), oblitio de esponja o aguja.</p> <p>Lesión permanente mayor: Lesión permanente que afecta a las funciones básicas de la vida diaria. Ejemplos: fractura de cadera, lesión neural por una colocación quirúrgica incorrecta, pérdida de un miembro, lesión de un órgano de los sentidos, agresión sexual en primer grado (penetración sexual forzada bajo amenazas de violencia o de armas, penetración sexual forzada que causa lesiones, o penetración sexual de un menor de 16 años de edad).</p> <p>Lesión extrema: Ejemplos: lesión cerebral, parálisis grave, muerte.²</p>
Comparabilidad	Capacidad de comparar datos similares alojados en sistemas informáticos distintos. La comparabilidad exige que el significado de los datos se mantenga constante cuando se compartan entre diversas partes. ³¹

Término	Definición
Competencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tener capacidades suficientes y estar correctamente calificado. 2. Los conocimientos teorico-prácticos y las aptitudes de una persona [...] satisfacen unas determinadas expectativas.
Complejidad del sistema	Proceso con múltiples pasos y/o puntos de decisión. (Los sistemas complejos requieren una atención excesiva y pueden estar estrechamente acoplados.) Ejemplos: una bandeja quirúrgica en la que falta un componente esencial, o un resultado de laboratorio que llega tarde o es erróneo; si no existen medidas en previsión de este tipo de eventualidades, las consecuencias pueden ser importantes.
Complicación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno del paciente que surge durante el proceso de dispensación de atención sanitaria, sea cual sea el entorno en el que se dispensa. 2. Trastorno que se diagnostica durante la hospitalización y que se considera que prolonga al menos un día el ingreso en alrededor del 75% de los pacientes o más. 3. Enfermedad o lesión que surge a raíz de otra enfermedad y/o intervención asistencial.
Comportamiento basado en habilidades <i>Véase también lapsus</i>	Tareas sistemáticas cuya ejecución exige poca o ninguna atención consciente.
Concepto	Elemento portador de significado.
Condición latente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existen condiciones latentes cuando personas como gerentes o administradores adoptan medidas y/o toman decisiones que afectan a las políticas y procedimientos técnicos u organizacionales o al entorno de trabajo. Sus medidas y decisiones pueden tener consecuencias no buscadas que repercutan negativamente en la atención al paciente. 2. Las condiciones latentes surgen de decisiones tomadas por diseñadores, constructores, redactores de procedimientos y directivos de nivel superior. Pueden permanecer sin manifestarse en el sistema durante muchos años antes de combinarse con fallos activos y desencadenantes locales para crear una oportunidad de accidente [...] Las condiciones latentes pueden identificarse y solucionarse antes de que se produzca un evento adverso. 3. Condiciones que tienen consecuencias tardías y no buscadas capaces de afectar a la seguridad en algún momento futuro. 4. Deficiencias estructurales en el sistema, o «patógenos residentes», que predisponen a los resultados adversos.
Condiciones peligrosas	Todo conjunto de circunstancias (exceptuando la enfermedad, la afección o el trastorno por el que el paciente está recibiendo atención, tratamiento y servicios) definido por la organización que aumenta significativamente la probabilidad de un resultado adverso grave.

Término	Definición
Conducta basada en reglas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimientos bien conocidos que se aplican a situaciones frecuentes de toma de decisiones. 2. Aplicación de reglas o planes existentes a la gestión de situaciones conocidas.
Confianza en la vigilancia	El proceso se basa en la observación frecuente o constante para garantizar la exactitud.
Confianza en las comprobaciones humanas	El hecho de no utilizar instrumentos ni «recordatorios» para guiar a la persona a través del proceso. (La memoria humana se degrada con el tiempo. Confiar en ella durante la realización de múltiples tareas propicia mucho los errores).
Conocimiento extensional o asertivo	Conocimiento primario que no puede definirse a partir de otro conocimiento.

Término	Definición
Consentimiento informado	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="500 254 1354 331">1. Proceso por el que un médico informa a un paciente de los riesgos y beneficios de un tratamiento propuesto y que permite al paciente decidir si se llevará a cabo el tratamiento. <li data-bbox="500 352 1354 430">2. Acuerdo del paciente, obtenido de manera voluntaria y documentado legalmente, para permitir la realización de uno o varios procedimientos diagnósticos o terapéuticos concretos. <li data-bbox="500 451 1354 653">3. Término jurídico referido al derecho del paciente a tomar sus propias decisiones en materia de tratamiento, basándose en el conocimiento de las alternativas correspondientes y de los beneficios y riesgos de cada una de ellas. Un «consentimiento informado» es el consentimiento que otorga el paciente una vez que el médico que propone el tratamiento o el procedimiento le ha informado plenamente de los riesgos, los beneficios y las alternativas. El hecho de no obtener el consentimiento informado antes de la intervención quirúrgica o la administración del tratamiento puede generar responsabilidad jurídica. <li data-bbox="500 674 1354 875">4. En el ámbito jurídico, el principio de que el médico tiene el deber de divulgar lo que un médico razonablemente prudente de la comunidad médica, procediendo con la debida diligencia, revelaría a sus pacientes acerca de cualesquiera riesgos de lesiones que pudiera entrañar un tratamiento, prueba o investigación propuesto. Un paciente, atendiendo de manera natural a su propio bienestar, y teniendo que elegir entre someterse al tratamiento, prueba o investigación propuesto, a otro o a ninguno, puede entonces decidir de manera inteligente sopesando razonablemente los riesgos probables frente a los beneficios probables. <li data-bbox="500 896 1354 1050">5. Acuerdo o autorización acompañado de información completa acerca de lo que se está aceptando. Se debe informar al paciente de la naturaleza, los riesgos y las alternativas de un procedimiento o un tratamiento médico antes de que el médico u otro profesional sanitario empiece a realizarlo o administrarlo. Tras recibir esta información, el paciente da su consentimiento o rehúsa dicho procedimiento o tratamiento. <li data-bbox="500 1071 1354 1367">6. El consentimiento informado es el proceso por el que un médico y un paciente debaten la posibilidad de que este decida dar su consentimiento para una intervención preventiva o terapéutica propuesta. El resultado es la decisión del paciente de recibir el tratamiento o de renunciar a él. El proceso se da en todas las especialidades médicas, ocurre cada vez que el médico y el paciente discuten la situación médica de este, y se adapta a las necesidades del paciente y a las circunstancias médicas concretas. El consentimiento informado es un componente importante de la relación médico-paciente en su conjunto, implica la toma de decisiones compartida, es imperativo ética y jurídicamente, y se produce antes de cualquier tipo de documentación y al margen de ella. El consentimiento informado no es ni una firma en un documento de consentimiento ni un instrumento para evitar demandas.
Contención del riesgo	<p data-bbox="500 1394 1354 1499">Medidas inmediatas adoptadas para proteger a los pacientes de la repetición de una incidencia no deseada. Pueden consistir en retirar medicamentos de los estantes, de la farmacia e impedir su distribución, o en comprobar o sustituir fuentes de oxígeno o determinados equipos médicos.</p>

Término	Definición
Control de la calidad	Proceso que consiste en medir el desempeño comparándolo con objetivos e interviniendo sobre las diferencias cuando no alcanza los objetivos definidos.
Control de las infecciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Políticas y procedimientos utilizados para prevenir la transmisión de una infección de una persona infectada a otra. El término se utiliza en relación con la protección de los profesionales y otros trabajadores que puedan tener contacto con el paciente contagioso, y la protección de los demás pacientes. Las medidas de control de la infección comprenden el uso de indumentaria de protección, el lavado de manos, las precauciones contra pinchazos, la descontaminación (del entorno y la ropa de cama del paciente), la eliminación de desechos y la correcta manipulación de las muestras de laboratorio. 2. Programa dirigido a toda la organización que comprende políticas y procedimientos y tiene por objeto vigilar, prevenir, controlar y notificar las infecciones. Entre los métodos de control de la infección cabe citar el lavado de manos, la indumentaria de protección, los procedimientos de aislamiento y la evaluación continua del desempeño.
Correspondencia	Proceso por el que se vinculan entre sí términos de distintas terminologías para poder llevar a cabo comparaciones y análisis.
Término	Definición
Cuasiincidente <i>Véase también error potencial, evento adverso potencial, evento adverso potencial por medicamento, evento potencial</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evento que casi ocurrió, o que ocurrió pero del que nadie tiene conocimiento. Si la persona implicada en el cuasiincidente no lo declara, puede que nadie sepa nunca que ocurrió. 2. Desvío respecto de la práctica óptima en la prestación de atención médica que habría ocasionado un daño no deseado al paciente o a la misión de la organización, pero que se impidió por medio de acciones planificadas o no planificadas. 3. Evento o situación que podría haber derivado en un accidente, una lesión o una enfermedad, pero que no lo hizo, ya fuera por el azar o por una intervención oportuna. 4. Toda variación de un proceso que no afectó a un resultado, pero cuya recurrencia se asocia a una probabilidad importante de que se produzca un resultado adverso grave. 5. Situación en la que un error médico podría haber derivado en un accidente, una lesión o una enfermedad, pero que no lo hizo, ya fuera por el azar o por una intervención oportuna. 6. Error de comisión o por omisión que podría haber causado daño al paciente, pero que no produjo un daño grave gracias a la casualidad [...] a la prevención [...] o a la atenuación. 7. Evento que podría haber tenido consecuencias no deseadas, pero no las tuvo porque no alcanzó al paciente, ya fuera por el azar o por una intervención oportuna. 8. Eventos imprevistos o no planificados en la prestación de la atención que podrían haber ocasionado daños, pérdidas o perjuicios, pero no los ocasionaron. 9. Incidente que no causó daños.

Término	Definición
Cultura de la seguridad	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="487 247 1367 556">1. [Cultura que presenta los siguientes] cinco atributos de nivel superior que [los profesionales sanitarios] se esfuerzan por poner en práctica mediante la aplicación de sólidos sistemas de gestión de la seguridad. (1) Una cultura en la que <i>todos</i> los trabajadores (lo que incluye al personal de primera línea, los médicos y los administradores) aceptan responsabilizarse de su propia seguridad y de la de sus compañeros de trabajo, los pacientes y los visitantes. (2) [Una cultura que] concede prioridad a la seguridad por encima de las metas financieras y operacionales. (3) [Una cultura que] fomenta y recompensa la identificación, la comunicación y la resolución de los problemas de seguridad. (4) [Una cultura que] pone los medios para que las organizaciones aprendan de los accidentes. (5) [Una cultura que] proporciona los recursos, la estructura y la transparencia adecuadas para mantener unos sistemas de seguridad eficaces. <li data-bbox="487 556 1367 682">2. La cultura de la seguridad de una organización es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión. <li data-bbox="487 682 1367 934">3. Las organizaciones con culturas de la seguridad eficaces comparten un compromiso constante con la seguridad como prioridad del máximo nivel que impregna toda la organización. Los componentes más destacados son (1) el reconocimiento de que las actividades de una organización son de alto riesgo y propensas a los errores, (2) un entorno que no culpabilice y en el que los individuos puedan notificar errores o cuasiincidentes sin ser castigados, (3) una expectativa de colaboración entre estamentos profesionales para buscar soluciones a las vulnerabilidades, y (4) una voluntad por parte de la organización de asignar recursos a la corrección de los problemas de seguridad. <li data-bbox="487 934 1367 1060">4. Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.
Cultura de responsabilidad	Entorno que busca el equilibrio entre la necesidad de aprender de las equivocaciones y la necesidad de tomar medidas disciplinarias.
Daño	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="487 1134 1367 1207">1. Alteración temporal o permanente de estructuras o funciones físicas emocionales o psíquicas, y/o el dolor resultante, que precisen intervención. <li data-bbox="487 1207 1367 1270">2. Lesión física o perjuicio para la salud de las personas. (En ocasiones, el perjuicio incluye también las pérdidas económicas.) <li data-bbox="487 1270 1367 1344">3. Muerte, enfermedad, lesión, sufrimiento y/o discapacidad padecidas por una persona. <li data-bbox="487 1344 1367 1417">4. Toda lesión física o psíquica o perjuicio para la salud de una persona, lo que incluye tanto las lesiones temporales como las permanentes. <li data-bbox="487 1417 1367 1509">5. Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de ella.

Término	Definición
Daño asociado a la atención sanitaria	Daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos, no el debido a una enfermedad o lesión subyacente.
Datos sobre seguridad del paciente	Información amplia y heterogénea que, entre otros datos, incluye la descripción de incidentes con errores médicos o cuasiincidentes, sus causas, las acciones correctivas ulteriores, las intervenciones que reducen el riesgo futuro y los peligros para la seguridad del paciente.
Desencadenante local	Defecto intrínseco o condición atípica que puede originar fallos.
Desgracia <i>Véase también</i> evento adverso	Accidente o acto no intencionado, como el «homicidio involuntario» relacionado con el trabajo; en medicina, el término se ha convertido en un eufemismo elegante para designar un error terapéutico, como en una desgracia quirúrgica en la que se amputa la pierna equivocada.
Desinfección	Uso de un procedimiento químico que elimina prácticamente todos los microorganismos patógenos reconocidos, aunque no necesariamente todas las formas microbianas (por ejemplo, endosporas bacterianas), sobre objetos inanimados.
Detección	Acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.
Diagnóstico	<ol style="list-style-type: none"> Complejo integrado por «síntomas» (alteraciones del aspecto, las funciones o la sensibilidad de las que el paciente es consciente), «signos» (alteraciones que el médico u otra persona puede detectar) y «datos» (alteraciones detectadas por pruebas de laboratorio, radiografías u otros procedimientos diagnósticos, o la respuesta al tratamiento). Determinación de la naturaleza de una enfermedad, una lesión o una anomalía congénita [...] a partir del estudio de los signos y síntomas de una enfermedad.
Directrices basadas en pruebas	<ol style="list-style-type: none"> Métodos consensuados para hacer frente a problemas recurrentes de la atención sanitaria y cuya finalidad es reducir la variabilidad de las prácticas y mejorar los resultados sanitarios. En la elaboración de recomendaciones es importante no limitarse únicamente a la opinión de expertos y utilizar datos fundados, publicados en la literatura especializada, como base de los materiales de orientación. Directrices consensuadas que se elaboran científicamente a partir de la literatura especializada actual.

Término	Definición
Discapacidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perturbación importante de la capacidad de una persona para desempeñar las funciones de la vida normal. 2. Trastorno físico o psíquico que limita considerablemente una o más de las principales actividades de la vida de un individuo. 3. Limitación de la capacidad física o psíquica de una persona para trabajar, aprender o desempeñar otras actividades socialmente necesarias hasta el punto de que podría considerarse que precisa de determinadas prestaciones, indemnizaciones, exenciones [y/o] una formación especial debido a dicha limitación. Las discapacidades comprenden los trastornos de la audición, la movilidad, el habla y la visión; la tuberculosis, el sida u otras infecciones; el cáncer; los antecedentes de abuso de alcohol o drogas, y las enfermedades mentales. 4. Toda restricción o limitación resultante de una alteración de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro de los límites considerados normales para un ser humano según la <i>Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías</i> (1980) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El término <i>discapacidad</i> refleja las consecuencias de la alteración. 5. Todo tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad asociada a un daño pasado o presente.
Discapacidad laboral	Situación en la que un trabajador no puede realizar las funciones necesarias para desempeñar un trabajo de forma satisfactoria a causa de una enfermedad profesional o un accidente laboral.
Discapacidad parcial	Enfermedad o lesión que impide a una persona desempeñar una o más funciones de su ocupación o profesión.
Discapacidad permanente	Trastorno permanente debido a una enfermedad o una lesión y que impide a una persona desempeñar todas o algunas de las funciones de su trabajo.
Discapacidad total	Enfermedad o lesión que impide a un individuo desempeñar cualquier tarea relacionada con su ocupación o profesión o dedicarse a cualquier otro tipo de trabajo remunerado.
Discapacidad transitoria	Enfermedad o lesión que impide a una persona asegurada desempeñar las funciones de su ocupación o profesión habitual durante un tiempo.

Término	Definición
Diseño del sistema	<ol style="list-style-type: none"> 1. El objetivo principal del diseño de un sistema seguro es lograr que a las personas les resulte difícil equivocarse. Pero también es importante reconocer que habrá inevitablemente errores y elaborar planes para su recuperación. En condiciones ideales, el sistema corregirá automáticamente los errores cuando se produzcan. Si ello fuera imposible, deberán existir mecanismos que al menos detecten los errores a tiempo para aplicar acciones correctivas. Por lo tanto, además de concebir el entorno de trabajo de modo que se reduzcan al mínimo los precursores psicológicos, los diseñadores deben ofrecer retroinformación por medio de instrumentos que desempeñen funciones de vigilancia y dotar a los sistemas de «amortiguadores» y redundancia. 2. Diseñar sistemas seguros exige una labor concreta, clara y coherente de desarrollo de una cultura de trabajo que aliente la notificación de errores y de condiciones peligrosas, así como la comunicación entre el personal acerca de los problemas de seguridad. [...] diseñar procesos de atención sanitaria seguros supone una estrategia triple: (1) diseñar sistemas para prevenir errores, (2) diseñar procedimientos para hacer visibles los errores cuando se producen, y (3) diseñar procedimientos que puedan atenuar el daño infligido a pacientes como consecuencia de errores que no son detectados o interceptados.
Dominio	Lugar en el que se ha producido un error de la atención sanitaria o un fallo del sistema y tipo de personas implicadas. Las subcategorías son: «entorno», «personal», «paciente» y «objetivo». Una de las cuatro subclasificaciones interrelacionadas de los elementos que constituyen los errores de la atención sanitaria y los fallos del sistema.
Efectividad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grado en que se presta la atención sanitaria de manera correcta, dado el estado actual de los conocimientos, para lograr los resultados previstos o deseados para el individuo. 2. Atención basada en el uso de pruebas obtenidas sistemáticamente para determinar si una intervención (como un servicio preventivo, una prueba diagnóstica o un tratamiento) produce mejores resultados que otras alternativas, incluida la de no hacer nada. 3. Grado en que el esfuerzo realizado, o las medidas adoptadas, logran el efecto (resultado u objetivo) deseado.
Efecto secundario	Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.
Eficacia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grado en que la atención prestada a la persona logra los resultados previstos o deseados. 2. Medida en que una determinada intervención, procedimiento, régimen o servicio produce un resultado beneficioso en condiciones ideales. La eficacia se utiliza a menudo (incorrectamente) como sinónimo de efectividad en la prestación de atención sanitaria; se diferencian en que la efectividad se refiere a las condiciones que se dan en la realidad (circunstancias habituales o normales), no a las ideales.

Término	Definición
Eficiencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relación entre los resultados de la atención y los recursos utilizados para prestarla. 2. Relación entre la cantidad de trabajo realizado y la cantidad de esfuerzo requerido.
Elemento de datos	Unidad básica de información que tiene un significado único y subcategorías de unidades o valores discretos.
Elementos del desempeño	Las expectativas de desempeño y/o las estructuras o procesos concretos que es preciso instaurar para que una organización dispense una atención, unos tratamientos y unos servicios seguros y de alta calidad.
Enfermedad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Afección o trastorno del funcionamiento del organismo o de algunos tejidos, órganos o sistemas. Las enfermedades difieren de las lesiones en que estas son consecuencia de agentes físicos o químicos externos. 2. Disfunción fisiológica o psicológica.
Enfoque sistémico	Utilización de una investigación pronta e intensiva, seguida de un análisis multidisciplinario de los sistemas [...], para [descubrir] las causas proximales y sistémicas de los errores. [...] Se basa en el concepto de que aunque las personas cometen errores, las características de los sistemas en los que trabajan pueden hacer esos errores más probables y también más difíciles de detectar y corregir. Además, adopta la posición de que si bien los individuos deben ser responsables de la calidad de su trabajo, centrándose en los sistemas se eliminarán más errores que centrándose en los individuos. Sustituye la culpabilización por la investigación y se centra en las circunstancias más que en el carácter.
Equivocación <i>Véase también error basado en conocimientos, error basado en reglas, evento adverso</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acción que puede que se ajuste exactamente al plan, pero en la que este es inadecuado para lograr el resultado previsto. 2. Error basado en reglas o basado en conocimientos que es un error del pensamiento consciente. Los errores basados en reglas suelen producirse durante la resolución de problemas cuando se elige una regla equivocada, ya sea por una percepción errónea de la situación y la consiguiente aplicación de la regla equivocada, o por la aplicación incorrecta de una regla, generalmente sólida (de uso frecuente), que parece adecuada. Los errores [basados en conocimientos] surgen por ignorancia o por una interpretación errónea del problema. 3. Deficiencia o fallo en los procesos de juicio o inferencia que intervienen en la selección de un objetivo o en la especificación de los medios para conseguirlo, con independencia de que las acciones dirigidas por este plan decisorio se lleven a cabo según él; errores del pensamiento consciente [...] que comprenden los <i>errores basados en reglas</i>, surgidos durante la resolución de problemas cuando se elige una regla equivocada, y los <i>errores basados en conocimientos</i>, surgidos por ignorancia o por una interpretación errónea del problema.

Término	Definición
Equivocación médica	Acción u omisión con consecuencias potencialmente negativas para el paciente y que expertos competentes e informados habrían considerado errónea en el momento en el que se produjo, con independencia de que tuviera o no consecuencias negativas. Esta definición excluye la evolución natural de la enfermedad que no responde al tratamiento y las complicaciones previsibles de un procedimiento llevado a cabo correctamente, así como los casos en los que existe un desacuerdo razonable acerca de si se produjo una equivocación.
Error <i>Véase también</i> evento adverso	<ol style="list-style-type: none"> 1. El hecho de que una acción planeada no se lleve a cabo tal y como estaba previsto, o la aplicación de un plan erróneo, inadecuado o incorrecto para lograr un objetivo. 2. El hecho de que acciones planeadas no logren su objetivo. 3. Desvío en un proceso de atención sanitaria que puede o no causar daño a los pacientes. 4. Desvío involuntario de los procedimientos normalizados de trabajo o de las directrices de práctica. 5. Acto de comisión u omisión que causó la lesión involuntaria o contribuyó a causarla. 6. Término genérico que comprende todas las ocasiones en las que una secuencia planificada de actividades físicas o psíquicas no alcanza el resultado previsto. 7. El hecho de que una acción prevista no se lleve a cabo tal y como se pretendía, o la aplicación de un plan incorrecto.
Error activo	Error que se produce en el nivel del operador de primera línea y cuyos efectos se perciben casi inmediatamente.
Error basado en conocimientos <i>Véase también</i> equivocación, error de competencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. [Equivocación que] se produce en una situación nueva en la que es preciso resolver un problema sobre el terreno sin la ayuda de soluciones preprogramadas. Ello implica el uso de un razonamiento consciente lento y de recursos limitados, pero potente desde el punto de vista computacional, llevado a cabo en relación con lo que a menudo es un «modelo mental» inexacto e incompleto del problema y sus posibles causas. 2. Aplicación consciente de los conocimientos existentes para la gestión de situaciones nuevas.
Error basado en reglas <i>Véase también</i> equivocación, error de procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. [Equivocación] relacionada con problemas para los cuales la persona posee alguna solución «prefabricada», obtenida a partir de la formación, la experiencia o el acceso a procedimientos adecuados. 2. Situación en la que una persona no lleva a cabo un procedimiento o un protocolo correctamente o elige el procedimiento equivocado.

Término	Definición
Error de comisión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Error que se produce como consecuencia de una acción. 2. Dispensación a un paciente de una intervención médica que da lugar a un evento adverso. 3. El hecho de que una acción planeada no se lleve a cabo tal y como estaba previsto, o la aplicación de un plan erróneo para lograr un objetivo.
Error de competencia <i>Véase también error basado en conocimientos</i>	Error debido a falta de conocimientos teóricos o prácticos.
Error de comunicación	El hecho de que no haya intercambio de información, se intercambie información errónea, o la información se comprenda o se interprete mal.
Error de decisión	Decisión que aumenta innecesariamente el riesgo.
Error de dispensación	Desvío respecto de lo indicado por el prescriptor, cometido por personal de la farmacia al distribuir los medicamentos a las unidades de enfermería o a los pacientes en una farmacia ambulatoria.
Error de ejecución	Acción correcta que no se lleva a cabo según lo previsto.
Error de fijación	El hecho «persistente» de que no se modifique un diagnóstico o un plan pese a disponer de datos que indican que es necesario modificarlo.
Error de juicio	Error relacionado con un fallo de razonamiento. Error que supone la aplicación incorrecta de los conocimientos a la situación clínica.

Término	Definición
Error de medicación <i>Véase también evento adverso por medicamentos</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="500 254 1359 331">1. Todo evento prevenible que pueda causar o dar lugar a un uso incorrecto de la medicación o a daño al paciente mientras la medicación está bajo el control del profesional sanitario, el paciente o el consumidor. <li data-bbox="500 348 1359 443">2. Desvío respecto a la orden manuscrita o mecanografiada del prescriptor, o introducida por él en el sistema informático. En general, los errores de medicación se consideran relacionados con la administración de medicamentos, pero también puede tratarse de errores en la prescripción o la distribución de estos. <li data-bbox="500 464 1359 516">3. Todo evento prevenible que pueda ocasionar un uso incorrecto de la medicación o poner en peligro la seguridad del paciente. <li data-bbox="500 537 1359 590">4. Error en los procesos de prescripción, transcripción, dispensación, administración o vigilancia de las medicaciones, con independencia del resultado (es decir, una lesión del paciente). <li data-bbox="500 611 1359 638">5. Fallo de algún tipo en el proceso de administración de la medicación. <li data-bbox="500 659 1359 1031">6. Discrepancia entre lo que un médico prescribe y lo que se informa que ocurre. Los errores de medicación son de diversos tipos: por omisión, medicamento no autorizado, dosis adicional, dosis errónea, forma galénica errónea, frecuencia errónea, fármaco deteriorado, técnica de administración errónea y horario de administración erróneo. Un error de medicación por omisión es el hecho de no administrar una dosis prescrita; una dosis rehusada no se contabiliza como error si el enfermero responsable de administrarla intentó sin éxito convencer al paciente para que la tomara. Las dosis que dejan de administrarse porque lo dictan normas escritas (por ejemplo, las de procedimientos radiológicos) no se contabilizan como errores por omisión. Un error de medicación de tipo «medicamento no autorizado» consiste en administrar una dosis de un medicamento no autorizado a un paciente. Los casos de «sustitución por un genérico o un equivalente terapéutico» sólo se contabilizan como errores de medicación de tipo «medicamento no autorizado» cuando los prohíben las normas de la organización. Se produce un error de medicación de tipo «dosis errónea» cuando un paciente recibe una cantidad de medicamento mayor o menor que la prescrita; la magnitud de la desviación permitida se basa en la definición de cada organización. <li data-bbox="500 1052 1359 1188">7. Todo evento prevenible (relacionado con el ejercicio profesional, productos farmacéuticos, procedimientos, sistemas, recetas, comunicación de prescripciones, etiquetado/envasado/nomenclatura de productos, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, vigilancia y uso) que puede causar daño a un paciente o dar lugar a una utilización incorrecta de los medicamentos cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. <li data-bbox="500 1209 1359 1325">8. Desvío respecto de una receta o prescripción de medicación hecha por escrito e interpretable, incluida la modificación de la receta hecha por escrito por un farmacéutico tras ponerse en contacto con el prescriptor o en cumplimiento de las normas de la farmacia [o] desvío respecto de las referencias profesionales o de reglamentación, o de las directrices que rigen los procedimientos de dispensación. <li data-bbox="500 1346 1359 1528">9. Todo evento prevenible que pueda causar o dar lugar a una utilización incorrecta de la medicación o a daño al paciente mientras la medicación está bajo el control del profesional sanitario, del paciente o del consumidor. Estos eventos pueden guardar relación con la práctica profesional, los productos sanitarios, los procedimientos o los sistemas, y comprenden la prescripción, la comunicación de prescripciones, el etiquetado, el envasado y la nomenclatura de los productos; la preparación; la dispensación; la distribución; la administración; la educación; la vigilancia y el uso.

Término	Definición
Error de planificación	La acción que se pretende realizar originalmente no es correcta.
Error de preparación	Cualquier tipo de error de medicación, de comisión u omisión, que se produce en la etapa de preparación, cuando el medicamento ha de ser elaborado o preparado por un farmacéutico, un enfermero, el propio paciente o un cuidador.
Error de prescripción <i>Véase también evento adverso</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Equivocación cometida por el prescriptor al prescribir un medicamento. 2. Error de medicación que se produce durante la prescripción de un medicamento, al escribir la receta o tomar la decisión terapéutica, y que consiste en un desvío involuntario respecto de referencias tales como: el conocimiento científico, las prácticas adecuadas generalmente reconocidas, la ficha técnica del medicamento, o las menciones conformes a la normativa. Un error de prescripción puede concernir en particular a la elección del medicamento (de acuerdo con las indicaciones, las contraindicaciones, las alergias conocidas y las características del paciente, las interacciones de la naturaleza que sea con el tratamiento actual y los demás factores), la dosis, la concentración, la pauta posológica, la forma farmacéutica, la vía de administración, la duración del tratamiento y las instrucciones de uso; pero también incluye el no prescribir un medicamento necesario para tratar un trastorno diagnosticado o no prevenir los efectos adversos de otros medicamentos.
Error de procedimiento <i>Véase también error basado en reglas</i>	Se siguieron los procedimientos ejecutándolos incorrectamente.
Error de vigilancia	<ol style="list-style-type: none"> 1. El hecho de no reconocer datos visibles que exigen una respuesta o no actuar basándose en ellos. 2. El hecho de no examinar una pauta prescrita para determinar si es adecuada y detectar problemas, o de no utilizar los datos clínicos o de laboratorio pertinentes para una correcta evaluación de la respuesta del paciente al tratamiento prescrito.
Error del sistema	<ol style="list-style-type: none"> 1. Error que no es el resultado de las acciones de un individuo, sino el resultado previsible de una serie de acciones y factores que componen un proceso de diagnóstico o tratamiento. 2. Consecuencias tardías de problemas y decisiones técnicas de diseño u organización. 3. Error que no es el resultado de las acciones de un individuo, sino la consecuencia previsible de una serie de acciones y factores que componen un proceso de diagnóstico o tratamiento.
Error humano <i>Véase también evento adverso</i>	[Término generalmente] utilizado para designar una categoría de causas potenciales de actividades o resultados insatisfactorios. [...] Estudios realizados en diversos campos muestran que la denominación <i>error humano</i> es perjudicial e inespecífica.

Término	Definición
Error latente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Errores en el diseño, la organización, la formación o el mantenimiento que conducen a errores del operador y cuyos efectos suelen permanecer sin manifestarse en el sistema durante largos periodos. 2. Defecto en el diseño, la organización, la formación o el mantenimiento de un sistema que conduce a errores del operador y cuyos efectos suelen ser tardíos o permanecen sin manifestarse en el sistema durante largos periodos.
Error médico <i>Véase también evento adverso</i>	Evento adverso o cuasiincidente que es prevenible en el estado actual de los conocimientos médicos.
Error normativo	Error que supone no reconocer o «confesar» las propias limitaciones.
Error por infracción	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incumplimiento a sabiendas de procedimientos o reglamentos. 2. Desvío deliberado –aunque no necesariamente reprehensible– de las prácticas consideradas (por los diseñadores, los gestores y las autoridades competentes) necesarias para mantener el funcionamiento seguro de un sistema potencialmente peligroso. 3. Desvío deliberado de las normas, las reglas o los procedimientos operativos seguros.
Error por negligencia	Error por falta de atención o del debido esfuerzo.
Error por omisión	<p>Error que se produce como consecuencia de no haber tomado una medida.</p> <p>El hecho de no dispensar al paciente una intervención médica de la que probablemente se habría beneficiado.</p> <p>El hecho de no llevar a cabo algunas de las acciones necesarias para lograr un objetivo deseado.</p>
Error potencial <i>Véase también cuasiincidente, evento adverso potencial, evento adverso potencial por medicamentos, evento potencial</i>	Circunstancias o eventos con capacidad para dar lugar a errores.
Error técnico	Error que implica cuestiones instrumentales relacionadas con el conocimiento teórico y práctico.
Errores benignos	Eventos que no causan daño o no tienen un resultado adverso.

Término	Definición
Errores individuales	Errores derivados principalmente de deficiencias de los conocimientos teóricos o prácticos del médico o de su grado de atención.
Estructura	Andamiaje o componentes esenciales. Comprende todos los elementos del sistema sanitario que existen antes de que se produzca cualquier acción o actividad.
Evaluación comparativa (benchmarking)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema por el que la evaluación de la atención sanitaria mide el desempeño de esta comparándolo con normas de «prácticas óptimas». Las normas de prácticas óptimas pueden reflejar 1) el ejercicio médico basado en pruebas científicas (es decir, el respaldado por las investigaciones científicas actuales en poblaciones de pacientes similares) y 2) sistemas basados en el conocimiento. En la evaluación comparativa está explícito el alejarse de las prácticas basadas en datos aislados y en la experiencia de un solo médico. 2. Proceso continuo que determina cómo han logrado otras organizaciones un desempeño óptimo. 3. Evaluación continua de un proceso, producto o servicio comparándolo con el del principal competidor, con quienes son considerados líderes del sector, o con actividades similares de la organización, a fin de encontrar y aplicar medidas para mejorarlo. Es uno de los pilares de la gestión total de la calidad y de la mejora continua de la calidad. La <i>evaluación comparativa interna</i> tiene lugar cuando se comparan procesos similares dentro de una misma organización. La <i>evaluación comparativa competitiva</i> se produce cuando procesos de una organización se comparan con prácticas óptimas dentro del sector. Se entiende por <i>evaluación comparativa funcional</i> la que compara una función o un proceso similar en otro sector.
Evaluación de riesgos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación que examina un proceso detalladamente, incluida la secuencia de eventos; evalúa los riesgos, fallos y puntos de vulnerabilidad reales y potenciales, y mediante un proceso lógico determina áreas de mejora prioritarias basándose en el impacto real o potencial en la atención al paciente (criticidad). 2. Estimación cualitativa o cuantitativa de la probabilidad de efectos (adversos) como consecuencia de la exposición a determinados eventos o procesos o de la ausencia de influencias beneficiosas. 3. Proceso que ayuda a las organizaciones a comprender la diversidad de riesgos que encaran –tanto interna como externamente–, el nivel de capacidad para controlarlos, la probabilidad de recurrencia y sus posibles repercusiones. Combina la cuantificación de los riesgos y el uso del criterio, la evaluación y el balance de los riesgos y beneficios, y la ponderación de estos, por ejemplo, frente al coste.
Evento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incidencia diferenciada, auditable y claramente definida. 2. Todo desvío de la atención médica habitual que causa una lesión al paciente o entraña riesgo de daño. Comprende los errores, los eventos adversos prevenibles y los peligros. 3. Algo que le ocurre a un paciente o le atañe.

Término	Definición
<p>Evento adverso</p> <p><i>Véase también</i> accidente, cuasiincidente, daño, desgracia, equivocación, equivocación médica, error, error de medicación, error de preparación, error de prescripción, error médico, error prevenible, evento, evento adverso grave, evento adverso no prevenible, evento adverso por medicamentos, evento adverso por medicamentos no prevenible, evento adverso por medicamentos prevenible, evento adverso potencial, evento adverso prevenible, evento centinela, evento grave, evento potencial, evento sin daños, iatrogénico, incidencia adversa del paciente, incidencia notificable, incidente, incidente clínico, incidente crítico, incidente relacionado con la seguridad del paciente (incidente), lapsus, lesión, lesión médica, muerte prevenible, peligro, percance, reacción adversa, reacción adversa a un medicamento, reacción adversa a un medicamento imprevista, reacción adversa potencialmente mortal a un medicamento, resultado adverso, resultado grave, seguridad del paciente, situación peligrosa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta médica, o a ambas cosas. 2. Resultado no deseado para el paciente, que puede ser o no consecuencia de un error. 3. Evento u omisión que surge durante la atención clínica y causa lesiones físicas o psicológicas a un paciente. 4. Consecuencia negativa de la atención que da lugar a una lesión no buscada o una enfermedad que podía haber sido o no prevenible. 5. Lesión que fue causada por el tratamiento médico y que da lugar a una discapacidad mensurable. 6. Lesión causada por el tratamiento médico (no por la enfermedad subyacente) que prolonga la hospitalización, ocasiona una discapacidad en el momento del alta, o ambas cosas; [...] los EA son causados por complicaciones medicamentosas, infecciones de la incisión y complicaciones técnicas, y los debidos a negligencia [lo son por] percances diagnósticos, percances terapéuticos y eventos ocurridos en el servicio de urgencias. 7. Evento desfavorable, no deseado y generalmente imprevisto, como el fallecimiento de un paciente, un empleado o un visitante en una organización de atención sanitaria. También se consideran eventos adversos incidentes tales como la caída de un paciente o la administración indebida de medicamentos, aunque los efectos en el paciente no sean permanentes. 8. Los eventos adversos son incidentes desfavorables, desgracias terapéuticas, lesiones iatrogénicas u otros sucesos adversos relacionados directamente con la atención o los servicios prestados en la jurisdicción de un centro médico, una consulta externa u otro establecimiento. Pueden ser consecuencia de actos de comisión o de omisión. 9. Evento no deseado que se produce en el curso de la atención médica y ocasiona un cambio mensurable en el estado del paciente. 10. Evento que causa un daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente. 11. Lesión que es consecuencia de una intervención médica y no se debe a la enfermedad de fondo del paciente. 12. Incidente imprevisto y no deseado relacionado directamente con la atención o los servicios prestados al paciente. 13. Incidente que causa daño a un paciente.

Término	Definición
Evento adverso grave <i>Véase también evento adverso</i>	Incidencia inesperada en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o existe riesgo de que se produzca. Las lesiones graves incluyen específicamente la pérdida de una extremidad o una función.
Evento adverso no prevenible <i>Véase también evento adverso</i>	Evento adverso consecuencia de una complicación que no pudo prevenirse dado el estado actual de los conocimientos.
Término	Definición
Evento adverso por medicamentos (EAM) <i>Véase también evento adverso</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lesión en un paciente como consecuencia de una medicación, ya sea por una reacción farmacológica a una dosis normal o por una reacción adversa y prevenible a un medicamento, derivada de un error. 2. Todo incidente en el que el uso de una medicación (fármaco o producto biológico) en cualquier dosis, un dispositivo médico o un producto nutricional especial (por ejemplo, suplementos alimentarios, preparados para lactantes o alimentos terapéuticos) puede haber dado lugar a un resultado adverso en un paciente. 3. Término genérico para designar toda reacción no deseada o no buscada a un fármaco que se produce con las dosis adecuadas para la situación de una persona y puede clasificarse según la presencia o ausencia de un mecanismo inmunitario; [...] los EAM son reacciones al tratamiento nocivas, no buscadas y que aparecen con dosis utilizadas en el hombre para la profilaxis, el diagnóstico, el tratamiento o la modificación de funciones fisiológicas; la definición de EAM excluye los fracasos terapéuticos, las intoxicaciones y las sobredosis intencionadas. 4. Lesión debida a una intervención relacionada con un fármaco. Comprende los errores de prescripción, los errores de dispensación y los errores de administración de la medicación. 5. Lesión o daño derivado de una intervención médica relacionada con un fármaco. 6. Lesión derivada del uso de fármacos. Los EAM asociados a un error de medicación se consideran prevenibles, mientras que los no asociados (por ejemplo, los efectos secundarios conocidos de la medicación) se consideran no prevenibles. 7. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, un evento adverso por medicamentos es un evento «nocivo y no buscado que se produce con dosis utilizadas en el hombre para la profilaxis, el diagnóstico, el tratamiento o la modificación de funciones fisiológicas.» También es una lesión consecuencia de una intervención médica relacionada con un fármaco. Obsérvese que esta definición no incluye los errores de prescripción, dispensación o administración de fármacos, a menos que causen una lesión. 8. Todo evento adverso por medicamentos que se produce con cualesquiera dosis y deriva en alguno de los resultados siguientes: muerte, reacción adversa potencialmente mortal a un medicamento, hospitalización o prolongación de la hospitalización, discapacidad/incapacidad persistente o importante, o anomalía congénita o defecto de nacimiento. Eventos médicos importantes que no causan la muerte, no son potencialmente mortales o no exigen hospitalizar al paciente pueden considerarse eventos adversos graves por medicamentos cuando el pertinente juicio médico determina que pueden poner en peligro al paciente o al sujeto y necesitar de una intervención médica o quirúrgica para prevenir alguno de los resultados citados en esta definición. 9. Administración [de un fármaco] fuera de un plazo predefinido a partir de la hora de administración prevista, según se define en cada servicio de atención sanitaria. 10. Lesión causada por un medicamento o por la falta de un medicamento indicado. 11. Evento adverso relacionado con la medicación.

Término	Definición
Evento adverso por medicamentos no prevenible <i>Véase también evento adverso</i>	Evento adverso por medicamentos que no es consecuencia de un error, pero refleja el riesgo inherente a los medicamentos y no puede prevenirse dado el estado actual de los conocimientos.
Evento adverso potencial <i>Véase también cuasiincidente, error potencial, evento adverso potencial por medicamentos, evento potencial</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Error o percance grave que puede causar un evento adverso, pero no lo causa, ya sea por el azar o porque es interceptado. 2. Incidente en el que se cometió un error, pero no se produjeron daños.
Evento adverso potencial por medicamentos	Error de medicación grave, que podía haber causado un evento adverso por medicamentos, pero no lo causó, ya fuera por la suerte o porque fue interceptado y corregido.
Evento adverso prevenible <i>Véase también evento adverso</i>	Evento adverso que no se habría producido si el paciente hubiera recibido la atención de referencia adecuada para la ocasión.
Evento adverso prevenible por medicamentos <i>Véase también evento adverso</i>	Todo evento adverso por medicamentos que no se habría producido si el paciente hubiera recibido la atención de referencia adecuada para la ocasión.
Evento adverso relacionado con un dispositivo <i>Véase también evento adverso</i>	Todo incidente en el que el uso de equipos médicos puede haber producido un resultado adverso para el paciente.

Término	Definición
Evento centinela <i>Véase también evento adverso</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas. 2. Todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente. 3. Incidencia o variación imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca.
Evento grave <i>Véase también evento adverso</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. [Evento] que da lugar a una hospitalización o a su prolongación, causa la muerte o contribuye a ella, o se asocia a la aparición de un cáncer o una anomalía congénita. 2. Evento que deriva en la muerte o la pérdida de una parte del cuerpo, o en una discapacidad o pérdida de una función corporal de más de siete días de duración o que persiste en el momento del alta hospitalaria de un establecimiento sanitario o, cuando no se refiera a un evento adverso, un evento cuya aparición sea grave.
Evento potencial <i>Véase también cuasiincidente, evento adverso potencial, evento adverso potencial por medicamentos, error potencial</i>	<p>Todo evento que aún no ha ocurrido, pero que a juicio de los proveedores de atención sanitaria o de observadores cualificados tiene probabilidades de ocurrir si se dan las condiciones adecuadas.</p>
Evento potencialmente compensable (EPC)	<p>Evento adverso de la atención al paciente que en última instancia puede ser objeto de una demanda de responsabilidad. Consiste en una discapacidad (temporal o permanente) causada por la gestión de la atención sanitaria (lo que incluye los actos de comisión y de omisión de los proveedores de atención sanitaria). [...] Un EPC no es lo mismo que una incidencia adversa del paciente o una negligencia.</p>
Evento prevenible	<p>Evento que se podría haber previsto y para el que se podría haber estado preparado, pero que ocurre debido a un error u otro fallo del sistema.</p>
Evento sin daños	<ol style="list-style-type: none"> 1. [Situación en la que] un error no da lugar a un evento adverso para el paciente y la ausencia de lesiones se debe a la casualidad. No es lo mismo que un cuasiincidente, en el que no hay lesión porque «se interceptó» el error. 2. Se produce un incidente que alcanza al paciente, pero no le causa daño. Se evita el daño por casualidad o debido a circunstancias atenuantes.

Término	Definición
Factor causal <i>Véase también</i> relación causal, causa, causa directa, causa inmediata, causa próxima, causa subyacente	Factor que determinó el resultado de la situación.
Factor contribuyente <i>Véase también</i> causa directa, causa inmediata, causa próxima, causa subyacente, factor causal, relación causal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Factor antecedente de un evento, un efecto, un resultado o una consecuencia que es similar a una causa. Un factor contribuyente puede representar un fallo activo o una razón de que se produjera un fallo activo, como un factor situacional o una condición latente que desempeñó un papel en la génesis de la consecuencia. 2. Razones adicionales que no son necesariamente la fundamental por la que se ha producido un evento. 3. Razones, factores situacionales o condiciones latentes que desempeñaron un papel en la génesis de un resultado adverso. 4. Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca.
Factor relacionado con el paciente	Fallos relacionados con características o condiciones del paciente que quedan fuera del control del personal e influyen en el tratamiento.
Factores atenuantes <i>Véase también</i> recuperación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Algunos factores, ya sean acciones o inacciones (como la casualidad o la suerte), pueden haber atenuado o minimizado lo que habría sido un resultado más grave. 2. Acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de daños a un paciente.
Factores humanos	Estudio de las interrelaciones entre los seres humanos, los instrumentos, equipos y métodos que utilizan, y los entornos en los que viven y trabajan.
Fallo del sistema	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las categorías comunes [de los fallos del sistema] comprenden los fallos del diseño (diseño de procesos, de tareas y de equipos) y los fallos de la organización y el entorno (presencia de precursores psicológicos tales como las condiciones del lugar de trabajo, los horarios, etc.; creación incorrecta de equipos; fallos de formación). 2. Evento adverso causado por un error u otro tipo de fallo del sistema o el equipo. 3. Defecto, interrupción o disfunción de los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de una organización.

Término	Definición
Fallo latente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consecuencias de acción retardada de decisiones adoptadas en los escalones superiores de la organización del sistema. Guardan relación con el diseño y la construcción de las instalaciones y los equipos, la estructura de la organización, la planificación y la programación, la formación y la selección, las previsiones, la elaboración de presupuestos, la asignación de recursos, etc. Los efectos adversos de estas decisiones sobre la seguridad pueden permanecer sin manifestarse durante mucho tiempo. 2. Los fallos latentes se generan como consecuencia de decisiones tomadas en los escalones superiores de la organización. Sus consecuencias perjudiciales pueden permanecer sin manifestarse durante mucho tiempo y no hacerse patentes hasta que se combinan con factores desencadenantes locales [...] para quebrar las defensas del sistema. 3. Error que es precipitado por una consecuencia de procesos de gestión y organización y representa el máximo peligro para los sistemas complejos. Los fallos latentes no se pueden prever, pero si se detectan pueden corregirse antes de que contribuyan a causar percances. 4. Fallos pequeños e individualmente inocuos de los sistemas que, si se producen según una determinada combinación, pueden dar lugar a eventos catastróficos.
Fallos activos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Errores e infracciones cometidos en el «filo» del sistema. [...] Es probable que estos actos peligrosos repercutan directamente en la seguridad del sistema, y debido a la inmediatez de sus efectos adversos se denominan <i>fallos activos</i>. 2. Fallos precipitados por la comisión de errores e infracciones. Son difíciles de prever y deterioran la seguridad de inmediato porque quiebran, eluden o inhabilitan las defensas existentes. 3. Los fallos activos son actos peligrosos (errores e infracciones) cometidos por quienes se encuentran en el «filo» del sistema (cirujanos, anestesistas, enfermeros, médicos, etc.). Estas son las personas situadas en la interfaz ser humano-sistema cuyas acciones pueden tener y a veces tienen consecuencias negativas inmediatas. 4. Actos peligrosos cometidos por personas que están en contacto directo con el paciente o el sistema. Sus acciones y decisiones pueden dar lugar a errores capaces de repercutir de inmediato en la seguridad. 5. Evento, acción o proceso que se lleva a cabo o tiene lugar durante la prestación de atención directa al paciente y no logra alcanzar su objetivo.
Farmacovigilancia	Disciplina y actividades relacionadas con la detección, la evaluación, la comprensión y la prevención de los efectos adversos de los productos farmacéuticos.

Término	Definición
Fenotipo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas de seguridad, es decir, fallos en determinadas áreas de la atención sanitaria. Se trata de las características exteriores del sistema, no de los mecanismos subyacentes: frecuencia y causa de los errores de medicación cometidos por personal sanitario en todos los entornos; intervención quirúrgica o procedimiento en una parte del cuerpo equivocada; errores en el desempeño de actividades peligrosas (cirugía, anestesia, radioterapia, etc.); diagnósticos equivocados; selección de tratamientos inadecuados, e infecciones nosocomiales. 2. Lo que sucede, lo que las personas hacen realmente o lo que hacen incorrectamente, lo que puede observarse. Los fenotipos son específicos de la situación y el contexto locales –el aspecto exterior de un incidente.
Función obligatoria	Algo que impide que se mantenga un determinado comportamiento en tanto no se haya corregido el problema.
Genotipo	Patrones que reflejan la forma en que las personas, los equipos y las organizaciones coordinan las actividades, la información y la resolución de problemas para hacer frente a las complejidades de los problemas que surgen. Las características de superficie [fenotipo] de un cuasiincidente o un evento adverso son propias de un contexto y unos individuos concretos. Los patrones genotípicos reaparecen en muchas situaciones específicas.
Gestión de la seguridad <i>Véase también modelo centrado en la organización, modelo centrado en la persona</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La seguridad se gestiona mediante tres estrategias de control: <ul style="list-style-type: none"> • Una estrategia basada en la retroinformación, que se utiliza para fuentes distribuidas de peligros de bajo nivel y busca controlar empíricamente la seguridad mediante mediciones continuas referidas a un determinado nivel aceptable de seguridad expresado en tasas de accidentes o lesiones. [...] Sus métodos se orientan a eventos pasados. • Una estrategia de anticipación, que se utiliza para sistemas con peligros de alto nivel en rápido cambio y busca controlar la seguridad mediante un diseño y un funcionamiento adecuados, teniendo en cuenta los mecanismos en los que radican los peligros del sistema y los procesos que producen accidentes. [...] Sus métodos se orientan al futuro. • Una estrategia que combina la anticipación y la retroinformación; se utiliza para fuentes concentradas de peligros de alto nivel que cambian lentamente y su objetivo es controlar la seguridad mediante un ajuste continuo de los métodos de anticipación en función de la experiencia obtenida por métodos basados en la retroinformación. 2. Actividades seleccionadas y aplicadas por la organización para evaluar y controlar el impacto del riesgo ambiental y mejorar la seguridad ambiental en general.

Término	Definición
Gestión de riesgos	<ol style="list-style-type: none"> 1. En el contexto de las operaciones del hospital, [...] actividades de autoprotección dirigidas a prevenir amenazas reales o potenciales de pérdidas económicas debidas a accidentes, lesiones o mala praxis médica. 2. Uno de los diversos sistemas o procesos organizacionales orientados a mejorar la calidad de la atención sanitaria, pero que se ocupa principalmente de crear y mantener sistemas asistenciales seguros. 3. Actividades clínicas, administrativas e industriales que las organizaciones emprenden con miras a identificar, evaluar y reducir el riesgo de lesión para los pacientes, el personal y los visitantes, y el riesgo de pérdidas para la propia organización. 4. El conjunto de actividades (planificación, organización, dirección, evaluación y aplicación) que intervienen en la reducción de los riesgos de lesión para los pacientes y los empleados y en la reducción de los daños o las pérdidas materiales en los establecimientos sanitarios. 5. Proceso por el que se reduce todo lo posible el seguro de riesgo de una organización con un coste mínimo y de conformidad con los objetivos de la organización. La gestión de riesgos comprende el control de riesgos y la financiación de riesgos. El control de riesgos consiste en (1) desarrollar sistemas para prevenir accidentes, lesiones y otras incidencias adversas, y (2) intentar hacer frente a los eventos e incidentes que se producen de modo que su coste sea el menor posible. [...] La financiación de riesgos consiste en dotarse de una protección económica adecuada frente a las pérdidas, ya sea por medio de una compañía de seguros externa o de algún tipo de autoseguro. 6. Identificar, evaluar, analizar y comprender los problemas en materia de riesgos e intervenir en ellos para alcanzar un equilibrio óptimo entre riesgos, beneficios y costes. 7. Actividades organizacionales ideadas para prevenir las lesiones de los pacientes o moderar las pérdidas económicas reales tras un resultado adverso. 8. Proceso de identificación, evaluación, análisis y gestión de todos los riesgos e incidentes en cada nivel de la organización y agregación de los resultados a escala de la empresa en su conjunto, lo que facilita el establecimiento de prioridades y una mejor toma de decisiones para alcanzar un equilibrio óptimo entre riesgos, beneficios y costes.
Grado de daño	Gravedad, duración y repercusiones terapéuticas del daño causado por un incidente.
Historia clínica electrónica	Repositorio de información, mantenida electrónicamente, sobre la atención sanitaria de una persona, y los correspondientes medios de gestión de la información clínica que ofrecen alertas y recordatorios, vínculos con fuentes externas de conocimiento sanitario, e instrumentos para el análisis de datos.

Término	Definición
Iatrogénico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedad o lesión consecuencia de un procedimiento de diagnóstico, un tratamiento u otro elemento de la atención sanitaria. Con frecuencia se confunden las enfermedades iatrogénicas con las «nosocomiales», que son simplemente las enfermedades que «acontecen en un hospital». 2. Lesión causada por un médico o que tiene su origen en él [...] y que comprende el daño o el sufrimiento involuntario o innecesario derivado de cualquier aspecto de la gestión de la atención sanitaria, incluidos los problemas derivados de actos de comisión u omisión. 3. Todo trastorno aparecido en un paciente como consecuencia del tratamiento por un médico (u otro profesional sanitario); [...] Relativo a una enfermedad o lesión consecuencia de un procedimiento, un tratamiento u otro elemento de la atención.
Impacto	Resultado o efecto de un error de la atención sanitaria o un fallo de los sistemas, conocido habitualmente como daño al receptor de la atención. El daño puede ser psíquico, físico o no médico. Una de las cuatro subclasificaciones interrelacionadas de los elementos que constituyen los errores de la atención sanitaria y los fallos de los sistemas.
Imprudencia temeraria	La persona sabe que existe un riesgo, está dispuesta a correrlo y lo corre deliberadamente [...] La persona lleva a cabo una acción que genera un riesgo evidente, y cuando la realiza ora no ha pensado en absoluto en la posibilidad de ese riesgo, ora se percató de que existe, pero sigue adelante.
Incidencia adversa del paciente (IAP) <i>Véase también evento adverso</i>	Evento que cumple uno o más criterios, como los siguientes: 1) ha resultado lesionado un paciente, con independencia de la posible responsabilidad del hospital; 2) el ingreso ha sido consecuencia de un resultado adverso de la atención ambulatoria; 3) el paciente ha sido ingresado de nuevo por complicaciones o por una atención incompleta en el ingreso anterior; 4) ha habido deficiencias en la documentación, por ejemplo, en los procedimientos de consentimiento informado o en la historia clínica; 5) se ha llevado a cabo una intervención quirúrgica no prevista; 6) se han empleado procedimientos que no cumplían los criterios de idoneidad del hospital; 7) ha surgido un problema con el uso de sangre o hemoderivados; 8) se ha producido una infección nosocomial (contraída en el hospital); 9) se han utilizado fármacos incorrectamente; 10) se ha producido un paro cardíaco o respiratorio o la muerte; 11) ha ocurrido un incidente (como una caída del paciente); 12) no se ha hecho un seguimiento de datos radiológicos o de laboratorio anómalos; 13) la estancia ha sido anormalmente breve o larga para el trastorno; 14) ha habido problemas para obtener servicios; o 15) el paciente o la familia se han mostrado insatisfechos. Estos criterios son paráfrasis del sistema de examen de la atención conocido como <i>Medical Management Analysis</i> , que depende en gran medida de la detección y notificación de IAP.
Incidencia notificable	Evento, situación o proceso que puede contribuir o contribuye a que un paciente o un visitante sufra una lesión o a degradar la capacidad [de los profesionales] de prestar una atención óptima al paciente. Las incidencias notificables suelen dividirse en varios tipos según la gravedad: eventos centinela, lesiones de los pacientes y los visitantes (eventos adversos), cuasiincidentes y problemas de seguridad.

Término	Definición
Incidente <i>Véase también evento adverso</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supone un daño que se limita a las partes de una unidad, tanto si el fallo altera el sistema como si no lo hace. 2. Algo que le ocurrió al paciente, un resultado clínico probablemente con efectos perjudiciales o que podrían serlo. 3. Evento que representa una notable desviación negativa respecto de la «norma asistencial», ocurrida en un establecimiento de atención sanitaria; [...] los incidentes comprenden las sustituciones importantes de medicamentos o el hecho de dejar a un paciente desatendido durante largo tiempo. 4. Evento ocurrido en el hospital que no es conforme con las normas de este o que es imprevisto y desfavorable. [...] De cada incidente se elabora un informe destinado a ayudar a la gestión de la calidad y la gestión de riesgos. 5. Evento o incidencia que suele ser imprevisto y desfavorable. 6. Evento o circunstancia que dio lugar o podría haber dado lugar a un daño involuntario o innecesario a una persona, y/o a una queja, una pérdida o un perjuicio. 7. Todo desvío de la atención médica habitual que causa una lesión al paciente o representa un riesgo de daño. Comprende los errores, los eventos adversos prevenibles y los peligros. 8. Eventos, procesos, prácticas o resultados que son dignos de mención en virtud de los peligros que entrañan para los pacientes o de los daños que les causan.
Incidente clínico <i>Véase también evento adverso</i>	<p>Incidentes en un entorno sanitario debidos a procedimientos clínicos que causan o podrían haber causado un daño imprevisto al paciente.</p>
Incidente crítico	<p>Incidente que causa un daño grave [...] al paciente [...] cuando hay una necesidad patente de investigar y responder de inmediato.</p>
Incidente de seguridad <i>Véase también evento adverso</i>	<p>Evento que en circunstancias ligeramente distintas podría haber sido un accidente.</p>
Incidente no clínico	<p>Incidentes en un entorno sanitario no causados por procedimientos clínicos y que derivaron o podrían haber derivado en un daño imprevisto a un paciente (por ejemplo, la caída de este).</p>
Incidente relacionado con la seguridad del paciente <i>Véase también evento adverso</i>	<p>Evento o circunstancia que ha ocasionado un daño innecesario a un paciente o podría haberlo hecho. ·· <i>--referido como un incidente</i></p>

Término	Definición
Indicios de evento adverso	Datos clínicos relacionados con la atención al paciente que indican una probabilidad razonable de que se está produciendo o se haya producido un evento adverso.
Infección <i>Véase también</i> infección adquirida en el hospital, infección nosocomial	Transmisión de un microorganismo patógeno a un huésped, seguida la invasión y la multiplicación y acompañada o no de síntomas de enfermedad.
Infección adquirida en el hospital <i>Véase también</i> infección, infección nosocomial	Infección que no estaba presente ni incubándose en el momento de la hospitalización del paciente y que normalmente se manifiesta más de tres noches después del ingreso en [el] hospital.
Infección nosocomial <i>Véase también</i> infección, infección adquirida en el hospital	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infección contraída al recibir atención o servicios en la organización de atención sanitaria. 2. Relativo a un establecimiento de atención sanitaria o que se origina en él.
Infracción	Desvío deliberado de las normas, las reglas o los procedimientos operativos.
Infrautilización	El hecho de no prestar un servicio de atención sanitaria cuando habría producido un resultado favorable para el paciente.
Ingeniería de sistemas	Aplicación efectiva de labores científicas y tecnológicas para transformar una necesidad operacional en una determinada configuración del sistema por medio de un proceso iterativo descendente que consta de los pasos siguientes: definición de los requisitos, análisis funcional, asignación, síntesis, optimización del diseño, puesta a prueba y evaluación. (Durante el diseño y el desarrollo de los sistemas médicos es indispensable aplicar una correcta ingeniería de sistemas.)
Interoperabilidad	Capacidad de un sistema informático de intercambiar datos con otro sistema informático de manera que, como mínimo, el mensaje del sistema emisor pueda colocarse en el lugar adecuado en el sistema receptor.
Intervención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acción o acciones dirigidas a interrumpir el curso de acontecimientos que ya están en marcha. 2. En el sentido más general, el acto o hecho de interferir con el propósito de modificar favorablemente un estado.
Investigación y análisis causal <i>Véase también</i> análisis de las causas profundas	Proceso de investigación y análisis de las lesiones de los pacientes y de los incidentes de los visitantes que identifica fallos latentes del sistema y sus causas.

Término	Definición
Lapsus <i>Véase también comportamiento basado en habilidades</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Error involuntario en la ejecución de una acción cuyo propósito era correcto. 2. Fallo inconsciente en una actividad automática. Los lapsus son errores de acción. Se producen cuando se altera la rutina coincidiendo con una falta de atención. 3. Tipo de error derivado de una conducta automática, cuando acciones inconscientes dirigidas a cumplir nuestros objetivos resultan interceptadas. 4. Fallo en el desempeño de habilidades muy desarrolladas. 5. Error derivado de un fallo en la fase de ejecución y/o archivado de una secuencia de acciones [...] potencialmente observable como «acciones distintas de las previstas» [...] Los lapsus guardan relación con acciones observables y se asocian generalmente a fallos de la atención o la percepción.
Lesión (corporal) Lesión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Daño causado por una fuerza externa, a diferencia de una «enfermedad», que indica simplemente que el organismo no está sano. 2. Daño causado a los tejidos por un agente o una circunstancia.
Lesión médica <i>Véase también evento adverso</i>	<p>Incidencia adversa para el paciente que podría haber sido evitable o no.</p>
Lesiones por negligencia	<p>En las lesiones por negligencia se conocían bien la norma asistencial y los procedimientos para prevenir las lesiones, así como la probabilidad de que, de no atenderse a ellos, se produjeran lesiones graves.</p>
Mal resultado	<p>El hecho de no lograr el resultado asistencial deseado.</p>
Mala praxis <i>Véase también mala praxis médica</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fallo de la diligencia o la competencia de un profesional que causa una pérdida o una lesión y genera responsabilidad jurídica. Esta definición restringida significa lo mismo que «negligencia profesional». Algunos utilizan el término <i>mala praxis</i> en un sentido más general para describir todos los actos de un profesional sanitario en el curso de la prestación de atención de salud –incluido el incumplimiento de contrato– que pueden derivar en responsabilidad jurídica. 2. Conducta profesional incorrecta o incompetencia injustificada en el desempeño de un acto profesional; es un término que puede aplicarse a médicos, abogados y contables. 3. Conducta inapropiada o poco ética o incompetencia injustificada por parte del titular de un cargo profesional u oficial; se aplica a menudo a médicos, dentistas, abogados y funcionarios públicos para designar un desempeño negligente o incompetente de sus funciones cuando las competencias profesionales son imperativas. La mala praxis es un motivo suficiente de litigio para el que se prevén indemnizaciones.

Término	Definición
Mala praxis médica <i>Véase también mala praxis</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conducta negligente o incompetencia injustificada en el desempeño de una tarea médica por parte del médico o de una parte (por ejemplo, un establecimiento de atención sanitaria) en la que se desarrolla esa acción o tarea; la mayoría de los casos de mala praxis médica son competencia de la jurisdicción civil (es decir, una demanda interpuesta por una persona contra otra), no de la jurisdicción penal (es decir, una demanda interpuesta por un Estado o un Gobierno federal contra una o varias personas infractoras); la mala praxis médica se basa en la teoría de la negligencia, que es una conducta que no alcanza el nivel de calidad asistencial reconocido por la ley para proteger a otros frente al riesgo excesivo de daño, es decir, un desvío respecto a la norma asistencial aceptada que deriva en daños a otras personas; para que la parte demandante gane una demanda por negligencia deben alegarse y probarse ante el tribunal cuatro elementos: la obligación, su incumplimiento, los daños y la relación causal. 2. Determinación judicial de que ha habido un incumplimiento negligente (o, raramente, deliberado) de la norma asistencial vigente que ha causado una lesión o una pérdida a un paciente y por el que el proveedor responsable de la negligencia ha incurrido en responsabilidad jurídica. Dado que la sentencia de mala praxis es sociojurídica y no se dicta de manera sistemática, sino caso por caso, los criterios y procesos para determinar la mala praxis pueden variar de unas zonas a otras.
Medicamentos con nombres parecidos	Medicamentos con nombres similares que pueden confundirse fácilmente unos con otros, sobre todo en el caso de prescripciones verbales.
Medicamentos de alto riesgo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicamentos con el mayor riesgo de causar lesiones por uso incorrecto (como los fármacos empleados en la quimioterapia, las soluciones concentradas de electrolitos, la heparina, la digoxina i.v. y los agonistas adrenérgicos). 2. Algunas clases de medicamentos que se han identificado de manera sistemática como amenazas particularmente graves para la seguridad del paciente. Comprenden las soluciones concentradas de electrolitos (como el cloruro de potasio), la insulina por vía intravenosa, los fármacos empleados en la quimioterapia, los analgésicos opiáceos por vía intravenosa y los anticoagulantes (como la heparina y la warfarina).
Medida de mejora	Medida adoptada o circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente.
Medidas adoptadas para reducir el daño	Acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar el daño asociado a un incidente o la probabilidad de que se produzca.
Mejora del desempeño	Estudio y adaptación continuos de las funciones y procesos de una organización de atención sanitaria para aumentar las probabilidades de lograr los resultados deseados y satisfacer mejor las necesidades de las personas y otros usuarios de los servicios.
Mejora del sistema	Resultado o consecuencia de la cultura, los procesos y las estructuras que están dirigidos a prevenir el fallo del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad.
Mensaje de alerta	Información generada por ordenador que se crea cuando un registro cumple unos criterios preestablecidos.

Término	Definición
Método de rastreo de pacientes	Proceso de evaluación de toda la experiencia asistencial de un paciente en una organización de atención sanitaria.
Microsistema	Unidad organizacional desarrollada en torno a la definición de competencias de servicios básicos repetibles. Un microsistema comprende los elementos siguientes: (1) un equipo básico de profesionales sanitarios, (2) una población definida, (3) procesos de trabajo cuidadosamente diseñados y (4) un entorno capaz de vincular información sobre todos los aspectos del trabajo y de los resultados de los pacientes o de la población para ayudar a la evaluación continua del desempeño.
Modelo centrado en la organización <i>Véase también</i> gestión de la seguridad, modelo centrado en la persona	[Modelo que está] vinculado a la gestión de crisis y puede considerarse como una extensión del modelo centrado en los controles técnicos. Se basa en la idea de que se puede lograr la seguridad mediante la ausencia de factores latentes que aumenten la probabilidad de errores humanos. La seguridad se mide por métodos proactivos [...] y supone un control y un ajuste continuos de los procesos básicos del sistema, similar a la noción de gestión total de la calidad.
Modelo centrado en la persona <i>Véase también</i> gestión de la seguridad, modelo centrado en la organización	Enfoque tradicional [de la gestión de la seguridad] en el ámbito de la seguridad ocupacional, centrado esencialmente en los errores, las acciones peligrosas y las lesiones personales. Se basa en la idea de que las personas son libres de elegir entre un comportamiento seguro o uno peligroso. Los errores se atribuyen sobre todo a factores psicológicos como falta de atención, escasa motivación o incompetencia. Por lo tanto, las intervenciones de gestión de la seguridad van dirigidas a los individuos.
Modelo conceptual	Modelo de los principales conceptos de un dominio y sus relaciones.
Modo de fallo	Manera en que un proceso ha fallado o podría fallar, o manera en que se observa un fallo. El término puede referirse también a tipos específicos de fallo (por ejemplo, fracturas, quemaduras, desviaciones de los valores previstos) o a grados de fallo (por ejemplo, catastrófico, parcial, mínimo).
Monitorizar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer un seguimiento sistemático para recolectar información y supervisar estrechamente algo. 2. Observar o registrar signos fisiológicos o psicológicos de interés.
Muerte prevenible	Una muerte se considera prevenible cuando el paciente ha recibido una atención deficiente y es probable que esta haya conducido a la muerte.

Término	Definición
Negligencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. El hecho de no proceder con la competencia, la diligencia y los conocimientos que se esperan de un proveedor de atención sanitaria razonablemente prudente. 2. La atención prestada no cumplió los criterios de calidad que es razonable esperar de un profesional calificado para atender al paciente en cuestión (SP-SQS 2005) o no alcanzó el nivel que se esperaba de los médicos de su comunidad. 3. El hecho de no proceder con la diligencia con la que lo habría hecho una persona razonablemente prudente y cuidadosa en circunstancias similares. 4. El hecho (por lo general por parte de un médico u otro profesional sanitario) de no proceder con la diligencia, la prudencia o la competencia ordinaria, razonable, habitual o esperable (que aplicarían habitualmente otros médicos acreditados al tratar a pacientes similares) en el desempeño de una obligación legalmente reconocida, lo que ocasiona daños, lesiones o pérdidas previsibles a otros; la negligencia puede ser un acto de omisión (es decir, involuntario) o de comisión (es decir, intencionado), caracterizado por falta de atención, imprudencia, inadvertencia, desconsideración o desorden; en la atención sanitaria, la negligencia implica una práctica médica de calidad inferior a la «práctica de referencia» que habría ejercido un profesional con la misma formación en circunstancias similares.
Negligencia médica	<p>La legislación [británica] sobre negligencia médica se basa en dos principios: el de que el paciente debe estar de acuerdo con el tratamiento y el de que los médicos deben llevar a cabo dicho tratamiento con la competencia pertinente. Sin embargo, responsabiliza a los médicos y demás profesionales sanitarios únicamente del subgrupo de lesiones iatrogénicas que se producen cuando se incumple la obligación de observar la debida diligencia y como consecuencia de ello el paciente sufre una lesión. [...] En principio, el paciente debe aceptar los resultados adversos acordes con un riesgo «normal».</p>
Negligencia profesional	<p>El hecho de que un profesional, por ejemplo, un médico, no aplique el grado de diligencia considerado razonable dadas las circunstancias y ello cause una lesión involuntaria a otro. La negligencia profesional no es sinónimo de responsabilidad jurídica profesional.</p>
Nomenclatura	<p>Conjunto de términos especializados que al eliminar la ambigüedad facilitan una comunicación precisa.</p>
Norma	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel mínimo de desempeño o resultados aceptables, o niveles excelentes de desempeño, o los niveles de desempeño o resultados que se consideran aceptables. 2. Enunciado que define las expectativas de desempeño, las estructuras o los procesos que deben existir para que una organización preste cuidados, tratamientos y servicios seguros y de alta calidad. 3. Una medida de calidad o cantidad establecida por una autoridad, por un estamento profesional o por la costumbre, y que sirve de criterio para la evaluación. 4. Conjunto de cualidades o cantidades que describen características de un producto, un proceso, un servicio, una interfaz o un material.

Término	Definición
Norma – clasificación	Disposición o división sistemática de materiales, productos, sistemas o servicios en grupos basados en características similares.
Norma – de práctica	Procedimiento para llevar a cabo una o más operaciones o funciones concretas.
Norma – del método de ensayo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimiento para identificar, medir y evaluar un material, un producto o un sistema.¹ 2. Procedimiento definitivo de identificación, medición y evaluación de una o más cualidades, características o propiedades de un material, un producto, un sistema o un servicio que produce un resultado del ensayo.
Norma – especificación	Enunciado de un conjunto de requisitos que deben cumplirse y procedimientos para determinar si se cumple cada uno de ellos.
Norma - guía	Serie de opciones o instrucciones que no recomiendan una línea de acción concreta.
Norma – Intercambio de datos	Taxonomía que ordena u organiza términos similares o relacionados para facilitar su recuperación.
Norma – para la notificación	Definiciones y reglas aceptadas o aprobadas formalmente y relativas a los tipos de eventos notificados a los sistemas de notificación de la seguridad del paciente, a los datos y la información recopilados sobre esos eventos, y a los formatos de notificación utilizados.
Norma – terminología	Documento compuesto por términos, definiciones de términos, descripciones de términos, o explicaciones de símbolos, abreviaturas o siglas.

Término	Definición
Norma asistencial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel de competencia en el desempeño de las tareas médicas que se acepta como razonable y representativo de un profesional sanitario capacitado y diligente, y que obliga al médico a limitar su ejercicio de la medicina únicamente a las áreas de su competencia; estas normas pueden corresponder a las establecidas por los estatutos del personal médico de un hospital o a las publicadas por un colegio profesional. 2. Principios y prácticas aceptados por una profesión sanitaria tal y como se prevé que se apliquen en la atención de un paciente en circunstancias normales. Las normas asistenciales se elaboran a partir del consenso de expertos y se basan en investigaciones específicas (cuando se disponga de ellas) y en la experiencia de aquellos. «En circunstancias normales» se refiere al hecho de que un determinado paciente puede presentar circunstancias individuales que prevalezcan sobre la norma; en ausencia de tales consideraciones, un comité de examen de la calidad del personal médico o de enfermería esperará que se apliquen los principios y prácticas aceptados mayoritariamente. 3. En general, en la legislación sanitaria, es el grado de diligencia que un médico que posea unos conocimientos teorico-prácticos medios y ejerza en el mismo lugar o similar debería aplicar en circunstancias idénticas o similares. Sin embargo, en casos en los que intervinieran especialidades médicas, algunos tribunales han hecho caso omiso de consideraciones geográficas alegando que en el ejercicio de una especialidad médica o quirúrgica reconocida oficialmente, la norma debe ser el ejercicio de un especialista razonable que practique la medicina o la cirugía en el mismo campo especializado. Si la conducta de un médico no alcanza el nivel asistencial que dicta la norma, él o ella puede ser responsable jurídico de las lesiones o daños que cause dicha conducta. 4. Principios y prácticas que han sido aceptados por una profesión sanitaria tal y como se espera que se apliquen para un paciente en circunstancias normales.
Notificación de evento <i>Véase también</i> notificación de incidentes, notificación de incidentes críticos	Principal medio por el que se identifican los eventos adversos por medicamentos y otros riesgos. Los objetivos de la notificación de eventos son mejorar la atención dispensada a un paciente, identificar y corregir fallos de los sistemas, prevenir la repetición de eventos, ayudar a crear una base de datos orientada a la gestión de riesgos y la mejora de la calidad, contribuir a ofrecer un entorno seguro para la atención de los pacientes, proporcionar un registro del evento y obtener consejo médico y asesoramiento jurídico inmediatos.
Notificación de incidentes <i>Véase también</i> notificación de eventos, notificación de incidentes críticos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proceso utilizado para documentar las incidencias que no se corresponden con lo que es habitual en el funcionamiento del hospital o la atención a los pacientes. 2. Sistema instaurado en muchas organizaciones de atención sanitaria para recopilar y notificar incidencias adversas relacionadas con los pacientes, como errores de medicación y fallos de equipos. Se basa en informes individuales de incidentes. La eficacia de la notificación de incidentes es limitada por diversas razones, entre ellas, el temor a una acción punitiva, la renuencia de personal no médico a notificar incidentes que impliquen a médicos, el desconocimiento de lo que es un incidente notificable, y la falta de tiempo para los trámites.

Término	Definición
Notificación de incidentes críticos <i>Véase también</i> notificación de eventos, notificación de incidentes	Identificación de incidentes prevenibles (es decir, de incidencias que podrían haber derivado o derivaron en un resultado desfavorable) notificados por personal directamente implicado en el proceso en cuestión en el momento en el que se descubrió el evento. Las notificaciones de incidentes pueden referirse a eventos de todas o alguna de las tres categorías básicas (eventos adversos, eventos sin daños y cuasiincidentes).
Olvido	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eventos internos ligados generalmente a fallos de la memoria. 2. Errores derivados de algún fallo en la fase de ejecución y/o almacenamiento de una secuencia de acciones, [...] en gran medida ligados a fallos de la memoria, que no se manifiestan necesariamente en el comportamiento real y pueden ser patentes sólo para la persona que los sufre.
Organización de atención sanitaria	Entidad que presta, coordina y/o asegura servicios de atención sanitaria y médica para las personas.
Organizaciones de alta fiabilidad (OAF)	Organización muy compleja que hace un uso intensivo de la tecnología. Los procesos internos y las relaciones externas se caracterizan por: <ul style="list-style-type: none"> • un firme sentido de la misión y de los objetivos operacionales, • un alto nivel de competencia técnica y desempeño operativo, • la flexibilidad y la redundancia estructurales, • la coexistencia de patrones de autoridad jerárquica y patrones de autoridad colegiada con toma de decisiones flexible, • la búsqueda continua de la mejora a través de la información que da la experiencia, • unas estructuras de recompensa por el descubrimiento y la notificación de errores, [y] • una cultura organizacional de la fiabilidad.
Orientación conceptual	Los elementos de la terminología son conceptos codificados que pueden tener múltiples representaciones textuales sinónimas y relaciones jerárquicas o definicionales con otros conceptos codificados. No hay conceptos redundantes, ambiguos ni imprecisos. ³¹
Paciente	Persona receptora de atención médica.
Parte interesada	Persona que tiene intereses en las actividades de una organización y capacidad de influir en ellas. Por ejemplo, entre las partes interesadas de un hospital se cuentan los pacientes, los trabajadores, el personal médico, la administración pública, las compañías de seguros, la industria y la comunidad.
Patrón de comparación	Método de diagnóstico que tiene una exactitud confirmada o ampliamente aceptada y proporciona una referencia con la que puede compararse una nueva prueba de cribado o de diagnóstico. Los patrones de comparación pueden utilizarse también en los estudios de calidad asistencial para marcar un nivel de desempeño, acordado por expertos o pares, con el que pueden compararse los médicos a título individual o las organizaciones.

Término	Definición
Peligro <i>Véase también situación peligrosa</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Situación o evento que introduce o aumenta la probabilidad de que de una contingencia surja un evento adverso, o que aumenta la magnitud de un evento adverso. 2. Fuente potencial de daño (por ejemplo, puede tratarse de un error en el propio sistema o de un uso incorrecto de este). 3. Toda amenaza para la seguridad, como prácticas, conductas, equipos, etiquetas o nombres que no son seguros. 4. Conjunto de circunstancias o situación que podría lesionar los intereses de una persona, como su salud o bienestar. 5. Cualquier cosa que pueda causar daño. 6. Circunstancia, agente o acción que pueda entrañar riesgos o aumentar los existentes.
Percance médico <i>Véase también evento adverso</i>	Fallo grave, real o potencial, de la calidad de la atención prestada a uno o varios pacientes o daño causado a uno o varios pacientes por el desempeño de un servicio de atención sanitaria y/o de los profesionales sanitarios que trabajan en él.
Pérdida	(1) Toda merma de la cantidad, la calidad o el valor de bienes como consecuencia de un evento no deseado. (2) En el ámbito de los seguros, la base para una reclamación según las condiciones de una póliza de seguro.
Permanencia del concepto	El significado de cada concepto codificado en una terminología no se modifica nunca. Si es preciso modificarlo o precisarlo, se introduce un nuevo concepto codificado. Ningún código retirado se borra ni se reutiliza.
Prácticas óptimas	Prácticas clínicas, científicas o profesionales reconocidas por la mayoría de los profesionales en un campo determinado. Es habitual que estén basadas en pruebas científicas y se establezcan por consenso.
Prevención	Modificación del sistema [...] para reducir las probabilidades de que surja el temido evento y regresar a un nivel de riesgo aceptable; toda medida orientada a aminorar la frecuencia y la gravedad del riesgo.
Prevenibilidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implica que los métodos para evitar una determinada lesión se conocen y que no aplicar ese conocimiento da lugar a un evento adverso.
Prevenible	Aceptado por la comunidad como evitable en el conjunto concreto de circunstancias.
Problema de seguridad	Protocolos, procedimientos, productos o equipos que tienden a dar problemas, o procesos que generan riesgos y pueden degradar la capacidad [de los profesionales] de prestar una atención óptima al paciente.
Procedimiento invasivo	Procedimiento que supone la punción o incisión de la piel o la introducción de un instrumento o de material extraño en el organismo.

Término	Definición
Procedimientos de alto riesgo	Procedimientos quirúrgicos o de otro tipo que ponen al paciente en riesgo de muerte o de discapacidad.
Proceso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serie de acciones relacionadas para lograr un resultado definido. 2. Línea de acción o secuencia de medidas que comprende lo que se hace y cómo se hace.
Proceso de alto riesgo	Proceso que de no planificarse o aplicarse correctamente tiene gran capacidad de repercutir negativamente en la seguridad del paciente.
Productos biológicos	Medicamentos elaborados a partir de organismos vivos y sus productos, como sueros, vacunas, antígenos y antitoxinas.
Prospección de datos	Uso de un conjunto básico de instrumentos para extraer patrones de los datos contenidos en un almacén de datos.
Punto de referencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desempeño (de una organización o un individuo respecto a un determinado atributo) que se considera el objetivo de desempeño de otros. En el contexto de la reforma sanitaria, el punto de referencia del desempeño sería aquel que ofreciera la mejor combinación de resultados y costes; es decir, puede que el «mejor» resultado posible cueste tanto que no pueda tomarse como punto de referencia. 2. Medida de desempeño comparativo. 3. Punto de comparación o patrón con el que puede medirse, compararse o juzgarse algo, como los puntos de referencia del desempeño.
Puntos de riesgo	Puntos específicos de un proceso que son vulnerables a errores o fallos del sistema. Por lo general suelen deberse a defectos en el diseño inicial del proceso, a un alto grado de dependencia de la comunicación, a procesos no normalizados y al fallo o la ausencia de mecanismos de seguridad adicionales.
Queja (dolencia, molestia) Queja (reclamación)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Término genérico para un síntoma del que una persona es consciente o que causa molestias. 2. Expresión de descontento por parte de un paciente o cuidador [...] que representa una percepción particular de los acontecimientos. Una queja puede o no revelar que se ha producido una equivocación o un error.
Razonamiento basado en casos	Sistema de apoyo a la toma de decisiones que utiliza una base de datos de casos similares.
Reacción adversa	Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.

Término	Definición
Reacción adversa a un medicamento (RAM) <i>Véase también evento adverso</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efectos involuntarios, no deseados o imprevistos de medicamentos recetados o de errores de medicación que obligan a interrumpir un medicamento o a modificar la dosis; exigen hospitalizar o prolongar la hospitalización; originan una discapacidad; necesitan tratamiento con un medicamento de dispensación con receta; causan un deterioro o un trastorno cognitivo; son potencialmente mortales; causan la muerte, o dan lugar a anomalías congénitas. 2. Reacción no deseada, asociada al uso de un fármaco, que pone en peligro la eficacia terapéutica de este, aumenta su toxicidad, o ambas cosas. 3. Efecto no deseado causado por un fármaco; en general se excluyen la intoxicación intencionada o accidental y el abuso de drogas. 4. Toda respuesta imprevista, no buscada, no deseada o excesiva a un fármaco (terapéutico o diagnóstico) que obliga a suspender su administración; exige modificar el tratamiento farmacológico; exige modificar la dosis (salvo ajustes posológicos menores); obliga a hospitalizar al paciente; prolonga la estancia en un centro de atención sanitaria; precisa tratamiento de soporte; complica considerablemente el diagnóstico; afecta negativamente al pronóstico, o causa un daño temporal o permanente, una discapacidad o la muerte. 5. Efecto secundario no deseado o toxicidad debido a la administración de un fármaco. 6. Reacción a un medicamento que es nociva y no buscada, y que se produce con dosis utilizadas normalmente en el hombre para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, o para el restablecimiento, la corrección o la modificación de una función fisiológica.
Reacción adversa imprevista a un medicamento <i>Véase también evento adverso</i>	<p>Toda reacción adversa a un medicamento cuya especificidad o gravedad no concuerde con el manual del investigador vigente; o en caso de que no se necesite o no se disponga de un manual del investigador, cuya especificidad o gravedad no concuerde con la información sobre riesgos descrita en el plan general de investigación u otro lugar de la presente solicitud, según su última versión vigente. Por ejemplo, de acuerdo con esta definición, una necrosis hepática sería imprevista (en virtud de su mayor gravedad) si el manual del investigador sólo aludiera a un aumento de las enzimas hepáticas o a hepatitis. Del mismo modo, una tromboembolia cerebral y una vasculitis cerebral serían imprevistas (en virtud de su mayor especificidad) si el manual del investigador sólo mencionara los accidentes vasculares cerebrales. En esta definición, «imprevista» se refiere a que la reacción adversa al medicamento no se ha observado anteriormente (por ejemplo, no se ha incluido en el manual del investigador), no a que no se previera su aparición a partir de las propiedades farmacológicas del medicamento.</p>
Reacción adversa potencialmente mortal a un medicamento <i>Véase también evento adverso</i>	<p>Toda reacción adversa a un medicamento que, a juicio del investigador, sitúa al paciente o al sujeto en riesgo inmediato de muerte por la reacción tal y como se ha producido, es decir, no incluye las reacciones que, de haber sido más intensas, podrían haber causado la muerte.</p>

Término	Definición
Reconocimiento de calificaciones profesionales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proceso de obtención, verificación y evaluación de las calificaciones de un profesional sanitario para prestar servicios de atención al paciente en un organismo de atención sanitaria o para este [...] documentación demostrativa de la autorización para ejercer, la formación teórica y práctica, la experiencia u otras calificaciones. 2. Proceso por el que se determina la idoneidad para formar parte del personal médico del hospital y disfrutar de los privilegios concedidos a los médicos y otros profesionales a la luz de la preparación académica, la autorización para ejercer, la formación y el desempeño. Los privilegios son concedidos por el consejo de administración del hospital, habitualmente por recomendación del personal médico y por lo general a través de la comisión de reconocimiento de calificaciones del personal médico [...] Las calificaciones y el desempeño se examinan periódicamente, y la pertenencia al personal médico y/o los privilegios que comporta pueden ser denegados, modificados o cancelados.
Recuperación <i>Véase también</i> factores atenuantes	Conjunto no estructurado de factores humanos que conducen a que una situación de riesgo se detecte, se comprenda y se corrija a tiempo, de modo que la secuencia se limite a un cuasiincidente en lugar de evolucionar hacia lo que puede ser un evento adverso.
Referente	Método, procedimiento o medida ampliamente aceptado como el mejor de los disponibles. Ofrece un punto de referencia frente al que pueden medirse los resultados de otros métodos, procedimientos o medidas.
Relación causal <i>Véase también</i> causa, causa directa, causa inmediata, causa próxima, causa subyacente, factor causal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecimiento de una relación de causa a efecto entre [un] acto supuestamente negligente y las presuntas lesiones. 2. Acto por el que se produce un efecto.
Relación semántica	La forma en que las cosas (como las clases o los conceptos) se asocian entre sí con arreglo a su significado.

Término	Definición
Rendición de cuentas <i>Véase también</i> rendición de cuentas pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. La medida en que los individuos son responsables ante una autoridad superior; los médicos han de rendir cuentas ante la ley, el juramento hipocrático y sus pacientes; [...] más recientemente, se ha ampliado la rendición de cuentas del médico ante el paciente para incluir la rendición de cuentas ante el público en general, las compañías de seguros y los organismos oficiales en todos los niveles. 2. La obligación de proporcionar a todos los interesados las pruebas necesarias para (1) sentar la confianza de que la tarea o función de la que se es responsable se está desempeñando o se ha desempeñado y (2) describir la manera en que dicha tarea se está realizando o se ha realizado. Cuando se cumple con la rendición de cuentas, se le puede garantizar a la autoridad que delegó la responsabilidad que las funciones o tareas delegadas se están desempeñando o se han desempeñado adecuadamente aportándole pruebas (no meras afirmaciones). La rendición de cuentas debe definirse junto con la responsabilidad. Un individuo o una organización tiene una responsabilidad (es decir, una obligación) porque un individuo u organismo con autoridad se la ha concedido o delegado. Desatender esa obligación engendra responsabilidad jurídica.
Rendición de cuentas pública <i>Véase también</i> rendición de cuentas	Obligación o deber de determinadas personas y/o instituciones de poner la información sobre sus acciones o su desempeño a disposición del público o de una organización o institución pública (o su representante) a la que se le ha encomendado la supervisión y que debe responder ante el público en general.
Repositorio de datos clínicos	Base de datos clínicos optimizada para el almacenamiento y la recuperación de información individual de los pacientes y empleada para fundamentar la atención de los pacientes y las operaciones diarias.
Resiliencia	Grado en el que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes.
Responsabilidad jurídica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Término genérico que se refiere a todo carácter de obligación y responsabilidad ante la ley por una acción. 2. Término jurídico amplio que abarca casi todas las responsabilidades (absoluta, contingente o probable).
Responsabilidad jurídica (profesional)	Obligación jurídica en la que se incurre por haber realizado (o no) algo que uno hace (o debería haber hecho) como profesional.
Responsabilidad jurídica profesional	Obligación jurídica de un profesional sanitario o una organización de atención sanitaria generada por una infracción (por acción u omisión) para la cual la ley prevé una solución jurídica. Por ejemplo, cuando un médico no emite un diagnóstico y ello causa una lesión al paciente, el médico es profesionalmente responsable de la lesión. La responsabilidad jurídica profesional no es lo mismo que la negligencia profesional.
Responsable	Que ha de rendir cuentas.

Término	Definición
Resultado <i>Véase también resultado del paciente, resultado sanitario del paciente</i>	1. Producto del desempeño (o no desempeño) de una o varias funciones o procesos. 2. Producto, consecuencia o efecto práctico.
Resultado adverso <i>Véase también evento adverso</i>	Se consideran resultados adversos una hospitalización prolongada, una discapacidad o la muerte en el momento del alta.
Resultado grave	La muerte, un trastorno potencialmente mortal, la hospitalización o su prolongación, una discapacidad o una anomalía congénita, o las situaciones en las que hace falta una intervención para prevenir una deficiencia o un daño permanente.
Resultado para el paciente	Repercusiones para un paciente total o parcialmente atribuibles a un incidente.
Resultado para la organización	Repercusiones en una organización total o parcialmente atribuibles a un incidente.
Resultado sanitario del paciente <i>Véase también resultado</i>	Resultado, para un paciente, de la realización (o no realización) de uno o más procesos, servicios o actividades por parte de proveedores de atención sanitaria. Un resultado sanitario del paciente representa el efecto acumulado de uno o más procesos en un determinado momento, por ejemplo, la supervivencia hasta el alta tras una herida de bala en el tórax o un infarto agudo de miocardio.

Término	Definición
Riesgo <i>Véase también riesgo tolerable</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Probabilidad, alta o baja, de que alguien o algo vaya a resultar dañado por un peligro, multiplicada por la gravedad del posible daño. 2. Probabilidad de enfermedad, lesión o muerte entre diversos grupos de individuos y por diferentes causas. Se dice que los individuos están «en situación de riesgo» si pertenecen a un grupo en el que está presente un determinado factor causal. [...] Esta definición es la empleada en salud pública. 3. Combinación de la probabilidad de que se produzca un daño y de la gravedad de este. 4. Exposición a eventos que pueden amenazar o dañar a la organización o a sus intereses. 5. (1) Probabilidad de que se produzca una enfermedad, una lesión o la muerte entre diversos grupos de personas y por distintas causas. (2) Toda posibilidad mensurable y previsible de pérdida, lesión, desventaja, peligro (incluido el inevitable o inminente) o destrucción. Para una organización de atención sanitaria el riesgo puede radicar, por ejemplo, en la responsabilidad jurídica general o profesional o en daños a bienes materiales. 6. Probabilidad de que suceda algo que tendrá un impacto en los individuos y/o las organizaciones. Se mide en términos de probabilidad y consecuencia. 7. Probabilidad de peligro, pérdida o lesión en el sistema sanitario. 8. Posibilidad/probabilidad de que se produzca o se repita un evento, multiplicado por la gravedad de este. 9. Probabilidad de que ocurra un incidente.
Riesgo quirúrgico	<p>Probabilidad de un resultado adverso y de muerte asociados a la cirugía y la anestesia. Las decisiones de llevar adelante una intervención quirúrgica se basan en razones de riesgo y beneficio conceptualizadas que sólo pueden ser exactas cuando se aplican a grupos de pacientes comparables sometidos a procedimientos similares. Los riesgos pueden clasificarse como relacionados con el paciente, con el procedimiento, con el proveedor o con el anestésico. El estado general del paciente puede evaluarse y puntuarse mediante la Escala de Estado Físico de la <i>American Society of Anesthesiologists</i> (ASA-PSS), que se correlaciona con el resultado quirúrgico, aunque no se elaboró originalmente como predictor del riesgo.</p>
Riesgo tolerable <i>Véase también riesgo</i>	<p>Riesgo que se acepta en un contexto determinado basándose en los valores sociales vigentes.</p>
Salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. 2. Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Término	Definición
<p>Seguridad</p> <p><i>Véase también seguridad del paciente</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grado en el que se reducen el riesgo de una intervención [...] y el riesgo en el entorno asistencial para el paciente y para otras personas, incluidos los profesionales de la atención sanitaria. 2. El hecho de estar a salvo de sufrir o de causar lesiones, daños o pérdidas; se consideran seguros las actividades o los elementos del entorno cuyo uso y eliminación entrañe unos riesgos juzgados aceptables. 3. El hecho de estar a salvo de riesgos inaceptables. 4. El hecho de estar a salvo de lesiones accidentales. 5. Estado en el que el riesgo se ha reducido hasta un nivel aceptable. 6. El hecho de estar a salvo de peligros.
<p>Seguridad del paciente</p> <p><i>Véase también seguridad</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitación, prevención y mejora de los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención sanitaria. Esos eventos comprenden «errores», «desvíos» y «accidentes». La seguridad surge de la interacción entre los componentes del sistema; no reside en una persona, un dispositivo o un departamento. Mejorar la seguridad depende de que se aprenda cómo emerge esta de las interacciones entre los componentes. La seguridad del paciente es un subconjunto de la calidad de la atención sanitaria. 2. El hecho de estar a salvo de lesiones accidentales; velar por la seguridad del paciente supone instaurar sistemas y procesos operacionales que reduzcan al mínimo la probabilidad de errores y maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran. 3. Acciones emprendidas por individuos y organizaciones para proteger a los receptores de atención sanitaria de verse perjudicados por los efectos de los servicios que la prestan. 4. El hecho de estar a salvo de lesiones accidentales en el curso de la atención médica; actividades dirigidas a evitar, prevenir o corregir resultados adversos que pueden derivarse de la prestación de atención sanitaria. 5. Identificación, análisis y gestión de los riesgos e incidentes relacionados con los pacientes con el propósito de mejorar la seguridad de la asistencia que se les presta y reducir al mínimo los daños que puedan sufrir. 6. Reducción y atenuación de las acciones peligrosas dentro del sistema de atención sanitaria, y aplicación de las mejores prácticas que han demostrado ofrecer resultados óptimos para el paciente. 7. Prevención y atenuación del daño a los pacientes. 8. El hecho de que un paciente esté a salvo de daños innecesarios o potenciales asociados a la atención sanitaria.

Término	Definición
Seguridad en el uso de los medicamentos	El hecho de estar a salvo de lesiones accidentales durante el uso de medicamentos; actividades para evitar, prevenir o corregir eventos adversos que puedan derivar del uso de medicamentos.
Sesgo retrospectivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descubrir que se ha producido un resultado induce a creer que la probabilidad de que se produjera era mayor. 2. Tendencia a simplificar en exceso y a asignar causas sencillas (errores humanos) a eventos durante las investigaciones posteriores a estos (es decir, conocer el resultado de un evento sesga nuestra percepción de los factores contribuyentes).
Sistema	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conjunto de elementos interdependientes (personas, procesos, equipos) que interactúan para lograr un objetivo común. 2. Grupo de elementos que interactúan regularmente o son interdependientes y forman un todo unificado. 3. Conjunto de componentes interrelacionados que operan juntos con un objetivo común. 4. Categoría de factores o características que interactúa con las características de otros sistemas o categorías. 5. Proceso mediante el cual un conjunto de personas y máquinas (y otros recursos esenciales) operan juntas de manera ordenada para llevar a cabo una determinada tarea.
Sistema de información clínica	Componentes de un sistema de información de la atención sanitaria ideado para fundamentar en él la prestación de asistencia a los pacientes, lo que incluye las comunicaciones de prescripciones, la notificación de resultados, la planificación de la atención y la documentación clínica.
Situación peligrosa <i>Véase también peligro</i>	Existen fallos activos y latentes generadores de un peligro que aumenta el riesgo de daño.
Sufrimiento	Vivencia de algo subjetivamente desagradable.
Supuesto del continuo causal	El supuesto de que los factores causales (del fallo) en accidentes con consecuencias son similares a los de los cuasiincidentes sin consecuencias.
Sustancia tóxica	Productos químicos que están presentes en concentración suficiente para poner en peligro la salud humana.

Término	Definición
Taxonomía <i>Véase también clasificación</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema para organizar la información sobre la seguridad del paciente, incluidas las amenazas para dicha seguridad. 2. Sistema para nombrar y organizar los elementos en grupos que comparten características similares. 3. Estudio teórico de la clasificación que comprende sus fundamentos, principios, procedimientos y reglas.
Técnica del incidente crítico	Conjunto de procedimientos para recopilar observaciones directas del comportamiento humano de modo que se facilite su utilidad potencial en la resolución de problemas prácticos y la elaboración de principios psicológicos generales.
Tecnología médica	Técnicas, medicamentos, equipos y procedimientos utilizados por los profesionales sanitarios en la prestación de atención médica a las personas, y sistemas en los que se dispensa dicha atención.
Terminología de la atención sanitaria	Término colectivo utilizado para describir en su totalidad el conjunto de códigos, la clasificación y la nomenclatura (vocabulario).
Terminología de referencia	Terminologías orientadas al concepto con características tales como una gramática que define las reglas para la generación y clasificación automática de nuevos conceptos y la combinación de conceptos atómicos para formar expresiones moleculares.
Terminologías	Las terminologías definen, clasifican y, en algunos casos, codifican contenidos de datos.
Tipo	El proceso perceptible, externo o visible que era erróneo o falló. Las subcategorías de tipo son «comunicación», «tratamiento del paciente» y «desempeño clínico». Una de las cuatro subclasificaciones interrelacionadas de los elementos que constituyen los errores de la atención sanitaria y los fallos del sistema.
Tipo de incidente	Término descriptivo para designar una categoría constituida por incidentes de naturaleza común agrupados por compartir características acordadas.
Tipología	Clasificación multidimensional y conceptual. Una tipología se caracteriza por el uso de etiquetas o nombres.
Trasplé	Fallos del movimiento de todo el cuerpo; estos errores se denominan a menudo «resbalones, traspies o caídas» –son ejemplos de ellos el caso del tubo con una muestra que se escurre de la mano y se rompe, o el de la persona que tropieza con una baldosa suelta del suelo.
Uso incorrecto	Cuando se ha seleccionado un servicio adecuado, pero se produce una complicación prevenible y el paciente no recibe todos los beneficios potenciales del servicio.

Término	Definición
Variación	Diferencias en los resultados obtenidos al medir el mismo fenómeno más de una vez. Las fuentes de variación en un proceso a lo largo del tiempo pueden agruparse en dos grandes clases: las causas comunes y las causas especiales. La variación excesiva conduce a menudo a despilfarros y pérdidas, tales como resultados sanitarios adversos para el paciente y mayores costes de los servicios de salud.
Variación debida a causas comunes <i>Véase también variación debida a causas especiales, variación del proceso</i>	Variación en un proceso debida al propio proceso y producida por interacciones de variables de este. La variación debida a causas comunes es inherente a todos los procesos; no es una perturbación del proceso. Sólo puede eliminarse mediante modificaciones fundamentales de este.
Variación del proceso	Dispersión del producto del proceso a lo largo del tiempo. En todo proceso existe variación, y toda variación tiene causas. Las causas son de dos tipos: especiales o comunes. Un proceso puede tener ambos tipos de variaciones al mismo tiempo o sólo variaciones debidas a causas comunes. Las medidas de gestión necesarias para mejorar el proceso difieren según el tipo de variación de que se trate.
Vigilancia	Recopilación y revisión sistemáticas de datos para examinar la extensión de una enfermedad, supervisar tendencias y detectar cambios en la frecuencia de la enfermedad.

Fuente: World Health Organization. *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Versión 1.1. 2009

El objetivo de la presentación de los conceptos dados por el CISP, es mostrar la base de datos más completa con la cual se cuenta a nivel internacional sobre los términos relacionados con la seguridad del paciente. Sin embargo, para el desarrollo del Manual de Gestión de Seguridad del Paciente de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo, se tendrá en cuenta las definiciones de la política de Seguridad del Paciente del Ministerio de Protección Social de Colombia.

2.3 MARCO LEGAL

2.3.1 La Constitución Política de Colombia de 1991

Enmarcó la calidad en salud en sus artículos 48, 49 y 365, donde garantizó el acceso a la salud bajo los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad. También estableció que el Estado es el responsable de dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud, con el fin de mejorarlos continuamente.

2.3.2 La Ley 10 de 1990

Definió los servicios de salud de obligatoria prestación por parte del Estado; y determinó que el Estado debe intervenir en el control de la calidad, la garantía del acceso de la población y en las tarifas. Especificó las funciones de cada uno de los organismos de vigilancia y control, las cuales van dirigidas al logro de la calidad del servicio.

2.3.3 Ley 100 de 1993

Los artículos 173, 180, 185, 186 y 227 de la Ley 100 de 1993 establecieron la creación de un Sistema de Garantía de la Calidad y de Acreditación en Salud. Y en su artículo 153, numeral 9, instituyó la calidad como regla rectora del Sistema General de Seguridad Social en Salud: “El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia”.

2.3.4 Ley 1122 de Enero 9 de 2006 Ministerio de la Protección Social

La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

2.3.5 Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 Ministerio de la Protección Social

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención, en cuanto a:

- Capacidad tecnológica y científica: son los estándares de estructura y de proceso que deben de cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, comprende recurso humano; infraestructura; instalaciones físicas y de mantenimiento; dotación –mantenimiento; medicamentos y dispositivos médicos para uso humano y su gestión; procesos prioritarios asistenciales, referencia de pacientes y seguimiento a riesgos en la prestación de servicios de salud.
- Suficiencia Patrimonial y Financiera: es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo.
- Capacidad técnico-administrativa. Son condiciones de capacidad técnico administrativas:
 1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo a su naturaleza jurídica.
 2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permiten demostrar que la IPS cuenta con sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes

2.3.6 Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Protección social

Mediante el Decreto 1011 de 2006 el Ministerio de la Protección Social definió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyas acciones se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario y en la vigilancia y prevención de eventos adversos.

Como norma reglamentaria del Decreto 1011 de 2006, la Resolución 1445 de 2006 estableció el Sistema Único de Acreditación como componente del Sistema de Garantía de la Calidad, el cual se pone a disposición de las IPS, EPS, Administradoras del Régimen Subsidiado –ARS- y Empresas de Medicina Prepagada, que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, por encima de las condiciones mínimas exigidas por el Sistema Único de Habilitación.

2.3.7 Circular 030 De 19 De Mayo de 2006 Superintendencia Nacional de Salud

Imparte instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud. El Sistema obligatorio de Garantía de Calidad ha definido los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, que deben desarrollar las instituciones prestadoras de servicios de salud, y las EPS definidas en el artículo 181.de la Ley 100 de 1993, para generar, mantener y mejorar una provisión de servicios accesibles y equitativos con nivel profesional óptimo teniendo en cuenta el balance entre beneficios,

riesgos y costos y lograr la adhesión y la satisfacción de los usuarios. Esta circular aplica solo para las EPS y las EPS de medicina prepagada, las cuales implementaran un programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud, que contienen aspectos relacionados con la evaluación propia de la Red Prestadora de Servicios de Salud, la auditoria externa para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los prestadores de servicios de salud, evaluación propia del proceso de atención de salud y sistema de atención al usuario.

2.3.8 Resolución 2679 de 2007

Con la Resolución 2679 de 2007 se conformó el Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud, el cual tiene como uno de sus objetivos, proveer condiciones para facilitar el desarrollo de consensos y acciones conjuntas orientadas hacia el beneficio de la calidad y la seguridad de la atención en salud.

2.3.9 Lineamientos para la Seguridad del Paciente

El Ministerio de la Protección Social expidió desde Junio de 2008 los “Lineamientos para implementación de la Política de Seguridad del Paciente”, igualmente expidió el Decreto 4747 de 2007, “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, y se dictan otras disposiciones” establece de manera explícita que “los servicios que se contraten deben garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador” y su Resolución Reglamentaria 3047 de 2007, reglamenta en su anexo técnico N° 6 el “Manual único de glosas, devoluciones y respuestas”, todo lo cual busca garantizar que la atención se dé con eficiencia y con calidad, ejes de la política de prestación de servicios.

2.3.10 Resolución Número 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social

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, con el fin de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios y ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

Artículo 3 Indicadores De Monitoria Del Sistema Obligatorio de La Garantía de la Calidad

1. Oportunidad en la asignación de citas médicas en la consulta médica general

2. Oportunidad en la asignación de citas médicas en la consulta general especializada
3. Proporción de cancelación de cirugías programadas
4. Oportunidad en la atención de urgencia
5. Oportunidad en la atención en servicios de imagenología
6. Oportunidad en la atención en servicios de consulta odontológica general
7. Oportunidad en la realización de la cirugía programada
8. Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados
9. Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada
10. Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
11. Tasa de infección intrahospitalaria
12. Proporción de vigilancia de eventos adversos
13. Tasa de satisfacción global
14. Numero de tutelas por no prestación de servicios POS – POS S
15. Oportunidad en la entrega de medicamentos no POS
16. Oportunidad en la realización de la cirugía programada
17. Proporción de esquemas de vacunación adecuados en menores de un año
18. Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino
19. Tasa de mortalidad por neumonías en grupos de alto riesgo
20. Razón de mortalidad materna
21. Proporción de quejas resueltas antes de 15 días

Esta resolución establece 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 los eventos adversos se integra con los diferentes componentes del Sistema Obligatorio de Garantía para la Atención en Salud de diversas maneras:

En el sistema único de acreditación:

- El ente acreditador debe exigir en los formularios de aplicación para la acreditación en salud que la institución haga una descripción de cómo vigila el comportamiento y gestiona el mejoramiento de los procesos involucrados en la ocurrencia de eventos adversos.
- Los evaluadores del ente acreditador deben de buscar de manera activa durante sus evaluaciones la existencia de eventos adversos y la evidencia de las acciones de mejoramiento derivadas de la vigilancia de estos en la institución, correlacionándolos con el grado de cumplimiento de los estándares de la institución.
- Durante el proceso de acreditación, la vigilancia de los eventos adversos sirve a las instituciones para orientarse hacia la medición de la efectividad de los

procesos de mejoramiento y de la validez de la evidencia ante el ente acreditador relacionada con el cumplimiento de los estándares de acreditación

- En la auditoria para el mejoramiento de la calidad
- La vigilancia de los eventos adversos se encuentra planteada como una de las recomendaciones de la Pautas de auditoria para el desarrollo de los procesos de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
- La vigilancia de eventos adversos le aporta información a la institución para la definición de los procesos prioritarios hacia los cuales deben enfocar sus programas de auditoria.
- 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, el 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

2.3.11 Circular 047 Del 30 de Noviembre de 2007

Con fundamento en las facultades Constitucionales y Legales de la Superintendencia Nacional de Salud, se expide la Circular Única, acto administrativo en el cual se reúnen en un solo cuerpo normativo todas las instrucciones de la entidad que se encuentran vigentes. En lo que respecta a las INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD dice que deberán dar cabal cumplimiento a lo dispuesto por la corte constitucional en el sentido de:

- Generar espacios que permitan el cumplimiento de las determinaciones adoptadas por la corte a sus empleados administrativos y a los profesionales de la salud.
- Adoptar las medidas administrativas internas dirigidas a evitar las dilaciones o barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud a los usuarios.
- Dar cabal cumplimiento en lo dispuesto en el decreto 4747 de 2007 y su resolución reglamentaria 3704 de 2008, para garantizar la efectiva prestación de servicios de salud.
- Prestar en forma obligatoria la atención inicial de urgencias que requiera los usuarios de la salud.

2.3.12 Circular Única 049 del 5 de Abril de 2008

Modificación a las instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control contenidos en la Circular Externa número 047 (Circular Única).

En el Título II se refiere a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y en su Capítulo I a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con relación al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para la Atención en Salud.

Hace referencia las acciones y los reportes que deben presentar en materia de: Red de Prestadores de Servicios de Salud, Autorización de funcionamiento EPS Régimen Subsidiado, Sistema Único de Habilitación Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, Auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud (PAMEC), Sistema de información para la calidad, Sistema de Referencia y Contrarreferencia, Atención Inicial de Urgencias Comités Técnico-Científicos

2.3.13 Circular Única 051 del 17 De Octubre de 2008

Esta circular es una adición del capítulo VIII instrucciones cumplimiento sentencias en el título 1 disposiciones generales de la circular externa Número 047 (circular única).

“Capítulo VIII Cumplimiento de sentencias” Los actores del sistema desde el ámbito de sus responsabilidades en sus condición de aseguradoras, prestadores o administradores deben dar cabal cumplimiento a las sentencias que profieran las autoridades judiciales, y en consecuencia adoptar, en forma inmediata las gestiones administrativas para que se garantice la prestación de los servicios médico-asistenciales, medicamentos, procedimientos e intervenciones que hayan sido ordenados por los jueces de la república y las demás referidas al reconocimiento y pago de los mismos. En este sentido se debe advertir a las entidades destinatarias de la presente circular que las sentencias judiciales, de acuerdo a lo señalado por la corte constitucional, son título suficiente para que las autoridades públicas y las instituciones privadas que ejercen funciones públicas adopten las decisiones y adelanten las actuaciones administrativas que permitan el inmediato cumplimiento de las órdenes impartidas en cada una de la providencias, máximo si las mismas establecen la protección al derecho fundamental a la salud y como resultados de las mismas se ordenen los gastos, se autoricen los servicios requeridos; pero que aun sin la necesidad de las mismas los comité Técnico Científicos pueden autorizar la prestación de los servicios, intervenciones, procedimientos, actividades y medicamentos excluidos en el plan obligatoria de salud, en procura de salvaguardar del derecho a la salud de los afiliados.

2.4 MARCO TEORICO

2.4.1 Principios Orientadores De La Política De Seguridad Del Paciente^{22,23,24,25.}

Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.

2.4.1.1 Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

2.4.1.2 Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

2.4.1.3 Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del SOGCS y es transversal a todos sus componentes.

2.4.1.4 Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

2.4.1.5 Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

2.4.1.6 Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

2.4.1.7 Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

2.4.2 Objetivos de la Política de Seguridad del Paciente^{26,27}

1. Direccional las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención segura.
2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.

3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
4. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
5. Homologar la terminología a utilizar en el país.
6. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en el mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
7. Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente.
8. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

2.4.3 Barreras de Seguridad que Previenen la Ocurrencia del Evento Adverso

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas a garantizar una atención limpia en salud
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel de individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología

2.4.4 Acciones Institucionales que Propenden por Establecer la Política Institucional de Seguridad del Paciente

Herramientas prácticas comunes a los principales programas de seguridad del paciente en el mundo:

2.4.4.1 Política Institucional de seguridad del paciente

La alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad. Debe procurar establecer en forma clara los propósitos de su formulación:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente

Además se debe dar lineamientos claros de cómo implementarla, lo que significa abordar algunos de los siguientes temas:

- La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos
- Garantizar la confidencialidad de los análisis
- Estrategias organizacionales para su operación: unidad funcional, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.
- Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.
- Integración con otras políticas y procesos institucionales: calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc.
- Como se va a construir una alianza con el paciente y su familia.
- Como se integra con los procesos asistenciales.
- Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política.

2.4.4.2 Metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos

Los resultados de los sistemas de reporte no son la alternativa más útil para monitorizar la medida en la cual se ha incrementado o disminuido la presentación de eventos adversos en la institución, por lo cual es recomendable realizar a intervalos periódicos estudios que midan prevalencia o la incidencia de ocurrencia de dicho fenómeno, para este propósito la metodología desarrollada a partir del estudio IBEAS es una alternativa útil para este propósito, así como las herramientas para el análisis de indicio de evento adverso disponibles en la literatura (Luengas, 2008).

2.4.4.3 Procesos para la detección de la ocurrencia de eventos adversos

La resolución 1446 de 2006 establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, la vigilancia de eventos adversos. Sin embargo, los sistemas de reporte que se implementen deberán tener como finalidad el aprendizaje para generar barreras de seguridad. Es esencial proteger la intimidad y confidencialidad del proceso.

Debe existir un sistema de reporte intrainstitucional, que privilegie la confidencialidad de lo reportado, que permitan realizar un claro análisis causal y dentro del cual se puedan identificar los factores que están bajo el control de la institución, y diferenciarlos de aquellos que requieren acciones extrainstitucionales.

2.4.4.4 Metodologías para el análisis de los eventos adversos

Un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado, tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casuales o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada.

Metodologías para este propósito son el Protocolo de Londres, el análisis de ruta causal o análisis de causa raíz, el modo de falla y efectos u otros (AMFE) y la

propuesta hecha por el Centro de Gestión Hospitalaria y la Fundación Corona, que tiene en cuenta a estas dos últimas (Luengas, 2008).

2.4.4.5 Estrategias para profundizar la cultura institucional de Seguridad del Paciente

El ambiente cultural al interior de las organizaciones debe favorecer:

1. La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente.
2. El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.
3. La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento.
4. La información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente.
5. El énfasis en los resultados que se obtienen antes de las acciones formales que se desarrollan.

2.4.4.6 Protocolos para el manejo del paciente

La institución debe definir un protocolo para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso.

Recomendaciones:

1. Educar al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos: transmitirle la idea de que la búsqueda de este, es algo positivo y no negativo.
2. Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos.
3. Sembrar, en el equipo de atención, la necesidad de concurrir hacia el paciente cuando ocurre un EA, y acompañarlo.

Cuando ocurre un evento adverso el manejo del paciente debe estar orientado a:

1. No negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle información y apoyarlo: definir qué se explica, quién lo hace, cómo y cuándo.
2. Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso.
3. Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.
4. Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.
5. Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.
6. Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del EA.

2.4.5 Acciones Inter-Institucionales que Propenden por Establecer la Política Institucional de la Seguridad del Paciente

2.4.5.1 Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio

Deben tener en cuenta la política de seguridad del paciente en el diseño de sus propios procesos.

En esta medida el sistema de administración de riesgos de que trata la resolución 1740 de 2008 se constituye en una valiosa herramienta para la institucionalización de la política, dado que en el análisis de la causalidad de los incidentes y eventos adversos se pueden identificar factores atribuibles al asegurador, cuya intervención debe darse de manera coordinada con las instituciones de su red en lo referente a las fallas que involucren a ambos actores.

En su relación contractual con los prestadores deben evitarse prácticas que antes que favorecer el mejoramiento, puedan incentivar el ocultamiento como:

- Las glosas indiscriminadas de situaciones calificadas unilateralmente como evento adverso sin un previo análisis con el prestador, o análisis de la recurrencia o de la existencia de programas efectivos de seguridad del paciente.
- Establecer procedimientos punitivos o que desincentiven el reporte de los eventos adversos, por parte del prestador.

2.4.5.2 Los entes externos de vigilancia y control

Los organismos de vigilancia y control son las instancias a quienes corresponde realizar el seguimiento a las situaciones de carácter particular que sean de su conocimiento

- Es importante entender que dado el modelo explicativo de la ocurrencia de la atención insegura, a esta pueden contribuir múltiples factores, solamente algunos de los cuales son atribuibles a un individuo específico, y por lo tanto, en la ejecución de sus procesos debe tenerse en cuenta este tema, evitando el señalamiento prematuro de culpables sin una sólida base probatoria resultante de una evaluación de la situación específica.
- Debe tomarse en consideración igualmente, la ejecución de las acciones correctivas y preventivas adoptadas por la institución o el individuo frente a los mismos hechos.

2.4.5.3 El reporte Extraintitucional

El reporte sistema de reporte extraintitucional del evento adverso y su manejo para que de las fallas de unos sirvan a todos los actores del sistema como aprendizaje cuando los mismos errores ocurren repetidas veces en muchos escenarios y los pacientes continúan siendo lesionados no intencionalmente por errores evitables.

El Sistema de Reporte extraintitucional es voluntario y recogerá aquellos eventos adversos originados en situaciones que ameriten acciones al nivel del sistema o coordinación entre diferentes actores.

El reporte puede capturar los errores, los daños y lesiones involuntarias, los incidentes, los funcionamientos defectuosos de los equipos, los fracasos de los procesos.

2.4.6 El Manejo del Entorno Legal

La política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente.

Se recomienda que el marco regulatorio al interior de la institución debe dirigirse a:

- Estimular el reporte y sancionar el no reporte
- Sancionar la reincidencia en las mismas fallas de atención, sin acciones de mejoramiento.
- Proteger la confiabilidad del análisis del reporte de eventos adversos
- Garantizar la confidencialidad del paciente y de la Historia Clínica

2.4.7 Elementos Estratégicos para la Mejora de la Seguridad del Paciente²⁸⁻²⁹

La política institucional de Seguridad del paciente deberá estar coordinada con las líneas estratégicas en Seguridad del Paciente de la Política Nacional de Prestación de Servicios. Esta se operativizará a través de la acción coordinada de líneas de acción, agrupadas en cinco estrategias;

2.4.7.1 ESTRATEGIA 1: EDUCATIVA

- **Línea de acción 1:** Formación de multiplicadores de La Política de Seguridad del Paciente.
- **Línea de acción 2:** Formación de verificadores de habilitación con enfoque de riesgo.
- **Línea de acción 3:** Promoción en la Universidad de la formación y la investigación en Seguridad del Paciente.
- **Línea de acción 4:** Acciones educativas dirigidas al paciente, su familia y la comunidad.

2.4.7.2 ESTRATEGIA 2: PROMOCION DE HERRAMIENTAS ORGANIZACIONALES

- **Línea de acción 1:** Promoción de estudios de prevalencia en prestadores y aseguradores.
- **Línea de acción 2:** Promoción de herramientas prácticas (reporte interinstitucional, métodos de análisis, rondas de seguridad)
- **Línea de acción 3:** Promoción del reporte extrainstitucional.

2.4.7.3 ESTRATEGIA 3: COORDINACION DE ACTORES

- **Línea de acción 1:** Constitución del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente y desarrollo de normas técnicas a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud.

- **Línea de acción 2:** Coordinación de aseguradores y prestadores alrededor de la política de seguridad del paciente

- **Línea de acción 3:** Promoción de incentivos para la seguridad del paciente en el marco de la estrategia de incentivos para la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

- **Línea de acción 4:** Coordinación de la acción de los organismos de Vigilancia y Control con la política de seguridad del paciente.

2.4.7.4 ESTRATEGIA 4: DE INFORMACION

- **Línea de acción 1:** Plan de medios

- **Línea de acción 2:** Promoción de experiencias exitosas

- **Línea de acción 3:** Difusión de Alertas de Seguridad del paciente

2.4.7.5 ESTRATEGIA 5: ARTICULACION DE COMPONENTES DEL SOGCS

- El Sistema Único de Habilitación.

- La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

- El Sistema Único de Acreditación.

- El Sistema de Información para la Calidad.

2.4.8 La Seguridad en los Servicios de Salud Mental^{30,31}

Como se ha venido mencionando en muchos apartes de la monografía, existen puntos dentro de la seguridad del paciente que son competencia exclusiva de los servicios de salud mental, o que se presentan en una mayor proporción en estos centros de atención.

Por lo tanto merece hacer una revisión a cerca de los eventos adversos propios o más frecuentes en los servicios de salud mental o psiquiátrica.

2.4.8.1 Suicidios y autolesiones³²

Según el informe “Con la seguridad en mente”, el comportamiento autolesivo es el tercer tipo más común de eventos notificados en los hospitales psiquiátricos británicos (17,3% de los casos) . La mayoría se notifican desde unidades de hospitalización. Las autolesiones no siempre son reportadas. La proporción de estos incidentes que terminan en fallecimientos es menor al 5% (Scobie, 2006).

Los métodos más frecuentes de autolesión son, por este orden, los cortes autoinflingidos, estrangulamiento/ ahorcamiento, sobredosis, quemaduras, golpes contra la pared o el mobiliario y otros. Los pacientes hospitalizados tienen un alto riesgo de suicidio, así como los que están recién dados de alta.

Se considera que alrededor de un tercio de los suicidios consumados en pacientes hospitalizados podrían haberse prevenido. La observación, los chequeos rutinarios y la vigilancia por el personal y otros pacientes son intervenciones clave para la prevención del suicidio. La mayoría de los suicidios consumados se producen en los dormitorios o cuartos de baño y el ahorcamiento o estrangulamiento es el método más frecuente (la ligadura más utilizada fueron los objetos de vestir); generalmente parece existir una firme determinación en el intento y planificación del mismo.

De este informe se puede concluir que:

- i. Los servicios de salud mental deben poner en marcha estrategias de prevención del suicidio y monitorizar su implementación; además deben auditar las unidades de hospitalización para detectar riesgos ambientales y buscar las acciones preventivas posibles.
- ii. El personal debe desarrollar relaciones terapéuticas basadas en la confianza con los usuarios de tal manera que se fomente la comunicación y colaboración.
- iii. Se debe realizar una valoración de riesgo suicida a todos los pacientes ingresados, especialmente si existen antecedentes personales o familiares de autolesiones o suicidio.
- iv. Aunque un pequeño porcentaje de las autolesiones no suicidas son fatales, aparecen en un alto porcentaje de incidentes de seguridad del paciente y deben ser objeto de preocupación y abordaje en el contexto de los planes de seguridad del paciente.

2.4.8.2 Comportamiento agresivo, violento o antisocial ^{33,34,35}

La violencia y las agresiones en las unidades de hospitalización de salud mental son una de las grandes preocupaciones tanto del personal sanitario como de los usuarios y de sus familias, a pesar de que el objetivo de dichas unidades sea ofrecer un entorno seguro, contenedor y terapéutico. La percepción de inseguridad y amenaza puede dificultar los procesos de recuperación.

El consumo de sustancias psicoactivas ha sido identificado como una causa subyacente importante del comportamiento agresivo.

Estos incidentes supusieron el 23,4% de las notificaciones, más del 90% procedentes de las unidades de agudos. Enfermería es la categoría profesional con mayor probabilidad de ser víctima del comportamiento agresivo.

Los profesionales y los usuarios tienen parecidas percepciones de la mayoría de los factores comunes desencadenantes del comportamiento violento: drogas, actitud del personal, saturación, frustración y aburrimiento. Las intervenciones propuestas para reducir la violencia incluyen cambios ambientales de la unidad, mejora del trato, evitar el hacinamiento, controlar el consumo de sustancias, formación del personal y gestión adecuada del tiempo de ocio.

2.4.8.3 Fugas de la unidad

Estas situaciones se consideran incidentes de seguridad del paciente a causa de la vulnerabilidad y el riesgo que conllevan para el paciente y para terceros. Las unidades de hospitalización deben realizar un estudio de su entorno estructural para establecer el riesgo de salidas de la unidad sin el conocimiento del personal.

El 9% de los incidentes de seguridad del paciente notificados en el Hospitales Psiquiátricos tenían relación con fugas o desapariciones de pacientes. La forma más común de fuga es por la puerta principal. Una cuestión siempre compleja es conseguir un equilibrio entre el control de este riesgo, la seguridad antiincendios y los derechos de acceso y salida del paciente.

Los planes de atención al paciente deben incluir una evaluación de este riesgo potencial de fuga y un plan de prevención conocido por el paciente y el equipo. La prevención debe asegurarse desde una perspectiva multidisciplinar.

No siempre están claramente definidos los límites de la responsabilidad legal y ética de los sistemas sanitarios hacia pacientes con riesgo de fuga, o que hayan abandonado la unidad sin consentimiento, así como la necesidad de intervención judicial o de las fuerzas de orden público en estos casos.

Algunas patologías que producen mayor riesgo de fuga

- **Esquizofrenia:** Es un diagnóstico psiquiátrico en personas con un grupo de trastornos mentales crónicos y graves, caracterizados por alteraciones en la percepción o la expresión de la realidad. La esquizofrenia causa además una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social.
Los pacientes que padecen de esquizofrenia son los de mayor riesgo a la fuga ya que están desconectados de la realidad porque pueden presentar alucinaciones, ansiedad, ira, violencia, ideas delirantes y agitación motora, llevándolos a una posible evasión del hospital.
- **Trastornos de personalidad:** Es una condición psiquiátrica caracterizada por un comportamiento crónico de manipulación, explotación o violación de los derechos de los demás y a menudo es un comportamiento criminal presentándose paranoia y desconfianza sobre todo lo que les rodea, estas personas se pueden llegar a presentar episodios de fuga ya que su características de personalidad son un factor de riesgo para presentar este evento porque se caracteriza por ser inestables en la percepción de sí mismo, los estado de ánimo inconstantes pero jamás neutros, no tiene en cuenta sentimientos, ni propiedad, ni respeto, presentan sentimiento

excesivamente exagerados de autoevaluación no aceptan límites ni autoridad.

- Estrés: Se entiende un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que “grava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal “que incide en la aparición de comportamiento fuera de sí, como la fuga.
- Angustia: La crisis de angustia donde el paciente presenta ansiedad, sensación de ahogo, exceso de preocupaciones entre otros y la agitación motriz, generando un estado de exaltación motora compuesta de movimientos automáticos o intensivos acompañados por estados de ansiedad, cólera, pánico o euforia son pacientes que presentan riesgo de fuga.

Si a los anteriores diagnósticos se le suma la hospitalización involuntaria cuando la capacidad del paciente para la toma de decisiones está en tela de juicio, por lo que debe procederse sin o contra su voluntad para ser hospitalizado, genera reacción alta de RIESGO DE FUGA.

La E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo posee como característica física una gran infraestructura, con adecuada seguridad y confort para el tratamiento que se le pueda brindar al paciente, además poseen uniformes, los cuales tienen marcado en el pecho con la inicial de la unidad donde se encuentran hospitalizados con colores que también los distinguen AM , BM , AH, BH , CH. CM y el intento de fuga se complica aún más ya que la vigilancia tiene total conocimiento y el entrenamiento adecuado para esta clase de situaciones. El equipo interdisciplinario de cada unidad de hospitalización posee la habilidad y las herramientas para realizar una valoración rápida e identificar los factores de riesgo que puedan potenciar su ideación de fuga, obteniendo información del ingreso, examen mental y la patología.

2.4.8.4 Caídas y accidentes ³⁶

Los sistemas sanitarios deben tomar conciencia del alto riesgo de caídas entre los mayores que utilizan los servicios de salud mental, promover medidas preventivas y potenciar la notificación de estos incidentes.

Se introducirán estrategias de prevención de caídas en las unidades hospitalarias, que sean congruentes y alineadas con las intervenciones preventivas realizadas en el marco del área de salud o de la dirección del hospital. Existen evidencias y directrices que pueden facilitar la implementación de estas medidas. A los pacientes con riesgo de caídas se les ofrecerán intervenciones individuales que reduzcan los factores de riesgo y creen un entorno más seguro, especialmente en aquellos con antecedentes de caídas previas. Es importante establecer un equilibrio entre seguridad y privacidad de los pacientes con alto riesgo de caídas, en áreas como baños y aseos.

Es importante animar a los pacientes a comentar sus experiencias y temores tras una caída, hablar de como ha ocurrido y desarrollar estrategias de prevención.

Factores de riesgo para caídas

Paciente. La investigación ha demostrado (Urrea, 2002) (Tapias, 2002) que uno de los pasos más importantes que pueden tomarse para prevenir estos episodios es la identificación de pacientes de riesgo:

- Pacientes mayores de 60 años.
- Historia de caídas previas.
- Debilidad de miembros inferiores.
- Trastornos de estabilidad y marcha.
- Polimedicación (4 ó más drogas).
- Uso de sedantes hipnóticos, de antihipertensivos.
- Disminución de la agudeza visual.
- Hipo acústica.
- Disfunción propioceptiva.
- Trastornos del sensorio (incluye demencia y depresión).
- Calzado y ropa inapropiado.
- Incontinencia Urinaria.

Ambiente. Según estudios (Passaro et al, 2000) más del 50% de las caídas se relacionan con factores ambientales (peligros en el espacio físico ocupado por el paciente). Por lo tanto los responsables de la infraestructura y de mantenimiento debe controlar al máximo estos peligros:

- Pisos resbalosos.
- Camas en posición alta.
- Muebles inestables (que pueden deslizarse al apoyarse).
- Muebles con borde agudos.
- Barandas que ocupen todo el largo de la cama.
- Falta de acordonamiento de áreas con piso mojado o en construcción.
- Objetos o cables en el piso.
- Inapropiada señalización.
- Falta de material antideslizante en rampas, pisos de baño, ducha y bañeras.
- Falta de barandas de agarre en baños y paredes.
- Iluminación.
- Desorden en la habitación.

Frecuencia: Es importante cuantificar con este índice las caídas porque permiten establecer comparaciones en el tiempo, en la localización, en el tipo de pacientes, etc. También sirve para valorar la efectividad de los programas. En general la edad avanzada y la clase de medicación son factores importantes y suelen sufrir lesiones más serias luego de la caída.

Otros factores:

- ❖ **Sillas de ruedas:** Los accidentes con sillas de ruedas se ven principalmente en personas mayores de 65 años y se asocian más frecuentemente con caídas y deslizamientos. Los elementos antideslizantes deberán ser utilizados y las ruedas deberán quedar bloqueadas durante los traslados en ambulancia o mientras se espera un estudio. Otros peligros asociados con las silla de ruedas sobrevienen del uso inapropiado de la misma por defectos mecánicos (falta de sistemas de bloqueo, ruedas desinfladas, apoyapiés defectuosos, pérdida de piezas, etc.) La inspección regular y el mantenimiento de las mismas deberán ser incorporados al programa de “mantenimiento de equipos del hospital”.
- ❖ **Barandas:** Las camas de hospital muy altas con barandas que ocupen todo el largo de la misma representan un peligro (Vitolo 2002). Generalmente las barandas impiden a algunos pacientes levantarse de la cama. De hecho, las lesiones más graves suelen producirse cuando el paciente intenta saltar sobre ellas, cayéndose entonces de una altura mayor, en general se prefiere utilizar barandas prácticas, de medio cuerpo que impiden que el paciente “ruede” pero eliminan la necesidad de que el mismo “salte” sobre ellas para salir de la cama (Vitolo 2002).
- ❖ **Medicación:** La medicación puede interactuar con factores de riesgo del paciente para producir reacciones idiosincráticas y/o efectos secundarios. El tipo de medicación también puede influenciar en el riesgo de caídas. Los hipnóticos, antidepresivos y psicotrópicos contribuyen sustancialmente al riesgo de caídas al alterar la actividad psicomotora. Por otra parte, los efectos extrapiramidales de las drogas antipsicóticas pueden afectar la movilidad debido al temblor, rigidez o trastornos de la marcha. Otro aspecto vinculado con la medicación se refiere al extendido uso rutinario de sedantes para prevenir caídas en la cama. Los sedantes pueden dificultar la rehabilitación de los pacientes y pueden aumentar su desorientación. Estas drogas deben ser utilizadas solo por razones médicas o psicologías justificadas y no deberían ser indicadas sólo para conveniencia del personal como alternativa a otros medios de contención y/o inmovilización del paciente.

- ❖ **Inmovilización y contención física:** La prevención de caídas es una de las justificaciones esgrimidas más frecuentemente para la utilización de procedimiento de inmovilización física. Por otra parte, la inmovilización puede llevar a un deterioro psicológico y físico mayor (lesiones de piel, infecciones intrahospitalarias, incontinencia, angustia, depresión, ira, etc.). Generalmente se asume que los pacientes inmovilizados requieren menor atención y diligencia que los que no lo están. Nada podría estar más lejos de la realidad. De hecho, aquellos pacientes con picos de excitación psicomotriz o que traten de escapar a su inmovilización están expuestos a peligros que serían inconcebibles para pacientes sin ataduras. El paciente inmovilizado es en general, por el sólo hecho de estarlo menos colaborador y menos capaz de sobrellevar una emergencia o accidente. A menudo las familias de estos pacientes presionan a la enfermera y médicos para que inmovilicen al paciente con el fin de evitar que se caiga. En este caso, habrá que hacerles entender que el hecho de atarlos e inmovilizarlos no previene efectivamente todas las caídas y que el riesgo de caerse es preferible a los riesgos de la inmovilización. El recurso de la inmovilización debe ser utilizado como el último recurso luego de haber agotado otras alternativas y se deberá documentar en la historia clínica.

Además, existen factores que pueden contribuir a aumentar el riesgo de muerte o EAs graves:

- Inmovilización de pacientes fumadores.
- Inmovilización en posición supina, ya que predispone al riesgo de bronco aspiración.
- Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia.
- Inmovilización a pacientes que se encuentran en una habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario.
- Inmovilización de pacientes con deformidades.

2.4.8.5 Seguridad sexual

Los daños que pueden resultar de las agresiones sexuales son tanto físicos como psicológicos, además del riesgo de embarazo y enfermedades de transmisión sexual.

Las variaciones de respuesta dadas a tales agresiones requieren establecer protocolos consensuados de actuación congruentes con la legislación vigente.

Es necesario aumentar la conciencia de riesgo ante la vulnerabilidad de los pacientes psiquiátricos frente a las agresiones sexuales, por lo que debe procurarse un incremento de su protección (tanto frente a su propio comportamiento sexualmente inadecuado como frente a las agresiones sexuales que puedan sufrir por parte de otros pacientes o de los miembros del personal).

Los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales deben ser incluidos en la evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo, tanto si son hombres como mujeres. Dentro de los servicios debe existir información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales. Además se dispondrá de información sobre salud psicosexual, contracepción y embarazo. Los procedimientos protocolos de supervisión y vigilancia aumentan notablemente la seguridad del paciente. Donde sea posible se diseñaran zonas separadas por sexos, o, en todo caso, estarán diferenciadas áreas como los dormitorios y los baños.

III. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO

3.1. RESEÑA HISTORICA

En Agosto de 1924 se propuso por parte del Representante a la Cámara Dr. Martín Carvajal la construcción de un "Manicomio" para hombres y mujeres en Bucaramanga. En 1937 se expidió la ley 32 por la cual se dispuso un auxilio para la compra de un lote de terreno con destino a ello.

Solamente hasta el año de 1947 se hizo efectivo ese auxilio por la Junta de Asistencia Social del Departamento en la cuantía de cuarenta y cinco mil pesos m/cte. (45.000.00), que se destinaron a incrementar las apropiaciones para la construcción de los edificios, pues el lote se había comprado por la misma Junta el día 23 de Septiembre de 1944.

El 2 de enero de 1958 se inició la construcción que comprendía los pabellones para "agitados" y "calmados" y demás servicios de cocina, lavandería y comedores generales del hospital.

Terminados los edificios más necesarios, la Junta de asistencia social creó el servicio para "alienados" y autorizó la celebración de contratos para servicios de administración y científicos, según la resolución del 6 de junio de 1953.

Por ser el Instituto una realización del gobierno, tuvo su origen y formación en actos de la administración pública, la Junta de asistencia social del departamento le dio autonomía por medio de estatutos que fueron aprobados en la resolución 30 del 24 de septiembre de 1953 e igualmente aprobados por la resolución emanada del Ministerio de Salud Pública el día 17 de octubre de 1953. Estos estatutos contemplan el régimen orgánico del establecimiento de: Junta Directiva, encargada de la Dirección General, servicio que debe prestar recursos fiscales, labores de la rama científica, administrativa y disposiciones varias que regulan su funcionamiento.

En estas condiciones se instaló la Junta Directiva de la hoy Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo, cumpliendo, entre otras funciones, con la expedición de reglamentos internos y obtención de la personería jurídica que le fue otorgada el primero de enero de 1954.

En 1957 la institución dejó de llamarse Instituto Psiquiátrico San Camilo y pasó a formar parte del Instituto Nacional de Salud.

Finalmente, mediante el decreto 0098 de 1998 se transforma en cumplimiento a la Ley 100 de 1993, en la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San

Camilo, liderando la atención integral en salud mental con eficiencia y profesionalismo, a todo el nororiente de Colombia.

En la actualidad la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo es una empresa social del estado de gran importancia, por ser la única institución oficial que presta atención en salud mental para el departamento de Santander y sus alrededores. Por otro lado el Hospital Psiquiátrico San Camilo en su calidad de universitario, según convenio docente-asistencial con diferentes universidades de Bucaramanga, es un centro de investigación y docencia para los estudiantes de enfermería, medicina, fisioterapia, trabajo social, entre otros.

3.2. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

3.2.1. MISIÓN

“En la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo somos una organización con amplia trayectoria y liderazgo en la prestación de servicios integrales de Salud Mental en el territorio colombiano, con la calidad que garantiza la Satisfacción de nuestros Usuarios y sus familias, a través del trato humanizado, con experiencia, infraestructura y dotación idóneas, en un ambiente que nos hace altamente competitivos en el sector.”

3.2.2. VISIÓN

“En la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo seremos para el año 2013, una organización con los más altos estándares de calidad en la prestación de servicios integrales en Salud Mental a nuestros Usuarios y sus familias, de reconocimiento nacional con enfoque académico e investigativo.”

3.2.3. POLÍTICA DE CALIDAD

“En la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo estamos comprometidos con nuestros Usuarios y sus familias, garantizando su Satisfacción por los servicios integrales ofrecidos en Salud Mental, mediante el mejoramiento continuo en todos los procesos, que asegure la Calidad total.”

3.2.4. OBJETIVOS DE CALIDAD

- Prestar a nuestros usuarios servicios integrales en salud mental, en forma oportuna y con estándares de calidad de acuerdo con la reglamentación que se expide para dicho propósito.
- Desarrollar y fortalecer los programas de promoción y prevención en salud mental generando un mayor impacto social a la comunidad.

- Garantizar la satisfacción de los usuarios en los servicios prestados por la entidad.
- Lograr el mejoramiento continuo en la gestión.
- Contar con proveedores que garanticen productos y servicios confiables y de buena calidad.
- Fomentar una cultura de responsabilidad con el medio ambiente dentro de la entidad.
- Gestionar los recursos económicos para la prestación de los servicios, mejorando la eficiencia operacional.
- Garantizar que se cuente con la infraestructura adecuada para la prestación de los servicios ofrecidos por la entidad.
- Generar y fortalecer las competencias del talento humano.
- Incrementar la satisfacción del talento humano.

3.2.5. ALCANCE DEL SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD

- Realizar la idónea gestión hospitalaria y administrativa para garantizar la prestación de servicios integrales de salud mental en los programas ambulatorios, hospitalización, apoyo terapéutico y apoyo diagnóstico, con énfasis en la Seguridad del Paciente.
- Promover la seguridad y salud ocupacional para los funcionarios de la entidad.
- Fomentar una cultura organizacional que contemple los principios, valores y conductas de los funcionarios, que se evidencie para nuestros usuarios y sus familias, nuestros clientes y proveedores, y la comunidad en general.
- Garantizar el flujo de la información, confiable y oportuno, manteniendo la actualización de las TIC's en la entidad.
- Incrementar el número de clientes y su satisfacción con nuestros servicios.

3.2.6. PRINCIPIOS CORPORATIVOS

Relacionados con el Servicio:

- ♣ **Calidad de los servicios:** Consiste en brindarle a nuestros usuarios servicios personalizados y oportunos, con calidez y respeto pleno de sus derechos, que satisfaga sus necesidades y expectativas en relación con su enfermedad, en un ambiente cómodo y con una atención segura.

Relacionados con el Talento Humano:

- ♣ **Continuo desarrollo humano y técnico de los empleados:** Corresponde a la Actualización permanente que facilite y contribuya a mejorar el desempeño profesional en beneficio de los usuarios y sus familias, a nivel personal e institucional.
- ♣ **Trabajo en equipo:** Es la resultante de la suma de esfuerzos humanos y técnicos, direccionados y coordinados hacia el logro de los objetivos institucionales.
- ♣ **Sentido de Pertenencia:** Es el compromiso y lealtad con la entidad, a partir de los cuales priman los intereses organizacionales sobre los particulares.
- ♣ **Autocontrol:** Corresponde al seguimiento individual en el desarrollo de sus funciones y competencias que conlleve al mejoramiento continuo, para que los procesos y procedimientos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la organización.
- ♣ **Empoderamiento:** Es otorgar a los miembros de la organización, facultades especiales o específicas por un tiempo, para que asuma su rol debidamente y cumpla con unas metas programadas.

Relacionados con la Organización: Son todos los que predica la función pública.

- ♣ **Responsabilidad Social:** Conjunto integral de políticas y programas en salud mental, aplicados con ética y responsabilidad, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.
- ♣ **Eficiencia en el manejo de los recursos:** Uso racional de los medios logrando su optimización para alcanzar los objetivos.
- ♣ **Efectividad de las acciones:** Capacidad para producir el efecto deseado, de acuerdo con los objetivos organizacionales.
- ♣ **Énfasis en el desarrollo innovador:** estar a la vanguardia de los avances tecnológicos y adaptarlos a las necesidades de la organización.

Principios Transversales: Son todos los que brindan credibilidad y buena, de lo cual obtenemos una respuesta.

- ♣ **Equidad y Justicia:** Prestar los servicios a todos los usuarios en iguales condiciones sin ninguna discriminación.

- ✦ **Credibilidad y buena imagen:** Capacidad de respuesta a las expectativas manteniendo el posicionamiento y la confiabilidad institucional.

3.2.7. VALORES CORPORATIVOS

- Respeto a la dignidad humana
- Pertenencia
- Honradez
- Vocación por el Servicio
- Fortaleza
- Ética
- Confianza
- Solidaridad
- Tolerancia
- Lealtad

3.3. PORTAFOLIO DE SERVICIOS

La E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo ofrece a la comunidad en general, los siguientes servicios:

3.3.1. UNIDAD DE URGENCIAS (U.T.I.)

Los pacientes son personas en crisis que requieren de atención inmediata por presentar trastornos neurológicos, del comportamiento, la unidad posee una capacidad para atender 23 personas, distribuidos en pabellones de hombres y mujeres.

3.3.2. SERVICIOS AMBULATORIOS

- **Consulta Externa:** Ofrece atención integral ambulatoria a todas las personas que lo requieran con o sin remisión médica, prestando nuestros servicios oportunamente contando con 5 consultorios de psiquiatría, 1 de neurología y 2 de psicología.
- **Hospital de Día:** Atiende en esta modalidad terapéutica la rehabilitación de personas con enfermedades mentales crónicas, apoyo a personas víctimas de la violencia social Intrafamiliar, con una capacidad para atender 50 personas.

- **Programa Infantil:** Brinda atención integral al niño entre los 2 y 13 años de edad con dificultades en el comportamiento como: retardo mental, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastorno de la alimentación, del afecto y del lenguaje, entre otros, contando con psicólogo, psiquiatra infantil y fonoaudiología.

3.3.3. SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Atención directa y personalizada a pacientes con cualquier enfermedad que amerite tratamiento hospitalario. Cuenta con:

- **Clínica Intra hospitalaria:** Presta servicios de hospitalización en confortables cabañas, unipersonales y bipersonales, para pacientes remitidos por las aseguradoras en salud y particulares; con una capacidad para atender 54 personas.
- **Unidad de Farmacodependencia:** Brinda tratamiento ambulatorio y hospitalario a aquellas personas que presenten abuso o consumo de sustancias psicoactivas y alcohol. Busca la rehabilitación y la reinserción social del paciente; con capacidad para atender 16 personas.
- **Programa Inimputables:** Programa de atención y rehabilitación a personas declaradas Inimputables bajo las normas jurídicas vigentes, este programa busca lograr personas que se desempeñen socialmente de manera armónica y productiva. En este servicio tiene una capacidad para atender 40 personas.

3.3.4. SERVICIOS DE APOYO

Estos servicios complementan la integralidad en la atención que brinda con excelencia y calidad

- ❖ **Electroencefalograma**
- ❖ **Laboratorio Clínico**
- ❖ **Terapia ocupacional**
- ❖ **Farmacia**
- ❖ **Transporte Asistencial Básico**

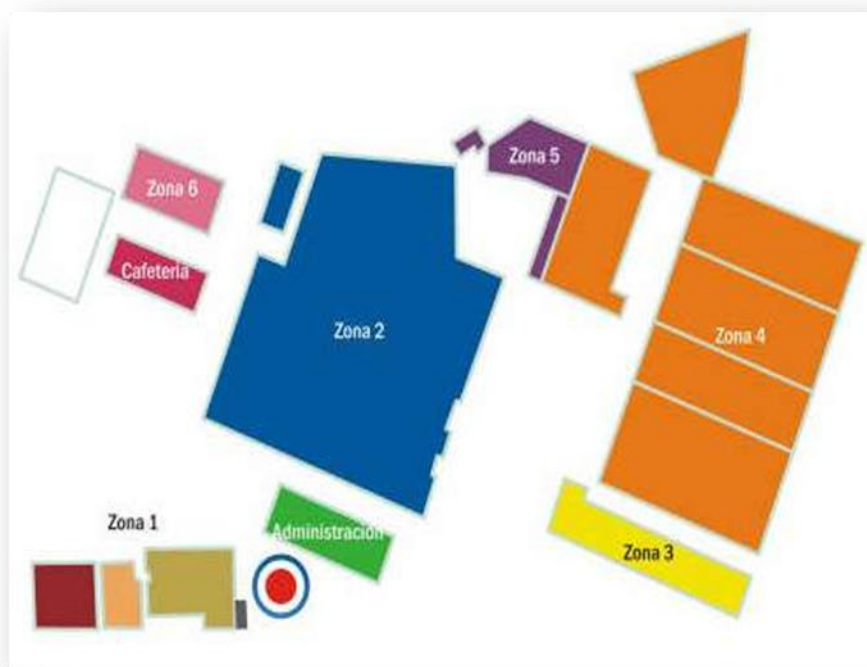
3.3.5. PROGRAMA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Impulsa acciones preventivas, sensibilizando, educando y brindando orientación y apoyo a la comunidad santandereana en el manejo adecuado de situaciones de riesgo psicológico y social, tales como violencia Intrafamiliar,

farmacodependencia, ideas suicidas y en general todas aquellas condiciones que comprometan la salud mental de la población.

3.3.6. MAPA DEL SITIO

Figura 1. Mapa de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo



Fuente: Manual de Inducción y Reinducción E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo

Los colores representan: los diferentes servicios y dependencias de nuestra entidad:

ZONA 1 (ROJA): URGENCIAS – LABORATORIO – FARMACIA- ARCHIVO HISTORIA CLINICA

ZONA 2 (AZUL): CLINICA- SUBDIRECCION CIENTIFICA-UNIDAD INTEGRAL DE FARMACODEPENDENCIA - ALMACEN Y BODEGA-HOSPITAL DE DIA-AUDITORIA INTERNA-A MUJERES-TERAPIA OCUPACIONAL

ZONA 3 (AMARILLA): PROGRAMA INFANTIL-ENCEFALOGRAFIA -TRABAJO SOCIAL-CAPILLA

ZONA 4 (NARANJA): C HOMBRES-C MUJERES-AB HOMBRES-
INIMPUTABLES-ARCHIVO CENTRAL

ZONA 5 (MORADO): NUTRICION-LAVANDERIA-MANTENIMIENTO

ZONA 6 (ROSADO): CONSULTA EXTERNA

3.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

3.4.1. ÓRGANOS DE DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN:

De acuerdo con los estatutos de la entidad y para fines de dirección y administración la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo cuenta con los siguiente órganos: Junta Directiva y Gerente. Estos órganos en conjunto son los encargados de asegurar el efectivo cumplimiento de los lineamientos contemplados por las leyes de Colombia y los estatutos de la entidad.

3.4.2. CONFORMACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA:

La Junta Directiva está integrada por nueve (9) miembros así:

Por el estamento político-administrativo tres (3) miembros así:

- El Gobernador del Departamento de Santander o su delegado, quien la preside.(1)
- El Secretario de Salud Departamental o su delegado. (1)
- El Secretario de Hacienda Departamental o su delegado. (1)

Por el estamento Científico tres (3) representantes designados así:

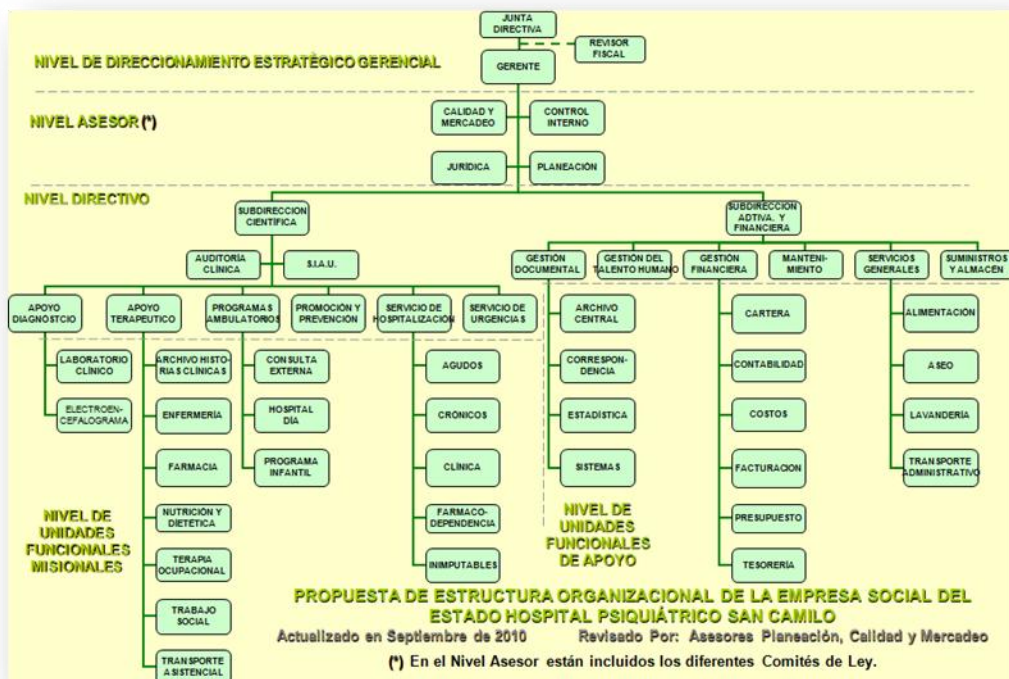
- Un (1) representante del personal profesional de la institución, del área de la salud cualquiera que sea su disciplina, elegido mediante voto secreto con la participación de todo el personal profesional del área de la salud vinculado a la empresa.
- Un (1) representante de las asociaciones científicas de las diferentes profesiones de la salud que funcionen en el departamento de Santander, seleccionado por el Secretario de Salud Departamental, entre los candidatos de las ternas propuestas por cada una de ellas.
- Un (1) representante de las universidades que tengan convenio Docente-Asistencial o Docencia-Servicio, designado por el Gobernador de Santander, entre las ternas propuestas por cada una de las universidades. En caso que la Universidad de la cual salió el representante designado termine su relación contractual, automáticamente este representante perderá su

investidura como miembro de la Junta Directiva, procederá el Gobernador a designar un nuevo representante, de acuerdo con este procedimiento.

Tres (3) representantes de la comunidad, designados así:

- Una (1) representante de las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecida, mediante convocatoria realizada por la Secretaria de Salud de Santander.
- Dos (2) representantes designados por los gremios de la producción que tengan representación en el Departamento de Santander, en elección coordinada por la Cámara de Comercio de Bucaramanga.

Gráfico 2. Organigrama E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo



Fuente: Manual de Inducción y Reinducción E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo

3.4.3. COMITÉS DE NIVEL ASESOR DE LA GERENCIA

La institución tiene organizados tres (3) grandes MACRO COMITÉS, los cuales a su vez contienen los Comités de Ley, necesarios para el desarrollo de la Gestión Estratégica, Administrativa y Misional:

3.4.3.1. MACRO COMITÉ DE GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA (se realiza el primer miércoles de cada mes):

- Comité Coordinador de Control Interno.
- Comité de Calidad.
- Comité Gerencial.

3.4.3.2. MACRO COMITÉ DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: (se realiza el segundo miércoles de cada mes):

- Comité de Ética Hospitalaria
- Comité de Farmacia y Terapéutica.
- Comité de Historias Clínicas.
- Comité de Vigilancia Epidemiológica-COVE e infecciones intrahospitalarias.
- Comité de Estadísticas vitales.
- Comité Docente-Asistencial.
- Comité de Participación Social en salud y Atención al Usuario.

3.4.3.3. MACRO COMITÉ ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO: (se realiza el tercer miércoles de cada mes):

- Comité de Emergencias y Desastres
- Comité de Gestión Ambiental
- Comité de Conciliaciones.
- Comité de Cartera.
- Comité de Archivo.
- Comité de Compras.
- Comité de Sostenibilidad Financiera
- Comité de Bienestar Social.
- Comité Asesor de Contratación.
- Comité Paritario de Salud Ocupacional - COPASO.

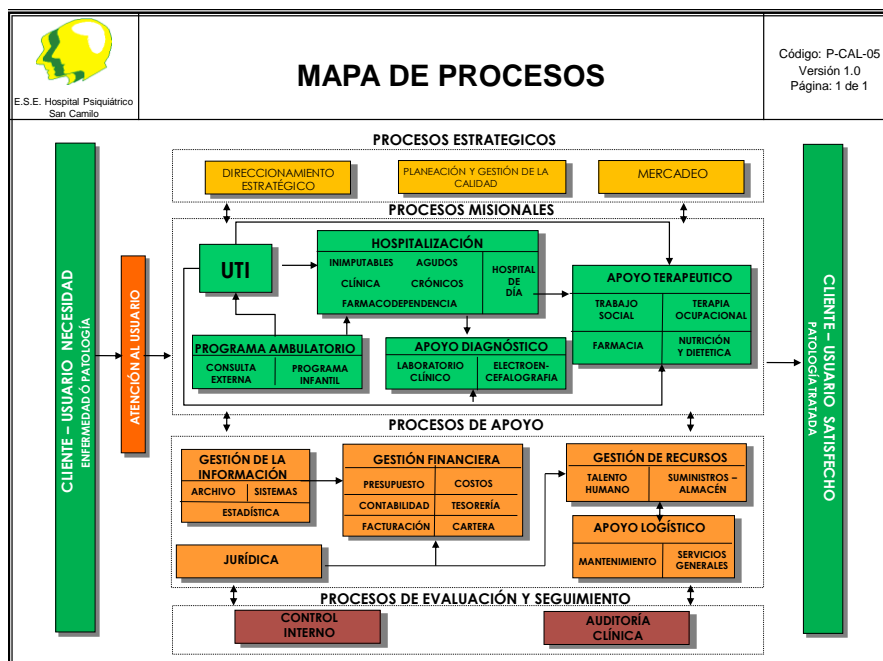
Los secretarios de cada uno de los Comités deben informar los temas que se requiera tratar al secretario del Macro Comité correspondiente, con el objeto de incluir el tema en el orden del día y poder levantar acta del tema específico que se trató en la reunión del macro comité. Cada Comité fue creado mediante resolución y cuenta con un secretario que se encarga de levantar las actas, las cuales reposan en la oficina de la Gerencia.

3.5. MAPA DE PROCESOS

A través del mapa, se identifican los procesos que hacen parte del alcance del Sistema de Gestión de Calidad para todos los procesos Institución.

Es la explicación gráfica de cómo al interior de la Institución se trabaja articuladamente en búsqueda de la satisfacción del usuario. De igual manera, el mapa permite identificar los procesos que transforman las necesidades de los usuarios (procesos misionales) en un servicio de calidad; los procesos que soportan el desarrollo de estas transformaciones, denominados procesos de apoyo y; los procesos que dirigen, controlan y evalúan el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad para Procesos Administrativos de La E.S.E, que se constituyen en procesos de gerenciales.

Gráfico 3. Mapa de Procesos E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo



Fuente: Manual de Inducción y Reinducción E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo

La Institución posee el sistema de información: “Sistema de Administración Hospitalaria Integrado”-SAHI, el cual soporta todos los procesos misionales y financieros incluyendo la Historia Clínica Electrónica.

En el área **MISIONAL**: Soporta la historia clínica electrónica, incluyendo citas médicas, admisiones de los pacientes y la respectiva facturación.

En el área **ADMINISTRATIVA**: Soporta todos los procesos sobre contratos, cuentas por cobrar, tarifas, facturación y los pagos a entidades que mantienen contratos con la institución para la prestación de servicios de salud.

En el área **FINANCIERA**: Soporta los módulos de cuentas por pagar, tesorería, contabilidad, presupuesto, activos fijos, Inventarios y nómina, todos entrelazados y logrando una integridad de sistema única, que coloca a la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo en primer lugar de Santander, en ser la primera Institución de carácter público que logra tener la capacidad de realizar el montaje y puesta en marcha de un sistema de Información Integrado.

3.6. SISTEMAS DE GESTIÓN

3.6.1. Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud – SOGCS

Como Institución Prestadora de Servicios de Salud, siendo actores dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con el Marco Legal vigente, el Sistema de Gestión de la Calidad se soporta en el Decreto 1011 de 2006 y sus Resoluciones y Circulares, siendo el sistema como tal, 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.

3.6.1.1. CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad. Es el 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.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

El Sistema apunta a que el Hospital cumpla con los estándares de Calidad descritos en la norma y a garantizar una “**ATENCIÓN SEGURA**” principalmente, en pro de disminuir la presencia de Eventos Adversos Evitables:

Seguridad del Paciente: Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.

Evento Adverso Evitable: Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión yatrogénica u otro suceso que ocurre en asociación directa con la prestación médica y que pudo ser evitado mediante la mitigación o desaparición de riesgos, apoyados en barreras de seguridad que contribuyan a garantizar una atención segura.

3.6.1.2. COMPONENTES DEL SOGCS

Son componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud:

- El Sistema Único de Habilitación, Res. 1043 de 2006
- La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud,
- El Sistema Único de Acreditación, Res. 1445 de 2006
- El Sistema de Información para la Calidad, Res. 1446 de 2006.

Gráfico 4. Componentes del SOGCS



Fuente: Manual de Inducción y Reinducción E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo

3.6.2. Sistema de control interno - MECI

La ley 87 de 1.993 establece que todas las entidades del Estado deben adoptar el Sistema de Control interno y el Decreto 1599 de 2.005 adopta el Manual de implementación del Modelo Estándar de Control Interno. El MECI es una herramienta que proporciona una estructura para el control a la estrategia, la gestión y la evaluación en las entidades del Estado, cuyo propósito es orientarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines esenciales del Estado, dentro de un ambiente ético, la definición de políticas claras y el control de proceso que realiza la entidad diariamente.

El Modelo Estándar de Control Interno lo conforman tres (3) Subsistemas de Control, que su vez tienen Componentes y Elementos, que promueven la autogestión, el autocontrol y la autoevaluación al interior de las organizaciones estatales:

- Subsistema de Control Estratégico
- Subsistema de Control de Gestión
- Subsistema de Control de Evaluación

3.6.2.1. SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO

Gráfico 5. Subsistema de Control Estratégico

SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO



Fuente: Manual de Inducción y Reinducción E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo

Conformado por los componentes:

- Ambiente de Control
- Direccionamiento Estratégico
- Administración del Riesgo

3.6.2.2. SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

Gráfico 6. Subsistema de Control de Gestión

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN



Fuente: Manual de Inducción y Reinducción E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo

Conformado por los componentes:

- Actividades de Control
- Información
- Comunicación

3.6.2.2. SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN

Gráfico 7. Subsistema de Control de Evaluación

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN



Fuente: Manual de Inducción y Reinducción E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo

Conformado por los componentes:

- Autoevaluación
- Evaluación Independiente
- Planes de Mejoramiento

3.6.3. Sistema de gestión integral de residuos hospitalarios y similares

3.6.2.3. POLÍTICA AMBIENTAL

“En la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga, entidad prestadora de servicios integrales de salud mental, conscientes de la responsabilidad con el manejo de residuos hospitalarios, se fija la política ambiental en la planificación e implementación de acciones y programas para prevenir, minimizar o corregir los impactos ambientales, uso racional de los recursos y disminución de la contaminación, manteniendo el avance hacia la mejora continua , dentro de los lineamientos de la legislación vigente; además busca propiciar un entorno armónico y saludable entre sus clientes, la comunidad y el medio ambiente”.

En Julio del 2.004 la institución fue destacada por la Corporación Autónoma Regional para la Defensa de la Meseta de Bucaramanga -CDMB, la Universidad Industrial de Santander-UIS, el Centro Nacional de Producción más limpia, la Asociación Nacional de Industriales-ANDI y la Secretaria de Salud de Santander-SSS, por los excelentes beneficios económicos alcanzados, producto de la implantación de estrategias de producción más limpia.

La E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo con el apoyo de ECOEFICIENCIA en el programa de Hospital Verde ha obtenido los siguientes beneficios:

- Capacitar y acompañar al personal en la gestión ambiental.
- Explorar nuevas formas de racionalización del uso de los recursos, implementado programas de control y mediciones.
- Ampliar el compromiso con el medio ambiente y a crear una conciencia de mayor responsabilidad con el desarrollo sostenible.













3.6.2.4. DESECHOS HOSPITALARIOS

La E.S.E adoptó el código de colores universales para la selección, disposición y almacenamiento, para una eficiente disposición de los desechos hospitalarios utilizados así:

VERDE: Biodegradables, no peligrosos como hojas, barridos de prado, residuos de alimentos, servilletas, colillas y tela entre otros.

GRIS: Reciclable-plástico, como vidrio, cartón, papel periódico, envases de bebidas y latas entre otros.

Tabla 2. Clasificación para la disposición de desechos Hospitalarios

CLASE DE RESIDUO	CONTENIDO BASICO	COLOR	ROTULAR ETIQUETA CON
NO PELIGROSOS Biodegradables	Hojas y tallos de los árboles, grama, barrido del prado, resto de alimentos no contaminados.	 VERDE	Rotular con: NO PELIGROSOS BIODEGRADABLES
NO PELIGROSOS Reciclables Plástico	Bolsas de plástico, vajilla, garrafas, recipientes de polipropileno, bolsas de suero y polietileno sin contaminar y que no provengan de pacientes con medidas de aislamiento, toda Vidrio, cartón y papel, plegadiza, archivo y periódico, toda clase de metales	 GRIS	Rotular con:  RECYCLABLE PLÁSTICO.
NO PELIGROSOS Ordinarios e Inertes	Servilletas, empaques de papel plastificado, barrido, colillas, icopor, vasos desechables, papel carbón, tela, radiografía.	 VERDE	Rotular con: NO PELIGROSOS ORDINARIOS Y/O INERTES
PELIGROSOS INFECCIOSOS Biosanitarios, Cortopunzantes y Químicos Citotóxicos	Compuestos por cultivos, mezcla de microorganismos, medios de cultivo, vacunas vencidas o inutilizadas, filtros de gases utilizados en áreas contaminadas por agentes infecciosos o cualquier residuo contaminado por éstos.	 ROJO	Rotular con:  RIESGO BIOLÓGICO
PELIGROSOS INFECCIOSOS Anatomopatológicos Y animales	Amputaciones, muestras para análisis, restos humanos, residuos de biopsias, partes y fluidos corporales, animales o parte de ellos inoculados con microorganismos patógenos o portadores de enfermedades infectocontagiosas	 ROJO	Rotular con:  RIESGO BIOLÓGICO
QUÍMICOS	Resto de sustancias químicas y sus empaques o cualquier otro residuo contaminado con estos.	 ROJO	Rotular con:  RIESGO QUÍMICO
QUÍMICOS METALES PESADOS	Objetos, elementos o restos de éstos en desuso, contaminados o que contengan metales pesados como: plomo, cromo, cadmio, antimonio, bario, níquel, estaño, vanadio, zinc, mercurio.	 ROJO	Rotular con:  METALES PESADOS [Nombre del metal contenido] RIESGO QUÍMICO

Fuente: Manual de Inducción y Reinducción E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo

ROJO: Desechos que implique riesgo biológico, desechos anatomo-patológicos. Elementos contaminados con sangre y/o secreciones tales como gasas, algodón, jeringas entre otros.

3.7. LA SALUD OCUPACIONAL DE NUESTROS SERVIDORES

La institución cuenta con el apoyo y asesoría de COLMENA- Riesgos Profesionales para el desarrollo del programa de salud ocupacional en sus áreas de medicina preventiva y del trabajo, higiene y seguridad industrial y asesoría para el comité paritario de salud ocupacional –COPASO; este comité tiene las siguientes responsabilidades:

- Elaborar diagnóstico de salud ocupacional.
- Programar y dar capacitación en lo referente a salud ocupacional.
- Proponer a la Gerencia, la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan ambientes de trabajo saludables.
- Llevar registro y estadísticas de accidentes de trabajo, enfermedad profesional, ausentismo e índice de lesiones incapacitantes elaborando la vigilancia epidemiológica de la población trabajadora.
- Programar inspecciones periódicas a los puestos y áreas de trabajo para verificar los correctivos o acciones tomadas.
- Dar a conocer a la población trabajadora las normas o procedimiento del programa de salud ocupacional, el reglamento de higiene y seguridad industrial u el reglamento interno de trabajo.

3.7.1. Responsabilidad de los trabajadores con el copaso

- Cumplir con las normas y recomendaciones del programa de salud ocupacional.
- Participar de manera activa en las actividades y capacitación que lleve a cabo la empresa.
- Suministrar información clara, veraz, oportuna y completa sobre su estado de salud.
- Utilizar los elementos de protección personal que la empresa le ha asignado y mantenerlos adecuadamente dándole el uso debido.
- Informar inmediatamente la ocurrencia de un accidente o incidente.
- Participar de la ejecución, vigilancia y control de los puestos de trabajo y del programa de salud ocupacional.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA FORMULACIÓN DEL MANUAL DE GESTIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El diseño metodológico está basada en un estudio observacional descriptivo, que permite establecer la frecuencia de los eventos adversos que se presentan en la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga.

Con el fin de soportar el Manual para la Gestión de Seguridad del Paciente como un proyecto de inversión para la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo se desarrolló la siguiente metodología:

1. Se definió el Marco conceptual en el manejo de los eventos adversos mediante la búsqueda bibliográfica de las propuestas emitidas por el Ministerio de Protección Social, el Observatorio de Calidad, el Centro de Gestión Hospitalaria y de entidades nacionales e internacionales que han realizado estudios y han definido lineamientos en cuanto al manejo de la seguridad del paciente y los eventos adversos en instituciones de salud mental. Además, se utilizó un análisis documental a través de la búsqueda de bibliografía en Internet utilizando motores de búsqueda como MEDLINE (Medical Literature. Análisis and Retrieval System online), biblioteca Nacional NLM de los EUA en Internet y la cual contiene más de 11 millones de referencias de revistas en ciencias de la vida, con énfasis en medicina. También se consultó en la base de datos de COCHRANE, página que está dirigida al cuidado de la salud, preparando, manteniendo y promocionando la accesibilidad a revisiones sistemáticas de los efectos de la atención primaria. El portal Scielo, fue de gran ayuda en la búsqueda de soportes bibliográficos en Suramérica y de literatura en español

2. Se determinó un listado de instituciones de salud en general y de salud mental, de las cuales se tenía referencia de haber implementado programas de seguridad del paciente. Para ello se priorizó en el listado de entidades acreditadas.

3. Se hizo búsqueda bibliográfica y por medios electrónicos de los modelos de vigilancia y gestión de eventos adversos de las instituciones de salud en general como también instituciones de salud mental priorizadas dentro del listado antes determinado. Se tomó como referente los modelos de guía desarrollados por instituciones nacionales como el Hospital Clínico del Valle, el Hospital Mental de Antioquia, y de instituciones de salud mental internacionales como el Servicio Extremeño de Salud Mental de España, y se acondicionaron a los estándares de seguridad del paciente desde la atención, más que desde las instalaciones físicas no por ser más importantes sino que se partió de la base de que la institución ya

ha pasado por el proceso de habilitación que hace especial énfasis en este aspecto.

4. Se analizó la información de cada institución con el fin de determinar las estrategias que utilizaban y facilitaron el diseño del Manual de Gestión de Seguridad del Paciente para la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo.

5. Se seleccionaron las experiencias semejantes, se evaluó su aplicabilidad en la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo y se definieron aquellos mecanismos que pudieran ser tomados en cuenta para la definición del Manual propuesto.

6. Se estableció el Manual de Gestión de Seguridad del Paciente junto con los indicadores de gestión.

V. FORMULACION DEL MANUAL DE GESTION PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO DE BUCARAMANGA

El modelo de gestión de seguridad del paciente desarrollado se origina con el propósito de lograr una atención segura, en un entorno con dos componentes: procesos seguros y cultura de seguridad, enfoque planteado por el Centro de Gestión Hospitalaria. Estos dos elementos son dependientes y deben darse de manera continua y paralela en el tiempo y apalancarse mutuamente. No se logra implementar procesos seguros sin una cultura organizacional que los sustente. Y una cultura de seguridad no tiene ningún efecto si no cuenta con procesos hacia los cuales dirigir los esfuerzos.

Ambos elementos deben partir de una plataforma estratégica, en la que se identifiquen de manera explícita políticas de calidad y de seguridad del paciente. A partir de esta se define un enfoque de intervención coherente con ella, con las prioridades institucionales y con las políticas de calidad y seguridad. El modelo es el referente conceptual y metodológico para implementar sistemáticamente, en una institución de salud, un conjunto articulado de conceptos, políticas, estrategias y herramientas, que se potencia para, deliberadamente, reducir los riesgos y mejorar los resultados en el paciente, brindar la atención en un entorno seguro y generar y mantener una cultura de seguridad.

El modelo para el mejoramiento de procesos asistenciales conjuga varios conceptos y tendencias actuales de gestión en salud y de calidad de la atención, tanto mundiales como de los desarrollados en el sistema de salud colombiano. El primero de ellos es el concepto *gestión integral por la calidad*.

El concepto de gestión integral por la calidad, concebido hace alrededor de quince años, ha sido el sustento conceptual para generar herramientas de evaluación y mejoramiento en el sector salud en Colombia. Particularmente, a partir de este se fundamentó el tema que hoy es el eje central de la calidad del sistema de salud y desarrolla el principio de calidad, que con la eficiencia, la equidad y la universalidad, es el principio que orienta el sistema de salud colombiano: el Sistema de Garantía de Calidad.

La estructura del modelo no implica una secuencia. Cada componente del modelo tiene su propio desarrollo y debe superponerse e interactuar en el tiempo. Si bien una buena manera de iniciar es mediante la formulación de las directrices y políticas institucionales para permear la cultura, no es viable esperar a desplegar la política y evaluarla en su totalidad para poder desarrollar los procesos y estándares o tener una cultura muy fuerte para poder generar un reporte. De manera que es necesario formular, desplegar y evaluar la política de manera concomitante con el diseño medición e intervención en los procesos. Así mismo, la política de seguridad y la gestión de procesos deben influir en la transformación de la cultura.

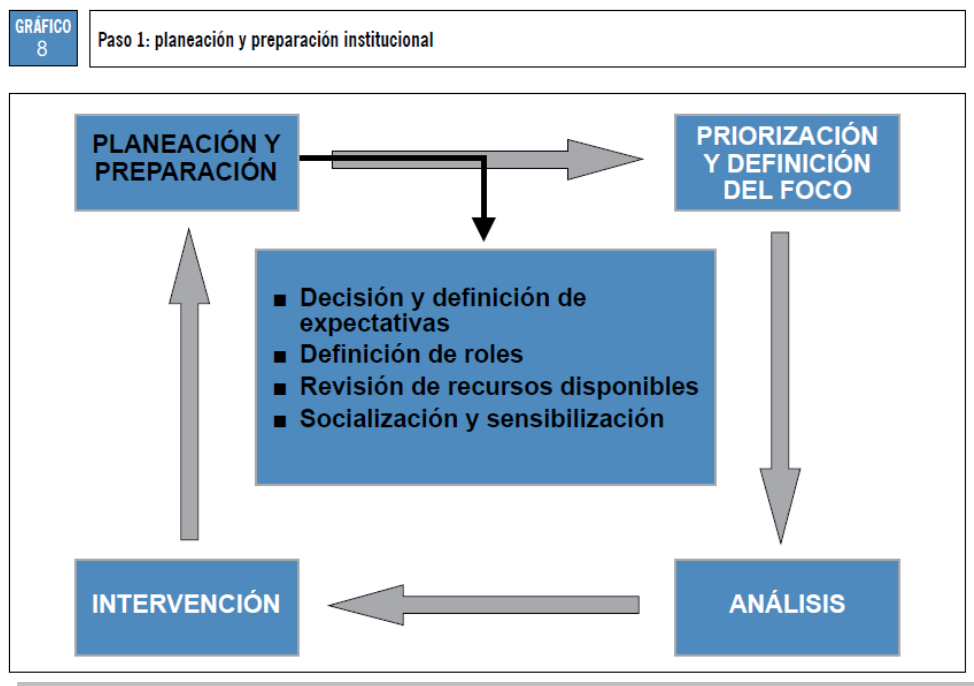
La secuencia de implementación del modelo desarrollado en este manual se condensa en cuatro grandes pasos, que incluyen las acciones y recomendaciones

del IHI y del NHS, así como la implementación de todas las herramientas relacionadas en la estructura del modelo. Estos cuatro grandes pasos son:

1. Planeación y preparación institucional.
2. Priorización y definición del foco.
3. Análisis y medición.
4. Intervención.

Planeación y preparación institucional ^{37,38}

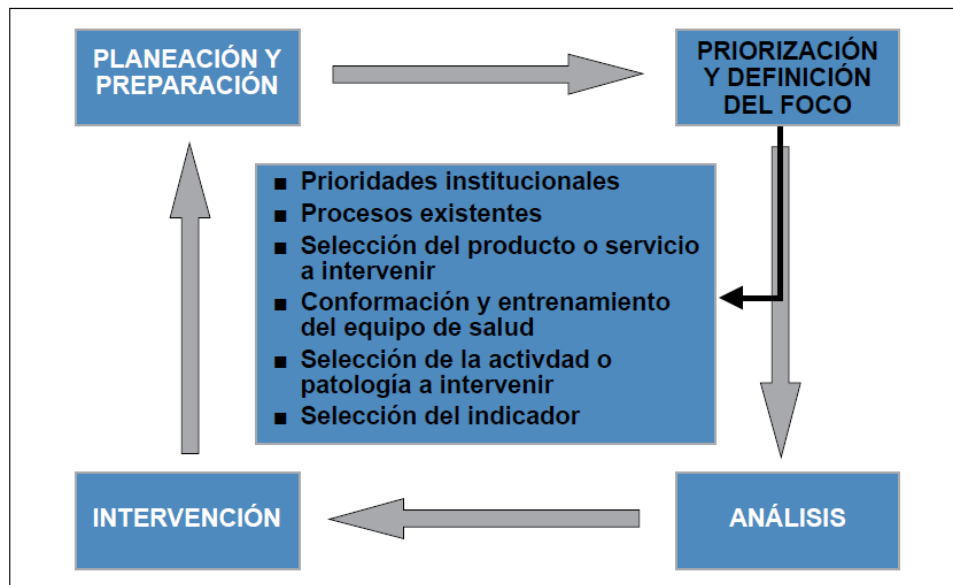
La *planeación* incluye la decisión de la alta gerencia; la formulación, despliegue y difusión de las políticas y de las directrices para su implementación; la definición de expectativas y de roles para involucrar a todos los actores; la revisión de recursos disponibles, y la socialización y sensibilización.



Fuente: Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Lenguas SA. Seguridad del Paciente: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria 2009

Priorización y definición del foco

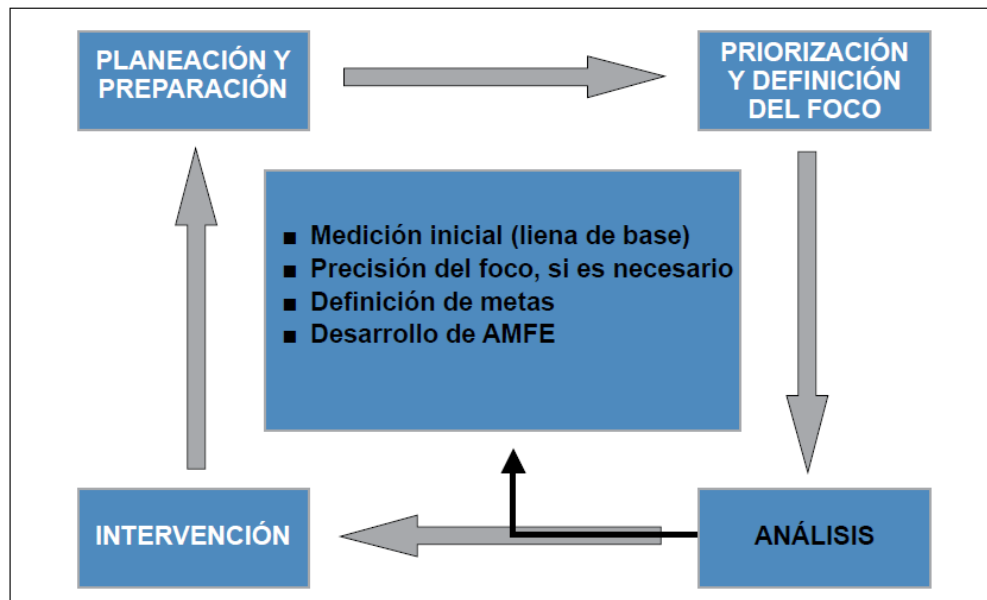
La priorización y definición del foco incluye la revisión de las prioridades institucionales, la identificación de los procesos existentes, la selección del producto o proceso que se va a intervenir, la conformación y entrenamiento del equipo de salud responsable, la selección de la actividad o patología que se va a intervenir y la selección del indicador o indicadores que se espera modificar.



Fuente: Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Lenguas SA. Seguridad del Paciente: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria 2009

Análisis y medición

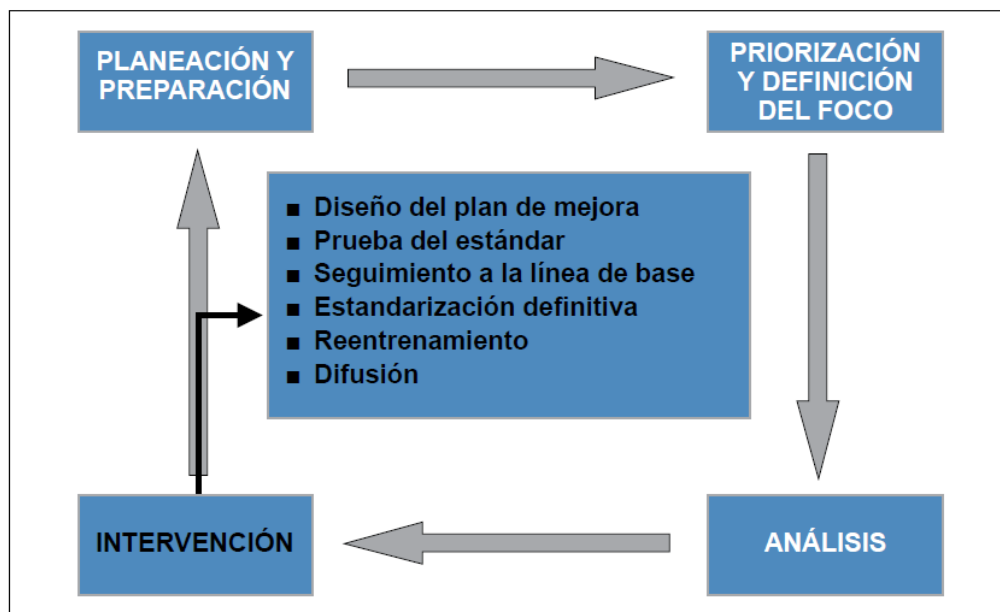
La etapa de análisis y medición incluye la medición inicial (línea de base), precisión del foco y, si es necesario, la definición de metas, la medición de cultura, la implementación de herramientas de análisis prospectivo - como el análisis modal de fallos y efectos (AMFE) – y retrospectivo - como los sistemas de reporte, el análisis de casos y los análisis causales - y la retroalimentación a los equipos de salud.



Fuente: Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Lengua SA. Seguridad del Paciente: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria 2009

Intervención

La fase de intervención incluye el diseño del plan de mejora, la prueba del estándar, el seguimiento a la línea de base, la estandarización definitiva, el reentrenamiento, la difusión de logros, la implementación de herramientas de intervención en cultura y el desarrollo de acciones para involucrar al paciente y su familia.



Fuente: Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Lenguas SA. Seguridad del Paciente: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria 2009

ESTRATEGIAS PARA DESARROLLAR EL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ^{39,40,41,42}

Identificación de Eventos Adversos y de Errores

Reporte del Evento Adverso. El reporte de los eventos adversos nos ayuda a mejorar el conocimiento que existe en relación con la seguridad del paciente. El reporte responsabiliza al equipo a evitar que este tipo de evento adverso vuelva a repetirse. Es importante por la información que aporta para el análisis del caso. Se garantiza la confidencialidad del personal que realice el reporte y el trato justo del mismo.

Los eventos adversos objeto de reporte son:

- Caídas de Pacientes
- Fugas de Pacientes
- Problemas relacionados con Medicamentos
- Suicidios
- Maltrato o Agresiones
- Abuso sexual
- Consumo de sustancias
- Cansancio del personal asistencial
- Reingresos

Este reporte deberá realizarse en el formato diseñado para este fin. (Anexos N°1 y N°2)

Análisis del Evento

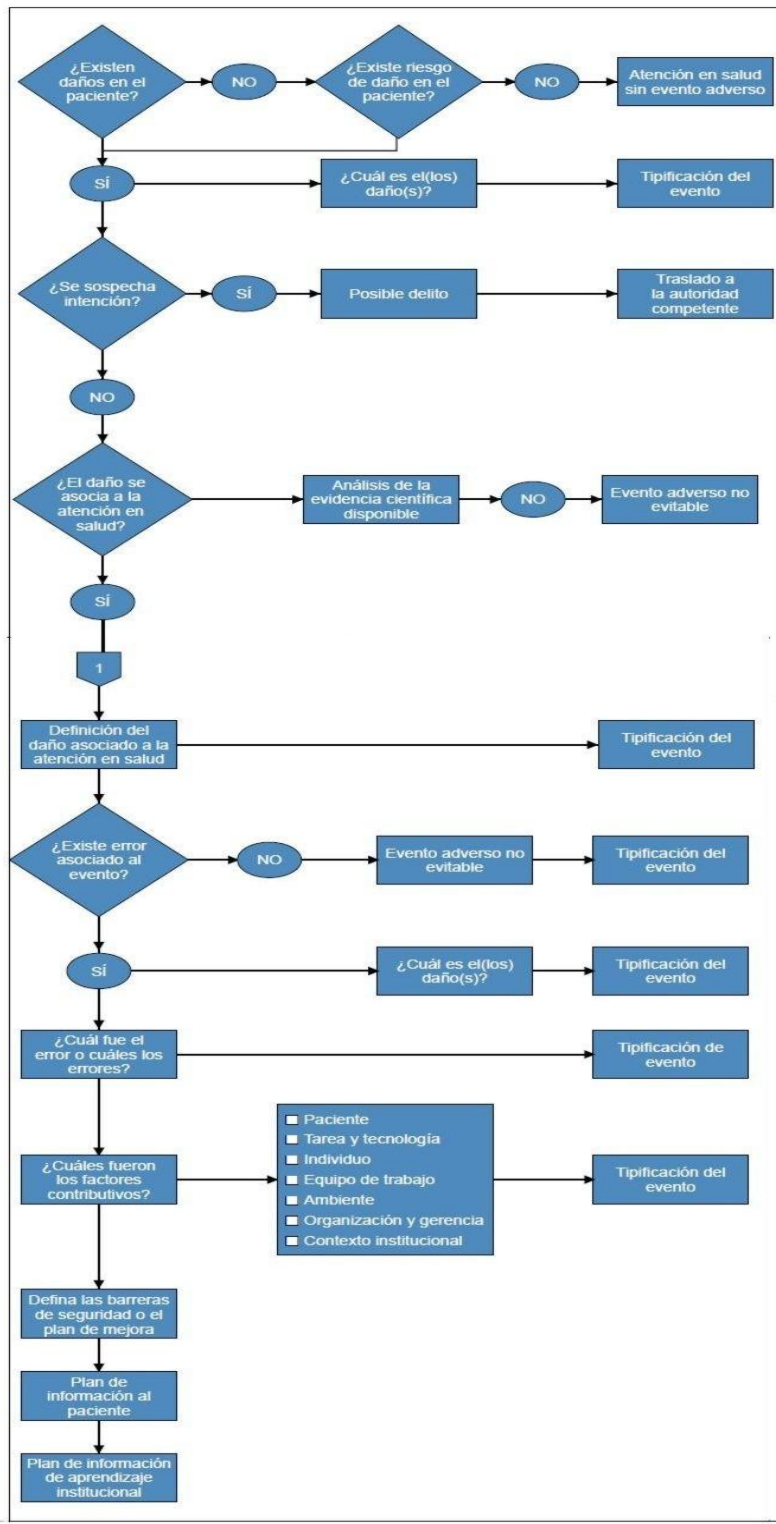
El propósito del análisis es identificar la cadena de eventos que llevaron a que se presentaran o que pueden llevar a que se presenten eventos adversos en la atención que realiza la institución.

Existen dos modelos para llevar a cabo este análisis. Uno es el análisis Prospectivo, el cual debe realizarse por el equipo interdisciplinario constituido por los profesionales de la institución de forma previa a la ocurrencia del evento adverso, y será desarrollado por medio de la metodología AMFE o Análisis de Modo de Fallos y Efectos. El otro modelo es Análisis Retrospectivo, el cual identificará la cadena de eventos que llevaron a que se presentara un evento adverso, el cual se desarrollará por medio de la metodología de Análisis de Causa Raíz (Taylor, Vicent. 2000).

Para desarrollar la metodología de AMFE, el equipo de trabajo conformado realizará el registro de las fallas, las causas, los efectos, la frecuencia, la severidad y la probabilidad de detección, y se obtendrá el índice de criticidad con los valores establecidos. (Anexo N°3)

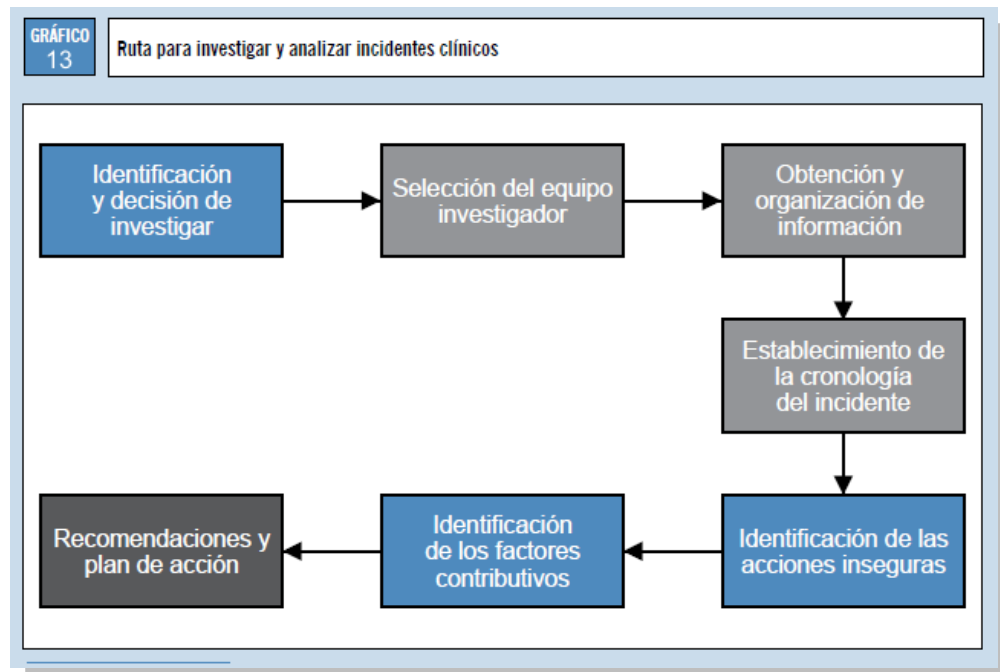
Para el Análisis de Causa Raíz primero se debe identificar si efectivamente se produjo un daño en el paciente de acuerdo al siguiente algoritmo (Luengas 2009).

GRÁFICO 12 Diagrama de flujo para analizar el evento adverso



Fuente: Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Lengua SA. Seguridad del Paciente: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria 2009

Posterior a la decisión de investigar se establece la Ruta de Investigación del incidente clínico (evento adverso o error). El proceso básico de investigación y análisis está bastante estandarizado. Fue diseñado pensando en que sea útil y pueda usarse tanto en incidentes menores como en eventos adversos graves.



Fuente: Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Lenguas SA. Seguridad del Paciente: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria 2009

La decisión acerca de lo extenso y profundo de la investigación depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional:

1. Identificación y decisión de investigar. Es obvio que el proceso de investigación y análisis de un incidente supone un paso previo: haberlo identificado (Taylor, Vicent. 2000). Detrás de la identificación está el inmenso campo del reporte de los errores y eventos adversos, el cual, como se ha discutido en otros documentos, sólo ocurre en instituciones que promueven activamente una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, donde no se sanciona el error pero sí el ocultamiento. Una vez identificado el incidente, la institución debe decidir si inicia o no el proceso. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional. Independientemente de los criterios que se utilicen, toda organización debe hacer explícito los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación.

2. Selección del equipo investigador. Hay que reconocer que un proceso complejo como este requiere, además de conocimiento y experiencia en investigación de incidentes, conocimiento y experiencia clínica específica. Idealmente un equipo investigador debe estar integrado por tres a cuatro personas lideradas por un investigador. Las personas con competencias múltiples son muy útiles en estos equipos, siempre y cuando cuenten con el tiempo necesario (Taylor, Vicent. 2000). Un equipo debe contar con:
 - Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos.
 - Punto de vista externo (miembro de junta directiva sin conocimiento médico específico).
 - Autoridad administrativa *senior* (director médico, jefe de enfermería, etc.).
 - Autoridad clínica *senior* (director médico, jefe de departamento, jefe de sección, especialista reconocido, etc.).
 - Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente. Es posible que para investigar un incidente menor una persona con competencias múltiples (investigador, autoridad administrativa y clínica) sea suficiente.
3. Obtención y organización de información. Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse lo antes posible (Taylor, Vicent. 2000). Estos incluyen como mínimo:
 - Historia clínica completa.
 - Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
 - Declaraciones y observaciones inmediatas.
 - Entrevistas con los involucrados. Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc.).
 - Otros aspectos relevantes como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado.
4. Las declaraciones y observaciones inmediatas son muy valiosas, siempre y cuando se orienten a obtener el tipo de información que se desea tener, para evitar que sean resúmenes incompletos de la historia clínica. Las declaraciones deben ser narraciones espontáneas de la percepción individual acerca de lo ocurrido, de la secuencia de eventos que antecedieron el incidente, de la interpretación acerca de cómo esos eventos participaron en el incidente y de aquellas circunstancias y dificultades que los involucrados enfrentaron (Taylor, Vicent. 2000) —por ejemplo, equipo defectuoso— y no están descritas en la historia clínica. Las observaciones referentes a supervisión o soporte insuficiente o inadecuado es mejor

reservarlas para las entrevistas. Esta información debe recolectarse lo más pronto posible después de ocurrido el incidente.

5. Una de las mejores formas de obtener información de las personas involucradas en incidentes clínicos son las entrevistas personales. El equipo investigador decide a quién entrevistar y es responsable de llevarlas a cabo lo antes posible. La entrevista debe ajustarse a un protocolo, cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis y unas conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos.

TABLA 3 Protocolo de entrevista	
Lugar	Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente. El entrevistado puede estar acompañado por quien desee.
Explique el propósito	Explique al entrevistado el motivo de la entrevista. Evite el estilo confrontacional y los juicios de valor. Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.
Establezca la cronología del incidente	Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él la vivió. Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.
Identifique las acciones inseguras	Explique al entrevistado el significado del término <i>acción insegura</i> e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga. Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas. Recuerde que en la práctica diaria es aceptable algún grado de variación.
Identifique los factores contributivos	Explique al entrevistado el significado del término <i>factor contributivo</i> e incentive su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos. Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
Cierre	Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.

Fuente: Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Lenguas SA. Seguridad del Paciente: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria 2009

Protocolo de Entrevista (Taylor, Vicent. 2000)

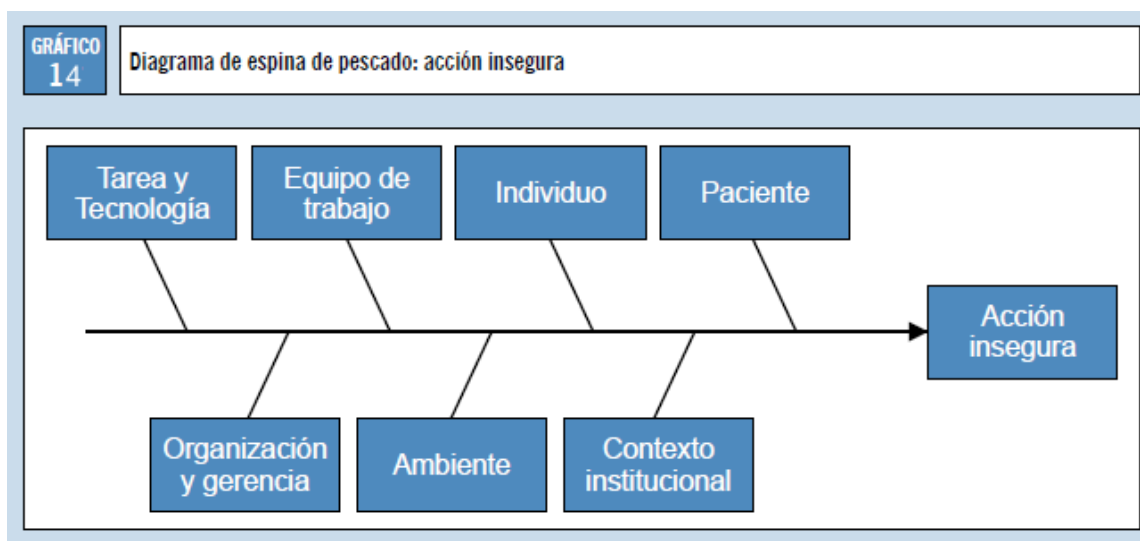
1. Precise la cronología del incidente. Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la historia clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuándo ocurrió. El equipo investigador tiene la responsabilidad de identificar cualquier discrepancia entre las fuentes. Es útil familiarizarse con algunas de las siguientes metodologías para precisar las cronologías:

- a. Narración. Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo ocurrido, que permite entender cómo sucedieron los hechos y cuál fue el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados.
- b. Diagrama. Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático. Puede ser útil ilustrar la

secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos, y compararla con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el incidente.

2. Identifique las acciones inseguras. Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al incidente clínico, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras. Es probable que algunas se hayan identificado durante las entrevistas o como producto de la revisión de la historia clínica. Sin embargo, es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras. La gente que de alguna manera participó en el incidente usualmente es capaz de identificar el motivo por el cual ocurrió. El facilitador debe asegurarse de que las acciones inseguras sean conductas específicas —por acción o por omisión— en lugar de observaciones generales acerca de la calidad de atención. Es fácil encontrarse con afirmaciones como “mala comunicación” o “trabajo en equipo deficiente”, las cuales pueden ser características reales del equipo, pero que corresponden a factores contributivos más que a acciones inseguras. Aunque en la práctica las acciones inseguras y los factores contributivos se mezclan, es aconsejable no explorar estos últimos hasta que la lista de las primeras esté completa.

3. Identifique los factores contributivos. El paso siguiente es identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras, es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una, dado que tienen su propio conjunto de factores contributivos. Es posible que cada acción insegura esté asociada a varios factores. Por ejemplo: desmotivación (individuo), falta de supervisión (equipo de trabajo) y política de entrenamiento inadecuada (organización y gerencia).



Fuente: Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Lenguas SA. Seguridad del Paciente: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria 2009

4. Recomendaciones y plan de acción. La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones, cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas. El plan de acción debe incluir la siguiente información:

- a. Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
- b. Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
- c. Asignar un responsable de implementar las acciones. Definir tiempo de implementación de las acciones.
- d. Identificar y asignar los recursos necesarios.
- e. Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- f. Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- g. Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.
- h. El equipo investigador debe ser realista en cuanto a las recomendaciones que propone con el fin de que se traduzcan en mejoramientos comprobables por toda la organización.

Cuando se plantean es aconsejable tener en cuenta su complejidad, los recursos que requieren y el nivel de control del que dependen. En ese orden de ideas, se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control del que depende: individual/grupal, local (equipo), departamento/dirección/ organización / autoridad gubernamental y asignar personas con el estatus administrativo y gerencial adecuado para garantizar su ejecución. De esta manera se promueve la cultura de seguridad, pues la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramientos, entiende su importancia y se apropia de él.

INTERVENCIONES

Con base en estas actividades se pueden definir intervenciones específicas que permitan prevenir o evitar la ocurrencia de eventos adversos. Así, las acciones que se diseñen deben responder de manera específica a los eventos, errores y factores contributivos identificados.

Planes de mejora y barreras de seguridad.

Para el diseño e implementación de planes de mejora y barreras de seguridad se utilizara una herramienta denominada *5W1H* (*What, Who, When, Where, Why, How*), la cual a partir de las causas de los problemas (errores y eventos adversos) pretende definir cuál es la intervención que se va a implementar (Qué), quién es la persona responsable de implementarla (Quién), en qué momento o cuál es la fecha final para implementarla (Cuándo), el lugar en que se debe implementar (Dónde), cuál es el propósito de la intervención (Por qué) y la descripción en detalle de la acción o intervención que se va a desarrollar (Cómo). Nótese que el objetivo es bloquear la causa, de manera que las intervenciones no buscan corregir los eventos, sino sus causas.

QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN (RESPONSABLE)	CUÁNDO (FECHA DE TERMINACIÓN)	DÓNDE (LUGAR DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD)	POR QUÉ (PROPÓSITO DE LA ACTIVIDAD)	CÓMO (DETALLE DE LA ACTIVIDAD)
----------------------	------------------------	-------------------------------------	--	---	-----------------------------------

Intervenciones alrededor del paciente.

Es frecuente que las instrucciones de los profesionales a los pacientes sean entendidas parcialmente, con resultados a veces nefastos para los resultados esperados. Existen reportes en los que la apropiación de información por parte de paciente con un alto nivel sociocultural no supera el 60%:

- 26% de los pacientes no entendieron cuándo se programó su próxima cita.
- 42% de los pacientes no entendieron las instrucciones de “tomar la medicación con el estómago vacío”.
- Más del 78% interpretaron mal las advertencias de etiquetas de prescripción de los medicamentos.

Una técnica sencilla para asegurarse de que los pacientes entienden lo que el medico les ha dicho es consiste en pedir a los pacientes que expliquen o demuestren lo que les acaban de decir. Por ejemplo, el médico puede decir: “por favor, explíqueme cómo se va a tomar su medicación, de manera que yo pueda asegurarme que le he explicado correctamente” o “cuando llegue a su casa, su esposa le preguntará que le dijo el médico, ¿qué le dirá a su esposa?”. No le pregunte al paciente: ¿me entendió? En cambio, pida a los pacientes que expliquen o demuestren cómo van a seguir el tratamiento o la intervención recomendada.

Si el paciente no lo explica correctamente, asuma que usted no lo ha provisto de la educación adecuada. Reéñesele la información usando aproximaciones alternativas.

Intervenciones alrededor del miembro del equipo de salud.

Las intervenciones alrededor del equipo de salud se dirigen a controlar los lapsus (*slips*) y las equivocaciones (*mistakes*). En los últimos, la intervención obvia se dirige a entrenar a los profesionales en las intervenciones en salud y en los protocolos institucionales. Por otra parte, para abordar los *slips*, las intervenciones están dirigidas a evitar depender de la memoria de los profesionales. Para ello se utilizan herramientas como las listas de chequeo.

Intervenciones alrededor de los procedimientos, procesos y tareas

- Se debe contemplar la posibilidad del error humano, y más que desconocer o evitar los errores, es indispensable tener en cuenta el diseño de estrategias que esperan que sucedan los errores y los bloquean antes de que alcancen al paciente.
- Es importante recordar que existen estrategias de prevención, de detección oportuna, pues a veces solamente se cuenta con estrategias de mitigación del daño. El diseño del proceso debe incluir el diseño y el entrenamiento de la respuesta correcta a los errores.

Por supuesto, el objetivo es la estandarización de los procesos y procedimientos, para eliminar la variabilidad innecesaria. Es importante que la estandarización cumpla ciertos criterios:

- Los estándares deben ser simples. La revisión y ajuste de procesos debe buscar reducir la complejidad de los procesos, así como el número de personas en la cadena de acción. No obstante, hay procesos complejos que deben mantenerse así. No se debe exagerar en funciones forzadas o en la simplificación, lo complicado tiene que seguir siendo complicado.
- Para el rediseño o ajuste de procesos, la referenciación es una herramienta útil. La mayor parte de los problemas que se enfrentan, seguramente, los ha enfrentado alguna organización en alguna parte. La literatura hoy disponible es muy abundante y de fácil acceso.
- La herramienta por excelencia para el rediseño de procesos clínicos y protocolos de atención es la evidencia científica.
- La estandarización de los procesos debe acompañarse de la estandarización de la tecnología y de los equipos utilizados en la institución.
- Además de que los procesos sean simples, debe buscarse que la manera de ilustrarlos sea clara y de fácil entendimiento, en especial para el diseño de algoritmos y estrategias de entrega visual de la información de los procesos. Es preferible el uso de gráficos y listados de pasos, que extensos documentos que pocas veces se consultan. Debe reducirse la necesidad de

realizar cálculos (por ejemplo, establecer cálculos con tabulaciones preestablecidas para la formulación de medicamentos).

- Igualmente, asegurarse de la fácil disponibilidad y acceso de los miembros del equipo de salud a la consulta de los procesos y procedimientos.
- Debe buscarse depender lo menos posible de la vigilancia. Son mucho más efectivas las acciones de asistencia técnica, entrenamiento y accesibilidad a documentos de fácil consulta que promuevan la responsabilidad de los profesionales en las intervenciones de seguridad. El exceso de vigilancia crea la falsa sensación de que las acciones de seguridad están a cargo de otra instancia.

Intervenciones alrededor del entorno y la tecnología.

En el contexto del entorno, dentro de los factores contributivos, se contemplan aspectos como el entorno de trabajo de los equipos de salud y las condiciones que rodean la atención del paciente, como dotación de equipos, dispositivos y tecnología, infraestructura física e insumos y suministros. En este contexto es muy relevante gestionar la administración de medicamentos, sabiendo que los principales y más críticos eventos son los eventos adversos medicamentosos.

Implementación y seguimiento

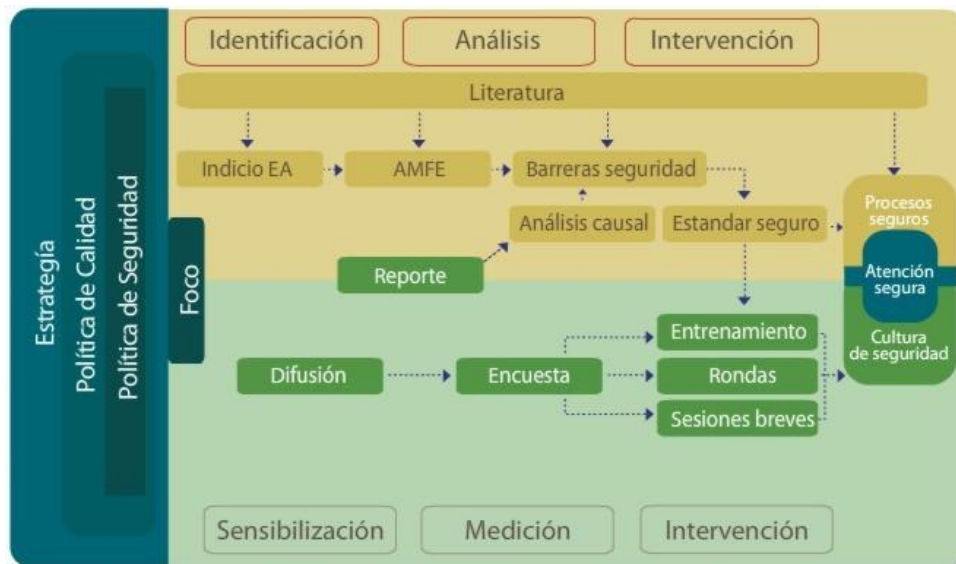
Una vez diseñadas las barreras de seguridad y los planes de mejoramiento, deben implementarse. Para ello es clave el entrenamiento de las personas responsables de su ejecución.

El seguimiento es necesario llevarlo a cabo con las mediciones subsecuentes del indicador o línea de base definido y realizado durante la fase de medición. El objeto de la intervención es reducir y prevenir eventos adversos y errores, de manera que el real seguimiento a la intervención se realiza vigilando el comportamiento del indicador.

Aprendizaje organizacional

La evaluación de la implementación de las intervenciones formuladas debe ser parte de todo el proceso de aprendizaje. Si no se ha logrado realizar la intervención, se deben analizar las acciones que han impedido ejecutar estas intervenciones. Si por el contrario, se ha logrado implementar de forma exitosa la intervención, se podrá establecer como un estándar, el cual requiere socializarse e implementarse para que la modificaciones se mantengan durante el tiempo.

Además, la creación de espacios donde se difundan los logros institucionales y se discutan las mejoras que se han conseguido con todo el proceso, deben volverse rutinarias y reemplazar las reuniones de culpas y problemas.



Fuente: Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Luengas SA. Seguridad del Paciente: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria 2009

Cultura de seguridad

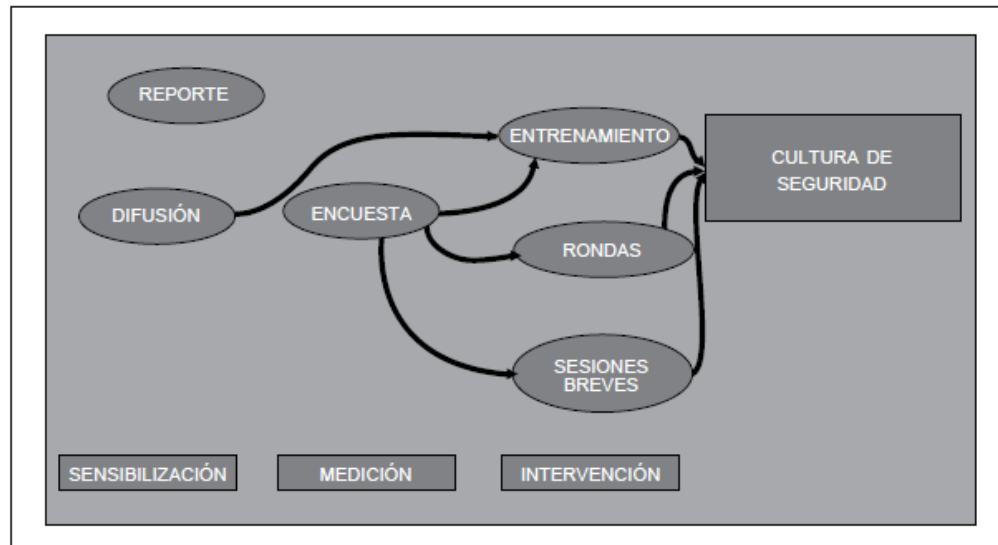
Se define cultura como un patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en las creencias y valores compartidos, que continuamente busca minimizar el daño al paciente que puede resultar de los procesos de atención en salud.

La cultura justa es un ambiente donde los errores no se personalizan y, en cambio, se facilita el análisis de los procesos, se corrigen las fallas de los sistemas y se construye una organización confiable (Luengas 2008).

Así mismo, es un ambiente donde aquel quien reporta un incidente no es culpado ni castigado, sino recompensado; un ambiente donde quien no reporta es castigado, no por el incidente, sino por el ocultamiento; un ambiente donde se habla desprevinidamente de los errores y se aprende de ellos. No se pregunta quién, sino qué.

La cultura justa, respecto a la seguridad del paciente, debe ser parte de la estrategia, misión, visión, objetivos, indicadores, proyectos y forma de trabajar, de hablar con colegas y supervisores acerca de eventos adversos; así mismo, debe ser abierta entre pacientes, personal y público cuando suceden eventos adversos y para explicar lecciones aprendidas. También debe ser imparcial en su trato y apoyo al personal cuando sucede un evento adverso.

Los tres elementos en el modelo para desarrollar una cultura de seguridad son: procesos de sensibilización, medición de la cultura e intervención en los factores clave.



Fuente: Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Lenguas SA. Seguridad del Paciente: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria 2009

Sensibilización. Un primer paso hacia la cultura de la seguridad es lograr la sensibilización y la difusión de las políticas, estrategias y herramientas institucionales en los clientes internos de la organización. El propósito es “enganchar” a los colaboradores de la institución en las políticas y estrategias institucionales de seguridad del paciente. Igualmente, se busca discutir los temores y revertirlos cuando son injustificados, entender las prevenciones y trabajar en ellas con el personal. Es una forma inicial de entablar el diálogo (horizontal y vertical) entre los diferentes ámbitos y procesos institucionales que, a la postre, se volverá permanente.

Es importante que dentro de la política institucional y la filosofía este inmerso este concepto, se debe orientar el personal en las prioridades de esta política, cuáles son sus labores dentro de su manual de funciones, transmitir los conceptos claves dentro del tema de seguridad del paciente; las herramientas, recursos que se van a implementar, los resultados y estándares esperados, y la retroalimentación en la consecución de logros (Lenguas 2009).

Se debe tener en cuenta dentro de esta sensibilización al personal tanto asistencial como administrativo, los líderes que puedan haber dentro de la institución y que sean facilitadores, los medios que se van a usar para esta sensibilización, y una evaluación de los conocimientos que existen al respecto.

Intervención y transformación de la cultura. Las intervenciones para transformar la cultura de la seguridad, que logren crearla y mantenerla, así como mejorarla en el tiempo, requieren constancia, creatividad y, especialmente, la

obligación de que esté presente en la rutina diaria de los procesos de prestación de servicios de salud (Lenguas 2009).

La transformación incluye comunicaciones regulares y recordatorios mediante reuniones, conferencias, visitas y sesiones de entrenamiento, creación de espacios formales de discusión del tema de seguridad y aprovechamiento de los espacios formales e informales ya existentes.

Para este objetivo se utilizarán dos herramientas:

Sesiones breves de seguridad. Se realizan en las áreas asistenciales. Consisten en reunir al personal del servicio, durante las entregas de turno, tres veces por semana para discutir cualquier tema relacionado con la seguridad, entre ellos condiciones inseguras en cuanto al uso de medicamentos, caídas, equipos e instrumentos. Además, también se desarrollarán antes del inicio de cualquier terapia electroconvulsiva, para garantizar que el protocolo es claro y conocido por todos, y que están todos los elementos necesarios en el momento y lugar que se requiere.

El personal debe entender que el propósito de esta actividad es generar conciencia acerca de asuntos de seguridad, nunca criticar el desempeño de los individuos ni, mucho menos, detectar fallas para sancionarlos. Debe garantizarse que la información que se está compartiendo no se grabará ni usará de manera punitiva. Igualmente, debe estimularse la participación de todos los asistentes mediante preguntas abiertas, si no hay contribuciones espontáneas. Quien las está conduciendo debe tratar de detectar a aquellas personas que quieren decir algo, pero no se atreven. Es crucial que se implementen cambios basados en las sesiones breves de seguridad, con el fin de que los asistentes se convenzan de su utilidad.

Rondas de seguridad. Las rondas de seguridad son una excelente oportunidad para demostrar que el compromiso organizacional con la generación de una cultura de seguridad es muy serio.

Los propósitos de las rondas de seguridad son:

- Demostrar compromiso con la seguridad.
- Fomentar el cambio cultural frente a la seguridad.
- Identificar oportunidades de mejoramiento de la seguridad.
- Establecer líneas de comunicación acerca de la seguridad entre líderes, ejecutivos y personal asistencial.
- Comprobar los mejoramientos de la seguridad de los pacientes.

Estas rondas de seguridad deben ser lideradas por los Gerentes, Directores y Jefes, quienes tienen que asumir esta responsabilidad indelegable.

Las rondas de seguridad se deben realizar una vez por semana y deben durar una hora. No es aconsejable hacerlas con una frecuencia mayor, ni más prolongadas. Es recomendable evitar las cancelaciones y ser muy estricto en cuanto día de la semana, hora del día y tiempo de duración, para demostrar que se trata de una

actividad prioritaria y facilitar la programación de las agendas. Se recomienda sesionar siempre en el mismo lugar y que los asistentes sean siempre los mismos. Es necesario iniciarlas explicando muy bien el objetivo que persiguen, su enfoque en la seguridad de los pacientes y, de manera importantísima, su carácter no punitivo y confidencial. Afirmaciones como las siguientes son útiles, siempre y cuando se pronuncien con convencimiento y haya decisión irrevocable de convertirlas en realidad:

- Estamos empeñados en tener una organización con comunicación abierta, libre de inculpaciones, porque de esta manera podemos hacer el trabajo de todos más fácil y generar un entorno seguro para ustedes y sus pacientes.
- Estamos enfocados en mejorar el sistema, no en castigar a las personas.
- Las discusiones que vamos a tener son confidenciales. Su propósito es mejorar la seguridad de los pacientes. Lo que hablemos no saldrá del grupo.

Para romper el hielo y facilitar la conversación acerca de errores y eventos adversos es aconsejable abordar el problema de manera sutil, sin intimidar a las personas, y, en cambio, generarles confianza.

Es muy poco probable que en la primera sesión haya colaboradores dispuestos a relatar errores o eventos adversos en los que ellos o sus compañeros presentes estuvieron involucrados.

Una estrategia efectiva consiste en lanzar preguntas de la manera más desprevenida posible, que faciliten comenzar a hablar de situaciones inseguras que han ocurrido recientemente. Los siguientes son ejemplos de este tipo de interrogantes:

- ✓ ¿Alguien recuerda alguna circunstancia que haya causado la prolongación de la estancia de un paciente en los últimos días?
- ✓ ¿Ha habido alguna situación que pudo haber terminado en lesión de un paciente?
- ✓ ¿Alguien recuerda alguna circunstancia reciente en la cual un paciente haya resultado lesionado?
- ✓ ¿Qué condiciones pueden estar facilitando la producción de lesiones a los pacientes?
- ✓ ¿Hay algo que yo pueda hacer para reducir el riesgo de que un paciente resulte lesionado?
- ✓ ¿Hay alguna falla del sistema que afecte su trabajo de manera sistemática?

Es crucial que las personas que participaron en la actividad sepan que los temas que se discutieron van a producir mejoramientos en la seguridad de los pacientes. De no ser así, pueden sentir que sus aportes son inútiles, y su presencia, una pérdida de tiempo. Frases como las siguientes pueden contribuir a este objetivo:

- Vamos a trabajar para mejorar con la información que hemos obtenido hoy.

- Por favor, cuénteles a dos personas cercanas los conceptos que hemos discutido hoy.

Las metas que se tendrán como propósito de estas rondas de seguridad serán:

- ✓ Que el 100% de los colaboradores esté convencido de que la política no punitiva frente a eventos adversos está activa y funciona.
- ✓ Que el reporte de eventos adversos en general y medicamentosos aumente en un 400%.
- ✓ Cada líder de grupo implementará cuatro cambios por año con base en información obtenida, al menos en parte, durante las rondas de seguridad.
- ✓ Al menos el 80% de los directivos reconocerá que ha cambiado su actitud frente a errores y eventos adversos como resultado de las rondas.
- ✓ Que los eventos adversos disminuyan en un 50%.

Las medidas de éxito serán los indicadores que se establezcan para tal fin.

EVENTOS ADVERSOS OBJETO DE REPORTE

Antes de definir cuáles son los eventos adversos objeto de reporte es importante tener claridad en algunos conceptos fundamentales (Política de seguridad del Paciente, Min. Protecc. Soc. 2008) que permiten una mejor ubicación dentro del tema.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es el 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.

ATENCIÓN EN SALUD

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

RIESGO

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

EVENTO ADVERSO

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- 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.

- Evento Adverso No Prevenible

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

INCIDENTE

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

COMPLICACIÓN

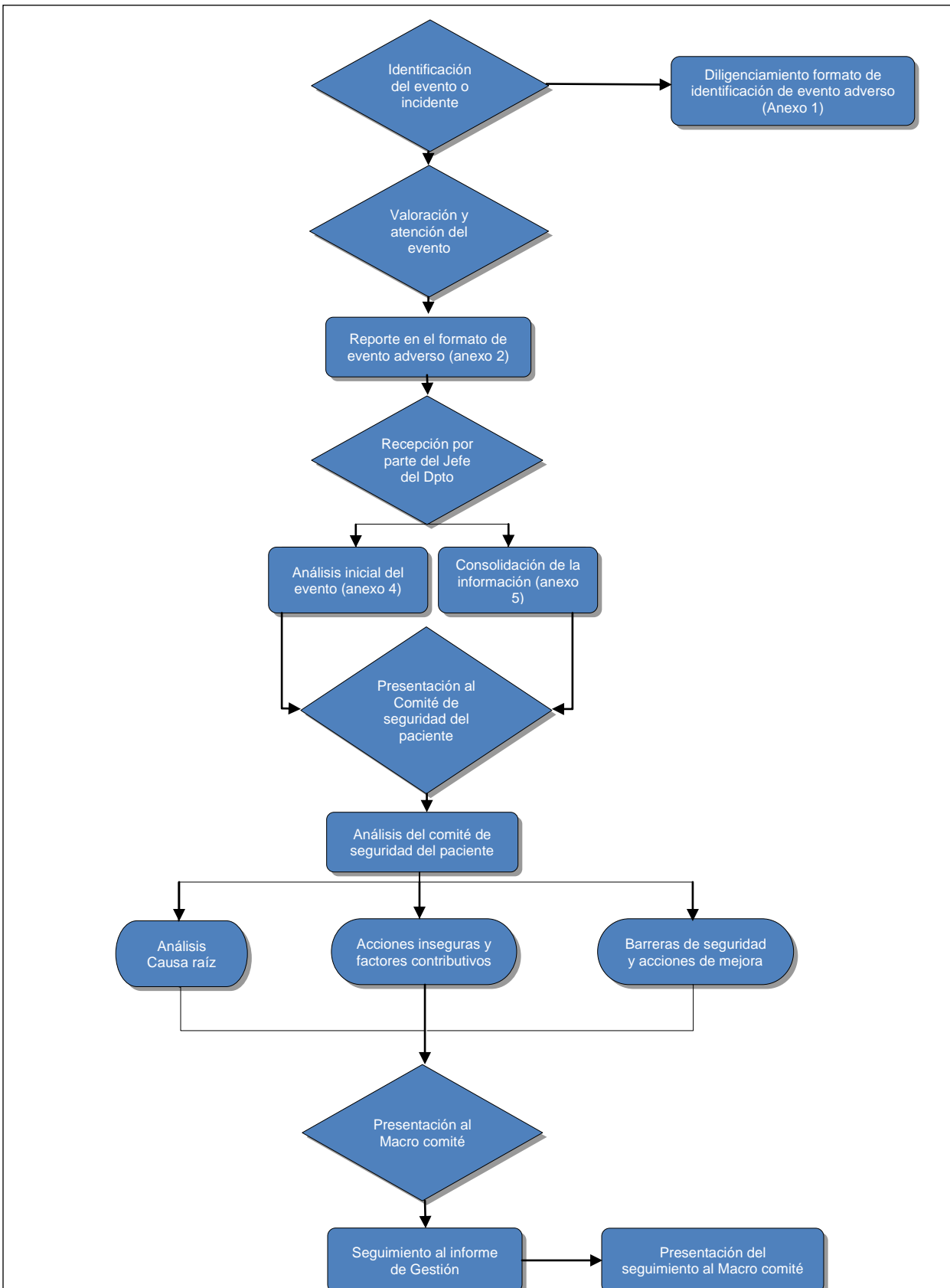
Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

BARRERA DE SEGURIDAD

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.



SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

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

- a) *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.
- b) *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.
- c) *Estandarización y protocolización de las situaciones de riesgo.* Que serán las que de forma detallada se describen a continuación.

Estrategias para disminuir el riesgo de las inmovilizaciones.

- 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 inmovilizado.
- 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 esta en decúbito prono asegurar que las vías aéreas 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.

Esta atención relacionada con la contención mecánica, tendrá un formato de notificación y seguimiento (Anexo 6).

Estrategias para minimizar el riesgo de suicidio en pacientes hospitalizados.

Las estrategias de mejora en este campo están basadas en:

- Evaluación del paciente.
- Aspectos estructurales.
- Aspectos organizativos.

El riesgo de suicidio debería considerarse en todos los receptores de prestaciones sanitarias. En aquellas poblaciones con un riesgo incrementado de conductas suicidas, esta evaluación debe ser sistemática y exhaustiva (antecedentes de

enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano).

La identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos).

Los principales métodos de suicidio en pacientes hospitalizados son el ahorcamiento seguido de la precipitación, siendo el cuarto de baño y la propia habitación los escenarios más habituales. El entorno asistencial debe estar diseñado de tal forma que evite físicamente la posibilidad de que los pacientes se hagan daño a sí mismos, además de facilitar la supervisión de los enfermos.

En cuanto a los elementos organizativos se pueden destacar los siguientes:

- Elaborar sistemas protocolizados de evaluación de pacientes.
- Ubicar al paciente en la Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.
- Proporcionar orientación y formación a los profesionales.
- Establecer sistemas estructurados de recogida y transmisión de información entre los profesionales sobre la situación y riesgo de los pacientes.
- Establecer sistemas de monitorización / observación de los pacientes en riesgo de suicidio.
- Informar y educar a familiares y amigos sobre factores de riesgo y medidas preventivas.

Se deben explicitar medidas generales y específicas de prevención de la conducta suicida en el contexto de un protocolo de intervención ante el riesgo suicida.

Medidas generales de prevención de la conducta suicida:

- Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en la unidad elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.
- Los despachos y otras dependencias permanecerán cerrados en los turnos de tarde y noche, y no deben contener muestras o restos de medicamentos.
- El botiquín / farmacia de la unidad permanecerá en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.
- El carro de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes.
- En los momentos de las comidas, tanto en la entrega como en la retirada de la misma, los auxiliares de enfermería procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.
- Se atenderá a las recomendaciones estructurales sobre seguridad del paciente.
- En todos los pacientes existirá una reevaluación pormenorizada y periódica del riesgo suicida, de modo especial en el caso de antecedentes autolesivos.

Medidas específicas de prevención de la conducta suicida:

- Implican la existencia y activación del protocolo específico de prevención de suicidio. El equipo debe actuar de manera protocolizada, informada y coordinada en todo momento. La indicación de activación del protocolo debe estar claramente explicada.

Existirá un registro donde se aporte información suficiente en cuanto a las medidas a tomar y su seguimiento.

- El paciente será informado de las medidas y el motivo de las mismas.
- El protocolo de prevención de conductas suicidas debe hacer referencia a la correcta ubicación del paciente para su supervisión, la necesidad o no de sujeción mecánica mediante protocolo específico, los turnos y procedimientos de supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, la evaluación de pertenencias y habitaciones, los elementos ambientales de seguridad del paciente, el control de salidas y de visitas, el manejo de situaciones en las que pueda disminuirse la capacidad de vigilancia, la supervisión de la toma correcta del tratamiento prescrito, los cambios en la conducta, etc.

Se llevará un registro en el Protocolo de Prevención de Conducta Suicida (Anexo 7).

Prevención de fugas de las unidades hospitalarias

Algunos elementos básicos en la seguridad del paciente y gestión de riesgos relacionados con la prevención de fugas de las unidades hospitalarias.

- Cuando ingrese un paciente se le proporcionara ropa de hospital y se solicitara a la familia que le facilite calzado cómodo. La ropa de calle del paciente será revisada en presencia de este y se mantendrá custodiada o se entregará a la familia hasta que los facultativos determinen que puede iniciar actividades fuera de la unidad.
- Se controlarán las pertenencias de pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.
- Debe existir un sistema efectivo de control de las salidas y entradas a la unidad.
- Cualquier miembro del equipo que detecte comentarios, conductas o actitudes del paciente que hagan sospechar riesgo de fuga debe transmitir dicha información al resto del equipo que actuará según medidas protocolizadas.
- Se reflejará en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas, implementadas por el personal de enfermería. Es imprescindible garantizar la trasmisión de esta información.
- El equipo valorará en reunión clínica diaria el riesgo de fuga del paciente y se iniciará una actuación coordinada y dirigida a evitar la fuga.

- Serán necesarias entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial y los motivos por los que quiere irse. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica (según protocolo específico).
- En caso de que se haya producido un abandono no autorizado de la unidad, se informará al responsable de la misma y al Supervisor/a de enfermería o al psiquiatra de guardia. Cualquiera de estos profesionales informará a la dirección del hospital así como a las fuerzas de orden público e instancia judicial competente en caso de que el paciente se encontrase ingresado mediante autorización judicial.

Estrategias para la prevención de accidentes

A continuación algunos elementos básicos en la seguridad del paciente y gestión de riesgos relacionados con la prevención de caídas y accidentes.

- Los pacientes que requieren una mayor labor de prevención de accidentes son los que están sometidos a polifarmacia, los drogodependientes, personas con déficits instrumentales-cognitivos y ancianos.
- Se informará a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación.
- A los pacientes se les harán recomendaciones en cuanto a cambios posturales, comprobación de la temperatura del agua de la ducha, etc.
- En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.
- Se observará la forma en que los pacientes ingieren los alimentos, el proceso de masticación y de deglución. Si se detecta alguna anomalía en estos procesos que indicase riesgo de atragantamiento, se valorará la necesidad de ayuda, de una dieta blanda o triturada.
- Se regulará la prohibición de fumar en la unidad en función de la legislación vigente, adaptando espacios para fumadores o estableciendo una estrategia global de “unidades sin humo” que facilite la deshabituación del hábito tabáquico. En caso de habilitar espacios para fumadores, se extremarán las precauciones relativas a la tenencia de cerillas o mecheros.
- La unidad debe tener confeccionado un plan de emergencia y evacuación, dotándose de sistemas de extintores y alarmas de incendios, según lo previsto en la normativa vigente.

Para llevar un control del riesgo de caídas, se diligenciará el formato de evaluación del riesgo de caídas, la Escala de Morse (Anexo 8). Se trata de una escala que consta de 6 ítems, con un rango total de 0 a 125. Presenta dos puntos de corte en

función al riesgo de caída: Sin riesgo (< 24), Riesgo bajo (25-50), Y Riesgo alto (>50).

Medidas sugeridas para la disminución del riesgo de caídas.

1. Identificar a los pacientes con riesgo de caídas.
 - 1.1 Un historial de caídas se asocia con un incremento del riesgo, sobre todo si es en los últimos 6 meses.
 - 1.2 La incidencia de caídas se incrementa con la edad especialmente en mayores de 65 años.
 - 1.3 El uso de medicación como benzodiazepinas, psicótropos, antiarrítmicos y antihipertensivos entre otros aumentan el riesgo de caídas.
 - 1.4 Las enfermedades como las patologías circulatorias, depresión y artritis se asocian con un mayor riesgo de caídas.
 - 1.5 Las alteraciones de la movilidad y el modo de andar, y/o la disminución de la fuerza y la resistencia se relacionan con un incremento del riesgo de caídas.
 - 1.6 El sedentarismo y la reducción de la actividad normal por problemas de salud se asocian con un mayor riesgo de caídas.
 - 1.7 Los daños psicológicos y el temor a las caídas son en sí mismos factores de riesgo.
 - 1.8 La discapacidad cognitiva se relaciona con un incremento del riesgo, aunque de un modo relativamente modesto.
 - 1.9 Las alteraciones de la visión, incluyendo las alteraciones en la percepción de la profundidad y el contraste de las formas aumentan el riesgo de caídas.
 - 1.10 Problemas en los pies, como juanetes, deformidades en los dedos, úlceras, deformaciones en la uñas y en general, dolor al caminar, el uso de calzado no antideslizante, aumentan la dificultad de equilibrio y el riesgo de caídas.
2. Reevaluar el riesgo de caídas del paciente en varios momentos a lo largo de su estancia, ya que el estado del paciente cambia en el curso de la misma. El paciente debe ser valorado en el momento del ingreso, tras el traslado de una unidad a otra y tras cualquier cambio de su estado físico o mental, después de una caída o por lo contrario a intervalos regulares de tiempo.
3. Implementar estrategias preventivas que contemplen las siguientes intervenciones multifactoriales :
 - 3.1 Llevar a cabo una evaluación y reevaluación individualizada.
 - 3.2 Monitorizar y observar frecuentemente a los pacientes en riesgo.

- 3.3 Uso de estrategias alternativas, como por ejemplo camas bajas, traslado seguro y ejercicios de entrenamiento o dispositivos de alarma.
- 3.4 Proporcionar ayuda física a pacientes de alto riesgo cuando anden o intenten maniobras difíciles (ir al baño, trasladarse, etc.) y promover su movilidad para fortalecer su control postural.
- 3.5 Eliminar o minimizar los peligros (secado de piso, artículos personales al alcance)
- 3.6 Sesiones de educación con la familia del paciente sobre el riesgo de caídas
4. Animar a los profesionales a notificar todas las caídas, o las que casi se producen aun si el paciente sale ileso.
5. Incluir el riesgo de caídas en la inducción y re inducción de los funcionarios de la E.S.E.

Oportunidades de participación del paciente y de la familia.

Los pacientes con riesgo de caídas y sus familias deben recibir y participar en programas educativos sobre estrategias para reducir el riesgo de caídas mientras este hospitalizado y en casa.

- Los pacientes con riesgo de caídas y sus familias son un importante recurso de información con respecto al historial de caídas previas y otros factores de riesgo.
- Los pacientes con riesgo de caídas y sus familias deben figurar en las estrategias alternativas para reducir la probabilidad de caídas y estar alerta ante los riesgos de caídas.
- Los pacientes con riesgo de caídas y sus familias deben participar en el análisis tras una caída para tratar del incidente y las estrategias de prevención ante futuras caídas.

Involucrar a los pacientes y sus allegados en su seguridad

- Se debe considerar que entre más esté el paciente comprometido con su salud, más ayudara a prevenir que sucedan los eventos adversos.
- Deben ser tenidos en cuenta los diferentes tipos de pacientes (los que se encuentran hospitalizados, o aquellos que asisten a una consulta ambulatoria)
- Se deben considerar los pacientes o sus allegados que en el pasado han sido objeto de la ocurrencia de un evento adverso y que se involucran de manera proactiva en los procesos de seguridad del paciente.

Se deben realizar entre otras las siguientes acciones:

Ilustrar al paciente en el auto cuidado de su seguridad

En particular se debe enseñar a interrogar sobre aspectos como:

- ¿Cuál es mi problema principal? (¿Qué enfermedad tengo?)
- ¿Qué debo hacer? (¿Qué tratamiento debo seguir?)
- ¿Por qué es importante para mí hacer eso, qué beneficios y riesgos tiene?
- ¿A quién acudir cuando hay sospecha de riesgos para la atención?
- Ilustrar sobre la importancia de la identificación y el llamado por su nombre.
- Ilustrar sobre la importancia del lavado de manos de los profesionales antes de ser atendido
- Ilustrar sobre la vigilancia y participación en el proceso de administración de medicamento.
- Ilustrar sobre la importancia del consentimiento informado.
- Ilustrar sobre lo que es un evento adverso y la comunicación que debe dar el equipo de salud en caso de ocurrencia del evento.

Medidas para prevenir riesgos en contra de la seguridad sexual

Las medidas diseñadas para prevenir un evento adverso en contra de la seguridad sexual son:

- Identificación de algunas alteraciones psicopatológicas (desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad) y otras de carácter psicosocial (aislamiento, poca aceptación en su medio), así como la estrecha convivencia durante la hospitalización, son factores que favorecen la aparición de relaciones sexuales durante el ingreso.
- Este tipo de relaciones se pueden producir en circunstancias en las que las capacidades cognitivas y volitivas estén disminuidas (al menos en uno de los implicados) y pueden dar lugar a situaciones de abuso sexual, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Por estos motivos, y para minimizar su riesgo, es preciso el concurso de todo el personal en su prevención.
- En las normas facilitadas en el protocolo de acogida quedará reflejada la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante el ingreso.
- Se controlara la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.
- La sospecha de este tipo de conductas requiere supervisión estrecha. En las reuniones diarias de la mañana, el profesional que detecte conductas desinhibidas las comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.

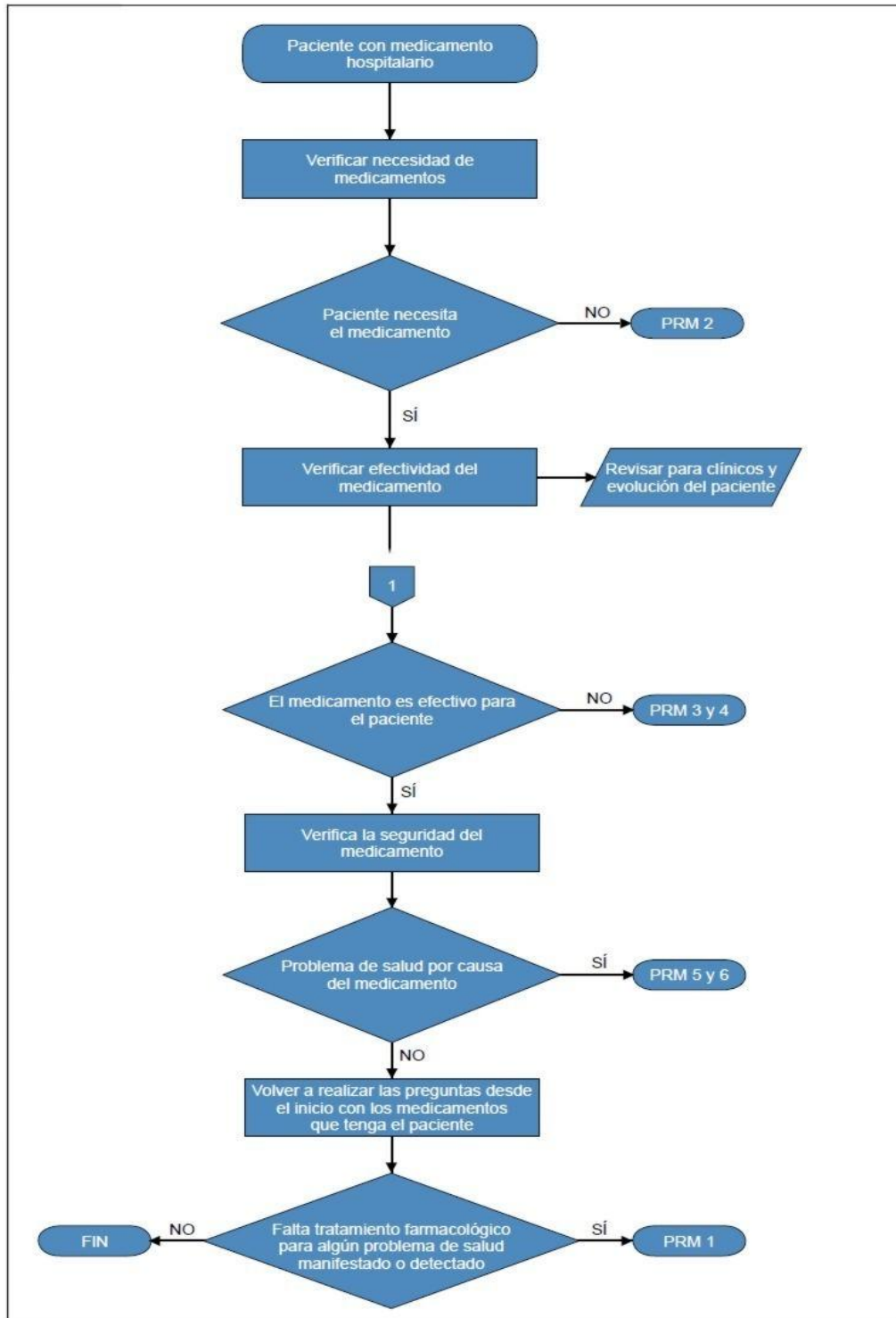
- Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS ^{43,44,45}

Las acciones para disminuir al mínimo posible y ojala evitar los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, se inician desde la selección prudente del medicamento, administración y se extienden hasta el seguimiento (monitoreo) del efecto del medicamento en el paciente. Algunos procedimientos que se han evidenciado como útiles para incrementar la seguridad del paciente y prevenir la ocurrencia de eventos adversos asociados a medicamentos son:

- Participación del Químico o farmacéutico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad.
- Asegurar la *dispensación* correcta de los medicamentos y los procesos de reempaque y reenvase de los mismos si aplica dentro del sistema distribución de medicamentos en dosis unitaria; realizar controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos; controles en la recepción de la orden médica electrónica, y en la elaboración y/o adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos.
- Definir mecanismos para prevenir errores en la *administración* de los medicamentos (manejo incorrecto o administración errónea).
- Asegurar la calidad del proceso de nutrición parenteral (TPN) incluyendo el uso de guías e instructivos estandarizados y controles microbiológicos.
- Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes y realizar la advertencia correspondiente antes de su administración.
- Implementar procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.
- Identificar los medicamentos de alto riesgo.
- Definir procesos de marcaje adicional de los medicamentos de alto riesgo clínico para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se extreme el cuidado en su uso.
- Definir procesos de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.
- Definir procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio.

- Implementar procesos para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: dipirona y la vancomicina).
- Definir mecanismos para prevenir daño a los pacientes con terapia anticoagulante.
- Incluir en la *recepción* de los medicamentos la verificación de las órdenes de compra; incluir mecanismos que eviten la recepción de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos a través de la verificación del estado físico, cantidad, fechas de vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.
- Asegurar que en el proceso *almacenamiento* de los medicamentos, se incluya el protocolo de gestión del riesgo, respetar la cadena de frío, realizar custodia a los medicamentos de control especial y hacer seguimiento a las farmacias satélites.
- Asegurar que el proceso de selección de los proveedores incluya visitas y evaluación periódica; se debe seleccionar solo aquellos que tienen respaldo legal y que realizan un manejo adecuado de sus medicamentos.
- Definir mecanismos de *compra* que eviten adquirir medicamentos que no cuenten con Registro Sanitario Vigente del INVIMA y para el uso que pretende dárseles; de origen fraudulento, de calidad no certificada y verificable. Deben incluir los conceptos técnicos de los responsables de las áreas asistenciales.
- Tomar en consideración la información que proviene de la fármaco vigilancia.
- Definir mecanismos para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos (PRM); especialmente en pacientes polimedicados y/o con estancia hospitalaria mayor a tres días.



Fuente: Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Lenguas SA. Seguridad del Paciente: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria 2009

Manejo de medicamentos:

El manejo de medicamentos conlleva riesgos que pueden dar lugar a graves fallas en la atención médica. Esto quiere decir:

- Paciente Correcto
- Medicamento Correcto
- Vía Correcta
- Dosis Correcta
- Frecuencia Correcta
- Verificación de Alergias
- Registro Correcto

Uno de los principales retos que enfrentamos se encuentra en el manejo de medicamentos, ya que un error en la administración de los mismos puede traducirse en daño grave.

UNIDOSIS

Los sistemas de distribución de medicamentos en un hospital se pueden clasificar como:

- Tradicional: consiste en la entrega global de medicamentos a un servicio médico o unidad de enfermería.
- Stock fijo: mantenimiento de un stock de medicamentos en determinados servicios (cuidados intensivos, urgencias), que son repuestos periódicamente una vez utilizados.
- Dosis unitarias: dispensación de los medicamentos de forma individualizada para cada paciente por un periodo máximo de 24 horas. Estas dosis son dispuestas en contenedores individuales debidamente identificados.

El sistema de dispensación centralizado por dosis unitarias puede definirse como un sistema de dispensación- distribución- control de medicamentos mediante el cual se dispensa a cada paciente, cada vez, la dosis prescrita bajo un condicionamiento unitario. Mediante este sistema se dispensa la medicación, si es posible, para ser administrada directamente al paciente sin necesitar una manipulación posterior por otros.

TABLA 5 Clasificación de los problemas relacionados con medicamentos

Por necesidad	PRM 1	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita (no se le indicó o se niega a tomar)
	PRM 2	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita (automedicación irresponsable)
Por efectividad	PRM 3	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación (defectos de elaboración)
	PRM 4	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación (dosis insuficiente)
Por seguridad	PRM 5	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento (alergia)
	PRM 6	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento (sobredosis)

Fuente: Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Lengua SA. Seguridad del Paciente: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria 2009

La dispensación de medicamentos es el acto farmacéutico asociado a la entrega y distribución de medicamentos con las consecuentes prestaciones específicas; entre ellas: el análisis de la orden médica, la información sobre el medicamento, la preparación de las dosis a administrar. El sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias es un método de dispensación y control de la medicación en servicios de salud organizados y coordinados por el servicio farmacéutico.

Un medicamento se considera que está re envasado o re empacado en dosis unitarias si contiene la cantidad para una sola dosis y está identificado en cuanto a composición, dosis, lote y caducidad, quedando disponible para su administración directa, sin necesidad de cálculos y/o manipulación previa.

De todos los sistemas de distribución de medicamentos el sistema de dispensación por dosis unitaria es el que mejor ofrece la oportunidad para efectuar un adecuado seguimiento a la terapia medicamentosa del paciente. Este permite intervenir en forma oportuna, desde el punto de vista farmacoterapéutico, antes de la aplicación del medicamento al paciente.

Aunque este sistema varía dependiendo de las necesidades específicas, los recursos y las características de la institución de que se trate, hay cuatro elementos presentes en todos los casos:

- Los medicamentos están contenidos y son administrados en dosis individuales o Paquetes de dosis únicas.

- Los medicamentos se dispensan lo más pronto posible para su uso.
- Para la mayoría de los medicamentos se dispensa como máximo la cantidad necesaria para 24 horas.
- Se dispone en el servicio de farmacia del perfil fármaco-terapéutico de cada paciente.

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

La presencia cada vez más frecuente de pacientes con patología dual en las unidades de hospitalización plantea una situación de riesgo potencial: la introducción y consumo de tóxicos dentro de la unidad.

Existirá un procedimiento dirigido a prevenir o reducir al mínimo este tipo de incidentes que conllevan riesgos de intoxicaciones, retrocesos en la evolución e inducción al consumo en pacientes previamente no consumidores. Apuntamos a continuación algunos elementos básicos en la seguridad del paciente y gestión de riesgos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en la unidad. Son recomendaciones generales que han de ser adaptadas a la realidad de cada unidad.

- Dirigir formación a todo el equipo sobre signos clínicos que pueden indicar consumo.
- Registrar las pertenencias de los pacientes al ingreso e informarlos de la prohibición de consumo en la unidad. Registrar a los pacientes de riesgo después de visitas y salidas de la unidad.
- Reflejar en la historia clínica la existencia de antecedentes de consumo habitual de tóxicos.
- Hacer referencia dentro de las actividades psicoeducativas al riesgo de consumo de tóxicos.
- Realizar análisis de tóxicos en orina de forma periódica a los pacientes que se considere oportuno.
- Cuando un paciente dé positivo a los controles, aplicar un protocolo de vigilancia especial y limitar las salidas de la unidad o tomar otras medidas que se consideren oportunas.

INFECCIONES NOSOCOMIALES ^{46,47}

Los estudios de prevalencia de eventos adversos en Latinoamérica señalan a la infección intrahospitalaria como el evento adverso más frecuente y fue el primer reto declarado por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes.

Deben considerarse los procesos asistenciales para asegurar:

- La prevención de infecciones de sitio operatorio (ISO)
- La prevención de endometritis
- La prevención de neumonías nosocomiales y en especial la asociada a ventilador.

- La prevención de infecciones transmitidas por transfusión (ITT).
- La prevención de flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.
- La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos).
- La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.
- La prevención de infecciones del sitio operatorio superficial, profundo y de órgano o espacio.

Se deben desarrollar además acciones encaminadas a:

- ✓ Desarrollar profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos.
- ✓ Lograr cumplimiento (adherencia) del personal del lavado higiénico de las manos.
- ✓ Estandarizar procesos y verificar mediante lista de chequeo las medidas de prevención validadas para la prevención de Infecciones asociadas a la atención salud, priorizando por las de mayor frecuencia en cada institución.
- ✓ Involucrar a los pacientes y sus familias en la prevención de la infección asociada a la atención en salud.
- ✓ Realizar aislamiento de pacientes que lo requieren.
- ✓ Involucrar a todo el personal de salud en la implementación de las medidas pre, intra y postquirúrgicas para la prevención de infección en sitio quirúrgico (p.e Profilaxis antibiótica, asepsia y antisepsia de la piel, comportamiento en las salas de cirugía, manejo de la herida, entre otros).
- ✓ Vacunar a todos los miembros del equipo de Salud para los bioriesgos prevenibles por este medio, de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica.
- ✓ Gestionar la disposición de desechos hospitalarios
- ✓ Optimizar el lavado y desinfección de áreas.
- ✓ Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de aire, agua, circulación de personas)
- ✓ Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria
- ✓ Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos.

Se deben impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:

1. Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.

5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.

PREVENCION DEL CANSANCIO ⁴⁸

El cansancio en el personal de Salud se ha identificado como uno de los factores que afectan la Seguridad de pacientes. Debe incluir:

Adecuada proporción de pacientes en relación al personal de Salud que presta servicios.

Asignación de horas de jornada laboral.

Prevención del trabajo en jornadas continuas entre instituciones que superen los límites máximos recomendados.

Propiciar espacios y tiempos de descanso del personal de salud.

ACCIONES A SEGUIR EN CASO DE PRESENTARSE UN EVENTO CENTINELA

Un evento centinela es un hecho inesperado que produce la muerte o una lesión severa física o psicológica o el riesgo de que esta lesión se dé. No está relacionado con la historia natural de la enfermedad. El concepto de lesión severa incluye pérdida de una extremidad o su funcionamiento. Se le llama “centinela” porque emite una señal que nos advierte acerca de algo que requiere atención inmediata.

Tipos de eventos centinela: Debido a que existen una serie de antecedentes relacionados con el reporte, análisis y mejora de la seguridad de los pacientes en el IMSS se clasifican los eventos centinelas en grupos A y B.

Eventos centinela del grupo A: incluye aquellos eventos para los cuáles aún no se cuenta con un sistema de reporte y análisis

- Complicaciones quirúrgicas graves. Complicaciones operatorias o postoperatorias que causan la muerte o ponen en riesgo la vida del paciente, o bien prolongan la hospitalización y son producto de dificultades técnicas o factores humanos, que se apartan de la historia natural de la enfermedad o de condiciones atribuibles exclusivamente al paciente.
- Accidente anestésico. Muerte o lesión permanente a consecuencia del acto anestésico en una cirugía programada.
- Retención de material quirúrgico o instrumental. Retención en el cuerpo del paciente de material quirúrgico o instrumental que no debería haber sido retenido.
- Retraso en el tratamiento. Conjunto de situaciones en la atención del paciente, que acumuladas generan un resultado clínico de muerte o lesión permanente producto del retraso en el tratamiento.
- Caídas de pacientes. Caídas que producen una lesión que prolonga el internamiento o requieren la realización de una intervención quirúrgica.

- Trauma al nacimiento. Lesiones producidas al infante durante la atención del parto.
- Lesión Vaginal durante el parto. Desgarros de 3er grado y mayores.
- Cirugía al paciente, en región u órgano equivocado. Operación realizada en donde se detecta un problema de identificación del paciente, región u órgano que resultan ser los equivocados.
- Reacciones adversas graves, producto de administración errónea de medicamentos. Administración de un medicamento en lugar de otro por confusión de nombre o aspecto, administración de una dosis incorrecta que produce intoxicación, administración de un medicamento por la vía equivocada, por ejemplo, se administra por vía endovenosa cuando su administración era intramuscular o bien se administra un medicamento a un paciente con historia conocida de alergia.
- Eventos adversos graves relacionados con el equipamiento. Lesiones o muerte provocada por un mal funcionamiento del equipo o la ausencia de este. Ejemplo: Funcionamiento inadecuado de termostato en una incubadora, que provoca hipertermia y crisis convulsivas en un infante.
- Alta de un infante con la familia equivocada. (Identificación de paciente equivocada).
- Robo de infante

Eventos centinela del grupo B: para el cual ya existe un sistema específico para su reporte y análisis.

- Muerte materna.
- Reacciones transfusionales.
- Transfusión de tipo sanguíneo equivocado.
- Infecciones intrahospitalarias.
- Reacciones adversas a medicamentos.

Cuando se determine que hubo lesión grave o severa como muerte inesperada, caída con lesión grave, error medicamentoso que amenaza la vida, suicidio, etc. (evento adverso trazador o centinela) se realizarán las siguientes actividades:

- Atención médica inmediata, si es del caso con el fin de mitigar o solucionar las posibles consecuencias para la salud del usuario.
- Notificación inmediatamente al Jefe responsable de la unidad donde ocurrió el evento, quien analizará y definirá en primera instancia las acciones pertinentes para su solución inmediata. El abordaje inicial incluye la información y apoyo al paciente y/o familiares sobre la ocurrencia del evento adverso.
- Diligenciamiento del reporte institucional para el seguimiento a riesgos y la Gestión de eventos adversos en el Comité de Seguridad del Paciente.

- Análisis en forma prioritaria, posterior e individual en el Comité de Seguridad del Paciente, por ser el organismo competente y entrenado para hacer el análisis, de tal manera que se garanticen pares homólogos y apoyo interdisciplinario. Se asume como estándar que el análisis debe ser realizado en la reunión mensual del Comité de Seguridad del Paciente

ACTIVIDADES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Clasificación del suceso (evento adverso, incidente, complicación, atención segura, indicio de atención insegura, violación de la seguridad de la atención).
- Análisis del evento adverso utilizando la metodología del Protocolo de Londres. Dentro de esta se incluye la descripción de barreras y/o defensas que fallaron, acciones inseguras, origen contributivo, fallas latentes, conclusión, oportunidad de mejora, responsable de la oportunidad de mejora, tiempo de ejecución.

Según el tipo de evento, el Comité aborda el caso y define las oportunidades de mejora institucional y las estrategias para el aprendizaje organizacional.

Los eventos adversos e incidentes detectados se reportarán en el momento en que se evidencien para el registro y gestión de eventos adversos en el formato general de notificación disponible en los diferentes servicios. La responsabilidad de reportar es de quien presencie o verifique o quien realiza la atención (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc.).

Es de aclarar que no deben existir barreras para impedir la notificación, es decir, se acepta cualquier vía o medio (reporte de notificación, correo electrónico, escucha activa, anónimos e incluso notificación verbal).

VI. INDICADORES DE GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ^{49,50}

Para poder realizar un adecuado monitoreo de los eventos adversos que van a ser objeto de seguimiento e intervención dentro de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo, se tendrán los indicadores recomendados por la Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad y por el estudio INCAS 2009.

Tabla 6. Indicador I.2.1 (Resolución 1446 de 2006) TASA DE REINGRESOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

ASPECTOS GENERALES		
NOMBRE	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	
Código	I.2.1	
Justificación	El reingreso de los pacientes a los servicios de hospitalización se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó. Por esta razón, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados	
Dominio	2. Calidad técnica Subdominio: Efectividad de la atención	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el mismo período Se excluyen: Re ingresos a los servicios de Urgencias	
Denominador	Número total de egresos vivos en el período	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Forma de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Registro de ingresos de pacientes hospitalizados	Registro de ingresos de pacientes hospitalizados

Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial-Superintendencia Nacional de Salud	
ANALISIS		
Ajuste por riesgo	No requiere ajuste por riesgo	X
	Ajuste por edad	
	Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte	
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad	
Umbral de desempeño No aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Estándar Meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema	
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.	

	Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.
USUARIOS	
Según tipo de institución a la cual aplica	IPS
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC
	Vigilancia y control
	Institucional IPS

Tabla 7. Indicador I.3.1 (Resolución 1446 de 2006) TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA DESPUES DE 48 HORAS

ASPECTOS GENERALES		
NOMBRE	Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	
Código	I.3.1	
Justificación	La tasa de mortalidad hospitalaria es un indicador que ha sido utilizado dentro de los sistemas de salud para evaluar resultados relacionados con la atención en salud brindada durante la hospitalización del paciente y detectar problemas de calidad en la atención. Se encuentra directamente relacionado con características como el nivel de complejidad, niveles socio culturales y perfil epidemiológico de la población usuaria y por esta razón requiere de ajustes de riesgo sensibles.	
Dominio	3. Seguridad del Paciente	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador	Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso	
Denominador	Número total de pacientes hospitalizados	
Unidad de medición	Tasa por 1000	
Factor	1000	
Forma de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Registro de egresos hospitalarios	Registro de egresos hospitalarios
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	

Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial-Superintendencia Nacional de Salud	
ANALISIS		
Ajuste por riesgo	No requiere ajuste por riesgo	
	Ajuste por edad	X
	Ajuste por sexo	X
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte	
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de desempeño No aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Estándar Meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.	
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud aún no existe bibliografía nacional al respecto.	
USUARIOS		
Según tipo de institución a la cual aplica	IPS	
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC Vigilancia y control Institucional IPS Seguimiento a riesgos habilitación	

Tabla 8. Indicador I.3.2 (Resolución 1446 de 2006) TASA DE INFECCION INTRAHOSPITALARIA

ASPECTOS GENERALES		
NOMBRE	Tasa de infección intrahospitalaria	
Código	I.3.2	
Justificación	Se define como la incidencia de infecciones que aparecen dentro del ámbito hospitalario o asistencial, como complicación de un proceso de atención ambulatorio o con internación. A través de él puede monitorizarse la eficiencia de los procesos de asepsia y antisepsia utilizados para el control de microorganismos patógenos en el personal asistencial, las áreas físicas, los equipos y materiales de la institución. Su incidencia es importante en la medida en que puede indicar fallas en los procesos asistenciales y su utilización como medida de la calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud es universal. Puede ser utilizada en forma particular por servicios, procedimientos, periodos de tiempo u otras variables.	
Dominio	3. Seguridad del Paciente	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador	Número de pacientes con infección nosocomial*	
Denominador	Número total de pacientes hospitalizados	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Forma de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Registro de infecciones nosocomiales	Registro de hospitalización
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	

Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial-Superintendencia Nacional de Salud	
ANALISIS		
Ajuste por riesgo	No requiere ajuste por riesgo	X
	Ajuste por edad	
	Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte	
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad	
Umbral de desempeño No aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Estándar Meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema	
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.	
USUARIOS		
Según tipo de institución a la cual aplica	IPS	
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	
	Vigilancia y control. Institucional IPS	

Tabla 9. Indicador I.3.3 (Resolución 1446 de 2006) PROPORCION DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS

ASPECTOS GENERALES		
NOMBRE	Proporción de vigilancia de Eventos Adversos	
Código	I.3.3	
Justificación	<p>La seguridad paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud. Un indicador importante de la seguridad paciente es el índice de Eventos Adversos en los pacientes atendidos.</p> <p>Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles.</p> <p>Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. La monitorización de este indicador debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica.</p>	
Dominio	3. Seguridad del Paciente	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador	Número total de eventos adversos detectados y gestionados	
Denominador	Número total de eventos adversos detectados	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Forma de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de información	Continua	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	

Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial-Superintendencia Nacional de Salud	
ANALISIS		
Ajuste por riesgo	No requiere ajuste por riesgo	X
	Ajuste por edad	
	Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte	
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de desempeño No aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Estándar Meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema	
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.	
USUARIOS		
Según tipo de institución a la cual aplica	IPS	
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC Vigilancia y control Institucional IPS	

Tabla 10. Indicador I.3.6 NUMERO DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL CANSANCIO DEL PERSONAL DE SALUD

ASPECTOS GENERALES		
NOMBRE	Número de eventos adversos asociados al cansancio del personal de salud	
Código	I.3.6	
Justificación	El cansancio en el personal de la salud, se constituye en una de las causas que motivan la ocurrencia de eventos adversos en la atención del paciente al interior de las instituciones de salud, y representa un foco de atención que no puede ser ignorado toda vez que es preciso identificar los componentes de dicho estado físico, el cual puede estar relacionado con situaciones de orden emocional, físico, laboral, psicológico etc.	
Dominio	3. Seguridad del Paciente	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador	Número de eventos adversos gestionados por la institución, en donde se evidencia como principal factor contributivo el cansancio del personal de salud.	
Denominador	Total de eventos adversos gestionados por la institución.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Forma de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Análisis causal de acuerdo al Modelo de Seguridad del Paciente del Centro de Gestión Hospitalaria	Comité de calidad. Programa de Seguridad del Paciente
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	

Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial-Superintendencia Nacional de Salud	
ANALISIS		
Ajuste por riesgo	No requiere ajuste por riesgo	X
	Ajuste por edad	
	Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte	
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de desempeño No aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Estándar Meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema	
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud aún no existe bibliografía nacional al respecto.	

Tabla 11. Indicador I.3.4 TASA DE CAIDAS HOSPITALARIAS POR 1000 DIAS PACIENTE

ASPECTOS GENERALES		
NOMBRE	Tasa de caídas hospitalarias por 1000 días paciente	
Código	I.3.4	
Justificación	Las caídas de los pacientes son relativamente frecuentes en todos los hospitales del mundo, de modo que su cuantificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud. La prioridad de esta medida es evitar cualquier caída con lesión en el cuidado del contexto hospitalario.	
Dominio	3. Seguridad del Paciente	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador	Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el período	
Denominador	Sumatoria de días estancia de los pacientes hospitalizados en el periodo	
Unidad de medición	Frecuencia por 1000 días persona	
Factor	1000	
Forma de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Historia Clínica	Historia Clínica
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	

Vigilancia y control	Entidad territorial-Superintendencia Nacional de Salud	
ANALISIS		
Ajuste por riesgo	No requiere ajuste por riesgo	
	Ajuste por edad	X
	Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte	X
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de desempeño No aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Estándar Meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema	
Bibliografía	<ul style="list-style-type: none"> - Instituto para el Mejoramiento de los Sistemas Clínicos (ICSI). Prevención de caídas (de agudos). Cuidado de la salud de protocolo. Bloomington (MN): Instituto para el Mejoramiento de los Sistemas Clínicos (ICSI); de marzo de 2008 P. 26 [37] Referencias - Nacional Quality Measures Clearinghouse 	

Tabla 12. Indicador I.3.39 TASA DE SUICIDIOS EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DE SALUD MENTAL

ASPECTOS GENERALES		
NOMBRE	Tasa de suicidios en servicios de hospitalización de salud mental	
Código	I.3.39	
Justificación	Monitorear la seguridad de los pacientes en los servicios de hospitalización en salud mental	
Dominio	3. Seguridad del Paciente	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador	Número de pacientes hospitalizados en los servicios de hospitalización en salud mental que se suicidan.	
Denominador	Total de egresos de hospitalización en el servicio de salud mental	
Unidad de medición	Días	
Factor	100	
Forma de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Registro de estadísticas vitales - DANE - certificado de defunción	
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial-Superintendencia Nacional de Salud	
ANALISIS		
Ajuste por	No requiere ajuste por riesgo	

riesgo	Ajuste por edad	X
	Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte	X
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de desempeño No aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Estándar Meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema	
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud aún no existe bibliografía nacional al respecto.	

Tabla 13. Indicador I.3.6 NUMERO DE FUGA DE PACIENTES

ASPECTOS GENERALES		
NOMBRE	Número de fuga de pacientes hospitalizados	
Código	I.3.6	
Justificación	La fuga de pacientes se considera un incidente en la seguridad del paciente a causa de la vulnerabilidad y el riesgo que conllevan para el paciente y para terceros. Las unidades de hospitalización deben realizar un estudio de su entorno estructural para establecer el riesgo de salidas de la unidad sin el conocimiento del personal. El 9% de los incidentes de seguridad del paciente notificados en el Hospitales Psiquiátricos tienen relación con fugas o desapariciones de pacientes.	
Dominio	3. Seguridad del Paciente	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador	Total de pacientes psiquiátricos que se fugan de la institución	
Denominador	Ninguno	
Unidad de medición	Valor absoluto	
Factor	Ninguno	
Forma de cálculo	No se calcula.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	
Fuente primaria	Registros de pacientes que se fugan de la institución	
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	

Vigilancia y control	Entidad territorial-Superintendencia Nacional de Salud	
ANALISIS		
Ajuste por riesgo	No requiere ajuste por riesgo	X
	Ajuste por edad	
	Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte	
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de desempeño No aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Estándar Meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema	
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud aún no existe bibliografía nacional al respecto.	

Tabla 14. Indicador I.3.7 NUMERO DE CASOS DE CONSUMO INTRAINSTITUCIONAL DE SPA (SUSTANCIAS PSICOACTIVAS)

ASPECTOS GENERALES		
NOMBRE	Número de casos de consumo intrainstitucional de SPA	
Código	I.3.7	
Justificación	La presencia cada vez más frecuente de pacientes con patología dual en las unidades de hospitalización plantea una situación de riesgo potencial: la introducción y consumo de tóxicos dentro de la unidad.	
Dominio	3. Seguridad del Paciente	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador	Número de pacientes que fueron identificados como consumidores de SPA mientras fueron atendidos en el hospital, en un periodo de tiempo determinado	
Denominador	Ninguno	
Unidad de medición	Valor absoluto	
Factor		
Forma de cálculo	No se calcula	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	
Fuente primaria	Historia Clínica	
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial-Superintendencia Nacional de Salud	

ANALISIS		
Ajuste por riesgo	No requiere ajuste por riesgo	X
	Ajuste por edad	
	Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte	
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de desempeño No aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Estándar Meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema	
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud aún no existe bibliografía nacional al respecto.	

Tabla 15. Indicador I.3.8 NUMERO DE ASALTOS SEXUALES EN LA INSTITUCION

ASPECTOS GENERALES		
NOMBRE	Número de casos de asaltos sexuales en la institución	
Código	I.3.8	
Justificación	Es necesario aumentar la conciencia de riesgo ante la vulnerabilidad de los pacientes psiquiátricos frente a las agresiones sexuales, por lo que debe procurarse un incremento de su protección (tanto frente a su propio comportamiento sexualmente inadecuado como frente a las agresiones sexuales que puedan sufrir por parte de otros pacientes o de los miembros del personal).	
Dominio	3. Seguridad del Paciente	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador	Número de pacientes que en un mismo periodo de tiempo y lugar, presentaron algún tipo de asalto sexual, consumado o no.	
Denominador	Ninguno	
Unidad de medición	Valor absoluto	
Factor		
Forma de cálculo	No se calcula	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	
Fuente primaria	Reportes de casos de abuso	
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	

Vigilancia y control	Entidad territorial-Superintendencia Nacional de Salud	
ANALISIS		
Ajuste por riesgo	No requiere ajuste por riesgo	X
	Ajuste por edad	
	Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte	
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de desempeño No aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Estándar Meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema	
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud aún no existe bibliografía nacional al respecto.	

Tabla 16. Indicador I.3.9 TASA DE COMPLICACIONES MEDICAMENTOSAS

ASPECTOS GENERALES		
NOMBRE	Tasa de complicaciones medicamentosas	
Código	I.3.9	
Justificación	Las acciones para disminuir al mínimo posible y ojala evitar los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, se inician desde la selección prudente del medicamento, administración y se extienden hasta el seguimiento (monitoreo) del efecto del medicamento en el paciente.	
Dominio	3. Seguridad del Paciente	
DEFINICION OPERACIONAL		
Numerador	Número de complicaciones secundarias a la administración de medicamentos	
Denominador	Total de egresos hospitalarios	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Forma de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Historia Clínica	Historia Clínica
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control	Entidad territorial-Superintendencia Nacional de Salud	
ANALISIS		

Ajuste por riesgo	No requiere ajuste por riesgo	
	Ajuste por edad	
	Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte	X
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de desempeño No aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Estándar Meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema	
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud aún no existe bibliografía nacional al respecto.	

VII. CONCLUSIONES

1. La implementación de un programa de seguridad del paciente es un tema de actualidad que se genera como una obligación ética, una necesidad y una prioridad clínica dentro de las instituciones para ofrecer una atención con mayor calidad.
2. El problema de la seguridad del paciente tiene que ver no solo con factores humanos o institucionales, sino también a voluntades políticas y factores académicos y tecnológicos que están relacionados con la atención de los pacientes.
3. La función de los estándares de habilitación es prevenir el riesgo, la función de la monitorización como indicadores de seguimiento a riesgo y vigilancia de eventos adversos es identificar su existencia y la función de la auditoría es promover acciones y políticas de mejoramiento.
4. Hay que reconocer que las características de los pacientes psiquiátricos guardan cierta particularidad, motivo por el cual se deben tener en cuenta al momento de hacer la formulación del manual de seguridad del paciente.
5. A pesar de tenerse claro que las instituciones de salud mental tienen características bastante específicas o riesgos que se presenta con una mayor frecuencia que en otras instituciones de salud, la literatura disponible al respecto es limitada.
6. La formulación del Manual para la Gestión de la Seguridad del Paciente orienta a la institución a realizar prácticas seguras y minimizar la ocurrencia de eventos adversos
7. Con toda seguridad, los esfuerzos realizados llevarán a conseguir en un futuro próximo una gran reducción en la frecuencia de aparición de estos eventos indeseables y la evitación total de algunos de ellos, en beneficio de los pacientes y de los mismos trabajadores, como profesionales de la salud.

VIII BIBLIOGRAFIA

1. Informe IBEAS. Sistema de Información para la Gestión de la Calidad. Observatorio de Calidad de la Información en Salud. Ministerio de Protección Social República de Colombia.
2. Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE, Gea MT. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gac Sanit* 2006;20(Supl.1):41-7.
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324 (6): 370-376.
4. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Institute of medicine. Washington DC.: National Academy Press, 1999.(sitio en internet) Disponible en: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=9728. Acceso 1 de Jul.2011.
5. James Reason. Human error: models and management. MA:Cambridge University Press BMJ Volume 320 18 March 2000.
6. Senst BL, Achusim LE, Genest RP, Cosentino LA, Ford CC, Little JA, et al. A Practical approach to determining adverse drug event frequency and costs. *Am J Health Syst Pharm* 2001;58(2):1126–32.
7. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. *JAMA* 1995;274:29–34.
8. Brickell, T. A., Nicholls, T. L., Procyshyn, R. M., McLean, C., Dempster, R. J., Lavoie, J. A. A., Sahlstrom, K. J., Tomita, T. M., & Wang, E. (2009). Patient safety in mental health. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association.
9. Seguridad del Paciente y Gestion de Riesgos Sanitarios en Salud Mental. Ed Junta de Extremadura. Leopoldo Elvira Peña. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales Dirección General de Asistencia Sanitaria Servicio Extremeño de Salud 2011.
10. Department of Health. *A National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models*. (1999). Available at: www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/72/09/04077209.pdf
11. Welsh Assembly Government. *Raising the Standard: The Revised Adult Mental Health National Service Framework and an Action Plan for Wales*.

- (2005). Available at: www.wales.gov.uk/subihealth/content/reports/raising-standard-e.pdf
12. Department of Health. Hospital Episodes Statistics (admissions to NHS hospitals under mental illness specialties by gender and age on admission, 1997-1998 to 2003-2004, Table 5.01). www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Statistics/HospitalEpisodeStatistics/fs/en
 13. Ministerio De Protección Social Republica de Colombia. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. Dirección General de Calidad de Servicios.
 14. Segura A. Primun, non nocere. (Sitio en internet) Disponible en: <http://classics.mit.edu/Hippocrates/epidemics.1.i.html>
 15. <http://www.artehistoria.com/historia/obras/7520.htm>
 16. EL CODIGO DE HAMMURABI (Sitio en internet). Disponible en: <http://www.historiaclasica.com/2007/05/el-codigo-de-Hammurabi.html>
Acceso el 3 de julio de 2011.
 17. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Institute of medicine. Washington DC.: National Academy Press, 1999. (Sitio en internet) Disponible en: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=9728. Acceso 1 de Jul. 2011.
 18. Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos. Proyecto IBEAS.
 19. Boyced JM, Pittet D. Directrices de la OMS sobre el lavado de manos en la atención sanitaria. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. 2005
 20. Lenguas SA. Seguridad del Paciente: Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria 2009.
 21. World Health Organization. *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Versión 1.1. 2009.
 22. History of the Project to Develop the International Classification for Patient Safety <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/evolution/en/index.html>
 23. World Health Organization, Alliance for Patient Safety (2007, May) *Report on the Results of the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety*. Geneva, Switzerland.
 24. World Health Organization, Alliance for Patient Safety (2008, April). *Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Challenge Group Meeting - Validity Testing of the Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 11-12 April 2008*. Geneva.
 25. Posición del Centro de Gestión Hospitalaria ante el XVII Foro Internacional de Seguridad del Paciente. Rodrigo Gutiérrez Duque. Centro de Gestión Hospitalaria. Revista Vía Salud. Número 44. Editorial.

26. Modelo para Gestionar la Seguridad del Paciente en Instituciones de Salud. Sergio Luengas. Centro de gestión hospitalaria. Vía Salud. 2008, pag 2-7
27. Seguridad del paciente: Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Sergio Luengas. Centro de gestión hospitalaria. 2009
28. Ministerio de Protección Social. La Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Bogotá: Ministerio; 2009.
29. Gestión Clínica y Atención Centrada en el Paciente. Centro de Gestión Hospitalaria. Vía Salud. Tercer trimestre 200, pag 2-3
30. Cuando la Seguridad del Paciente es Cuestión de Logística. Jason Cohecha Mayorga. Centro de Gestión Hospitalaria. Vía Salud. Número 44, pag 34-38
31. Ministerio De Protección Social Republica de Colombia. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. La Institución debe Monitorizar Aspectos Claves Relacionados con la Seguridad del Paciente.
32. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL REPUBLICA DE COLOMBIA. 2008
33. The American Psychiatric Association Task Force on Patient Safety Recommendations to the APA Board of Trustees. Patient safety and Psychiatry. Recommendation to the board of trustees of American Psychiatric Association. November 24, 2002.
34. Ministerio de Protección Social. Reducir el Riesgo de la Atención en Pacientes con Enfermedad Mental. Bogotá: Ministerio; 2009.
35. Enhancing Patient Safety in Psychiatric Settings. JEFFREY J, et al. *Journal of Psychiatric Practice* 2007;13:355–361
36. With safety in mind: Mental health services and patient safety. Patient Safety Observatory Report 2 July 2006.
37. Measured Response to Identified Suicide Risk and Violence: What You Need to Know About
38. Psychiatric Patient Safety. Yeager K, et al. Brief Treatment and Crisis Intervention / 5:2 May 2005, pg 121-141
39. Ministerio de Protección Social. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Bogotá: Ministerio; 2009.
40. Seguridad del Paciente: Primero, Cultura Justa. Centro de Gestión Hospitalaria. Vía Salud. Número 36, pag 2-5
41. Establecimiento de una línea de base de la cultura de la seguridad de los pacientes en un Hospital Universitario en Bogotá. Lucia Barbosa Ramírez, Elizabeth Cárdenas, et al. *REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA: CIENCIA Y TECNOLOGÍA (1): 19-28, 2008*

42. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Ministerio; 2007
43. Ministerio de Protección Social. La Institución debe Monitorizar aspectos Clave Relacionados con la Seguridad del Paciente. Bogotá: Ministerio; 2009.
44. ¿Qué implica hablar de una cultura de seguridad de pacientes?. Carlos A. Kerguelén. Centro de Gestión Hospitalaria. Vía Salud. Número 41. Pag 4-10.
45. Assessing Patient Safety Culture: A Review and Synthesis of the Measurement Tools. Aneesh K. Singla, Barret T. Kitch. J Patient Saf. Volume 2, Number 3, September 2006, pag 105-115.
46. Seguridad del paciente: “Indicio de evento Adverso medicamentoso”. Centro de Gestión Hospitalaria. Vía Salud. Número 42.
47. República de Colombia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Manual de Farmacovigilancia (Programa de Farmacovigilancia Institucional)
48. Ministerio de Protección Social. Mejorar la Seguridad en la Utilización de Medicamentos. Bogotá: Ministerio; 2009.
49. Ministerio de Protección Social. Detectar, Prevenir y Reducir el Riesgo de Infecciones Asociadas con la Atención en Salud. Bogotá: Ministerio; 2009
50. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención sanitaria. 2005.
51. Ministerio de Protección Social. Prevenir el Cansancio del Personal de Salud. Bogotá: Ministerio; 2009.
52. Ministerio de la Protección Social. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Ministerio; 2011
53. Ministerio de la Protección Social. Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Ministerio; 2011

ANEXOS

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DEL REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS (ANEXO 1)

1. UNIDAD FUNCIONAL. Servicio en donde se presentó el evento adverso.
2. NOMBRE DEL PACIENTE. Diligencie el Nombre(s) y Apellido(s) del Paciente quien presentó el evento adverso.
3. FECHA DE INGRESO A HOSPITALIZACION. Escriba la fecha de ingreso al servicio de hospitalización del paciente quien presentó el evento adverso.
4. FECHA Y HORA DEL EVENTO. Escriba la fecha y hora en que se presentó o se detectó el evento adverso.
5. HISTORIA CLINICA. Escriba el número de Historia Clínica del paciente que presentó el evento adverso.
6. EVENTO OCURRIDO. Escriba el nombre del evento adverso que se presentó.
7. DESCRIPCION DEL EVENTO. Describa en sus propias palabras: Quien notificó el evento (Paciente, familiar, miembro del equipo de salud, Persona Externa, Entidad de Vigilancia y control, otro), en qué momento se identificó el evento (Durante la presentación del evento, después de presentado), tipo de evento adverso (Asociado a medicamentos, asociado a un procedimiento, asociada a la atención en salud –administrativo-, infección nosocomial, otro tipo de evento), lugar de ocurrencia, profesionales involucrados en la asistencia, severidad.
8. NOMBRE DE QUIEN IDENTIFICO EL EVENTO ADVERSO. Escriba el nombre de la persona quien diligencia el informe inicial.

ANEXO 2

<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN CAMILO HOSPITAL PSIQUIATRICO "AVANZAMOS SIEMPRE PARA MEJORAR"</p>	<p>MANUAL DE GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	<p>CODIGO M VERSION 3.0</p>	
<p>FORMATO DE REPORTE DEL EVENTO ADVERSO (ANEXO Nº2)</p>			
<p>FECHA:</p>	<p>HECUBA CLINICA:</p>		
<p>NOMBRE DEL PACIENTE:</p>	<p>FECHA INGRESO HOSPITALIZACION:</p>		
<p>PERSONAL DE TURNO DURANTE LA OCURRENCIA:</p>	<p>EVENTO OCURRIDO:</p>		
<p>DESCRIPCION DEL EVENTO</p>	<p>ANALISIS DEL EVENTO</p>	<p>MEIDAS INMEDIAS DE ATENCION</p>	<p>PREVENCIÓN DE LA REOCURENCIA.</p>
<p>RESPONSABLE DEL REPORTE</p>	<p>Jefe de SERVICIO</p>		

ANEXO 3



MANUAL DE GESTION DE LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE

CODIGO
M
VERSION 3.0

ANALISIS DE MODO DE FALLA Y SUS EFECTOS								
No	Actividad	Modo de falla	Causas de la falla	Efectos de la falla	Frecuencia	Severidad	Probabilidad de detección	Críticidad
1								0
2								0
3								0
4								0
5								0
6								0
7								0
8								0
9								0
10								0

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO (ANEXO 3)

Actividad. Señale la actividad o proceso seleccionado que podría ser una fuente de evento adverso.

Modo de Falla. Señale la forma en que el proceso podría fallar.

Causas de la Falla. Enumere las posibles causas de la falla o factores contributivos, es decir, las causas pueden ser por el paciente, por el individuo (*slips* o *mistakes*), por los equipos de trabajo (comunicaciones o interfases), por los procesos (fallas en los diseños o cumplimiento de protocolos o procedimientos), por el entorno (insumos, equipos o aspectos locativos) o por aspectos organizacionales o del sistema.

Efectos de la Falla. Enumere los eventos adversos que puede originar cada una de las causas identificadas.

Frecuencia. Se asigna una calificación de 1 a 4, directamente proporcional a la frecuencia: Frecuente (4), varias veces en un año. Ocasional (3), entre 1 a 2 veces por año. Raro (2), es probable que ocurra alguna vez en 2 a 4 años. Remoto (1), puede ocurrir alguna vez entre 5 a 30 años.

Severidad. Se asigna una calificación de 1 a 10. La calificación es directamente proporcional a la severidad. A mayor severidad, mayor calificación. Los criterios son: Evento catastrófico: puede causar la muerte o incapacidad permanente mayor (10). Evento mayor: incapacidad temporal o permanente menor con alto grado de inconformidad por parte del paciente (7). Evento moderado: puede corregirse y su impacto sobre el paciente es mínimo (4). Evento menor: sin impacto sobre el paciente, quien puede no notarlo (1).

Probabilidad de detección. Se asigna una calificación de 1 a 10. La calificación es inversamente proporcional a la severidad. A mayor probabilidad de detección, menor calificación. Los criterios son: Muy alta: 1. Alta: 4. Baja: 7. Muy baja: 10.

Criticidad. La calificación de la criticidad de cada modo de fallo se realiza mediante la multiplicación de la calificación asignada a frecuencia, severidad y probabilidad de detección.

ANEXO 4



MANUAL DE GESTION DE LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE

CODIGO
M
VERSION 3.0

ESE HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO BUCARAMANGA FORMATO DE ANALISIS INICIAL DE EVENTOS ADVERSOS INFORME DE GESTION N° _____

Nombre Usuario _____ Historia Clinica _____
 Aseguradora _____ Unidad Funcional _____
 Fecha Ingreso Hospitalización _____
 Diagnostico Hospitalización _____
 Fecha Ocurrencia (Evento Adverso) _____ Hora _____
 Diagnostico Ocurrencia (Evento Adverso) _____

ANALISIS DE LA OCURRENCIA (E.A)	INTERVENCION Y APLICACIÓN	SOLUCION INMEDIATA	PREVENCION DE LA RECURRENCIA

Subdirector Científico ESE

Profesional de Auditoria

Profesional responsable de la Unidad Funcional

Profesional responsable Procesos de Enfermeria

ANEXO 5



MANUAL DE GESTION DE LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE

CODIGO
M
VERSION 3.0

ESE HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO BUCARAMANGA										
COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE										
CONSOLIDADO SEGUIMIENTO A EVENTOS ADVERSOS										
N°	Fecha análisis S.P.	Unidad Funcional	Nombre Usuario	HCL	Aseguradora	Fecha Ingreso Hospitalizac	Fecha de la ocurrencia	Diagnostico SIQIEA	Formato de Gestión N°	Observación
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

ANEXO 6

REGISTRO DE CONTENCIÓN MECÁNICA Unidad de Media Estancia	
DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre y apellidos:	
Nº historia:	Fecha ingreso:
Sexo:	Cama:
Edad:	
INFORMACIÓN A PACIENTE / FAMILIA	
Se ha explicado la necesidad de la contención a: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No ha sido posible en ninguno de los casos 	
INDICACIÓN DE LA SUJECIÓN	
Fecha de la indicación:	Hora de la indicación:
Indicación de la contención (<i>márquese la/s casilla/s correspondiente/s</i>) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prevención de lesiones al propio paciente o a otras personas <input type="checkbox"/> Evitar interrupciones graves del programa terapéutico del paciente u otros enfermos <input type="checkbox"/> Evitar daños físicos significativos <input type="checkbox"/> Reducir estímulos sensoriales (aislamiento) <input type="checkbox"/> Solicitado voluntariamente por el paciente y con justificación clínica y/o terapéutica <input type="checkbox"/> Como parte de un programa de modificación de conducta previamente explicado 	
Situación actual del paciente <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agitación psicomotriz severa <input type="checkbox"/> Riesgo potencial de agresividad <input type="checkbox"/> Confusión /desorientación / delirium <input type="checkbox"/> Impulsividad suicida <input type="checkbox"/> Otra 	
Nombre y firma del Médico responsable:	Nombre y firma del Enfermero/a responsable:
TIPO DE SUJECIÓN	
<input type="checkbox"/> Miembros superiores <input type="checkbox"/> Miembros inferiores <input type="checkbox"/> Cintura	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Cruzada

ANEXO 7

REGISTRO DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA Unidad de Hospitalización Psiquiátrica	
DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre y apellidos:	
Nº historia:	Fecha ingreso:
Sexo:	Cama:
Edad:	
INFORMACIÓN A PACIENTE / FAMILIA	
Se ha explicado la necesidad de la supervisión especial a: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familia (útiles y enseres que no le estén permitidos mientras presente riesgo autolesivo) <input type="checkbox"/> No ha sido posible en ninguno de los casos 	
INDICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA	
Fecha de la indicación:	Hora de la indicación:
Nombre y firma del Médico responsable:	Nombre y firma del Enfermero/a responsable:
MEDIDAS DE PREVENCIÓN ADOPTADAS	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Habitación de aislamiento / alta seguridad <input type="checkbox"/> Contención mecánica (activar protocolo) <input type="checkbox"/> Ubicación en habitación cercana al control de enfermería o en la que pueda realizarse una observación directa <input type="checkbox"/> Ubicación en habitación doble compartida <input type="checkbox"/> Revisión de habitación, mobiliario y pertenencias <input type="checkbox"/> Pauta específica de sedación farmacológica <input type="checkbox"/> Medicación siempre triturada <input type="checkbox"/> Periodos mínimos de observación directa cada _____ minutos <input type="checkbox"/> Suspensión de salidas de la Unidad excepto aquellas que realice bajo prescripción médica y siempre acompañado y supervisado por personal de la institución sanitaria. <input type="checkbox"/> Suspensión de participar en actividades de rehabilitación / ocio / laborterapia / otras <input type="checkbox"/> Suspensión de visitas <input type="checkbox"/> Otras medidas 	
SUSPENSIÓN DE PROTOCOLO	
Motivo de la suspensión:	
Nombre y firma del Médico responsable:	Nombre y firma del Enfermero/a responsable:
OBSERVACIONES	

ANEXO 8

ESCALA DE CAIDAS DE MORSE

VARIABLES		PUNTAJE
Historia de calda(s)	No	0
	Si	25
Diagnósticos secundarios	No	0
	Si	25
Ayuda para deambular (marque sólo una)	Ninguna/reposo en cama/asistencia	0
	Bastón, muletas, caminador	15
	Silla de ruedas	25
Venoclisis (incluye heparin lock)	No	0
	Si	25
Marcha	Normal/reposo en cama/silla de ruedas	0
	Débil	10
	Limitada	20
Estado mental	Reconoce sus limitaciones	0
	Se sobreestima u olvida sus limitaciones	15
TOTAL		

ANEXO 8



MANUAL DE GESTION DE LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE

CODIGO
M
VERSION 3.0

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

Historia de caídas. Registre el puntaje de acuerdo a la respuesta NO=0, SI=25.

Diagnósticos secundarios. Registre el puntaje de acuerdo a la respuesta NO=0, SI=25.

Ayuda para deambular. Registre el puntaje de acuerdo a la respuesta Ninguna/reposo en cama/asistencia=0, Bastón/muletas/caminador=15, Silla de ruedas=25.

Venoclisis. Registre el puntaje de acuerdo a la respuesta NO=0, SI=25.

Marcha. Registre el puntaje de acuerdo a la respuesta Normal/Reposo en cama/Silla de ruedas=0, Débil=10, Limitada=25.

Estado mental. Registre el puntaje de acuerdo a la respuesta Reconoce sus limitaciones=0, Se sobreestima u olvida sus limitaciones=15.

El puntaje totalizado presenta dos puntos de corte en función al riesgo de caída: Sin riesgo (< 24), Riesgo bajo (25-50), Y Riesgo alto (>50).

ANEXO 9

		COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE INSTRUCTIVO DEL SUBPROCESO GESTIÓN A EVENTOS ADVERSOS		
ACTIVIDADES A REALIZAR PARA LA GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS				
ACTIVIDAD	PERSONA RESPONSABLE DE DILIGENCIAR Y ENTREGAR	PERSONA RESPONSABLE DE RECIBIR E INFORMAR	TIEMPO	DOCUMENTOS
1. IDENTIFICAR EL EVENTO ADVERSO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN SEGÚN CRITERIO DE GRAVEDAD (*)	Persona responsable de la Unidad donde ocurrió el evento Adverso	Enfermera Jefe de la Unidad respectiva del paciente	Inmediato	1, Formato de Identificación del EA, según Criterio de gravedad y Descripción de la ocurrencia
2. EFECTUAR VALORACIÓN MÉDICA Y ATENCIÓN INMEDIATA DEL EA	Persona responsable de la Unidad donde ocurrió el evento Adverso	Médico Responsable del Servicio	Inmediato	
3. DESCRIBIR LA OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO	Persona responsable de la Unidad funcional donde ocurrió el evento Adverso	Enfermera Jefe de la Unidad respectiva del paciente	Inmediato	
4. REPORTAR EL EVENTO ADVERSO	Enfermera Jefe de la Unidad respectiva del paciente	Enfermera Jefe responsable del proceso transversal de enfermería en la institución	Inmediato hasta 6 horas hábiles	1, Formato de reporte del Evento Adverso
5. ANALIZAR INICIALMENTE EL EVENTO ADVERSO Y REPORTAR AL COMITÉ	Enfermera Jefe responsable de los procesos de enfermería en la institución	Secretaria del Comité de Seguridad del Paciente	Hasta 24 horas	1, Formato de análisis inicial del evento adverso reportado
6. ANALIZAR Y GESTIONAR DESDE EL COMITÉ	Comité de Seguridad del Paciente	Integrantes del Comité de Seguridad del Paciente	1 vez a la semana o en forma extraordinaria	1, Formato de Gestión individual de cada evento reportado
7. FORMULAR Y SOCIALIZAR BARRERAS DE SEGURIDAD ESPECÍFICAS Y PERMANENTES	Comité de Seguridad del Paciente	Enfermera Jefe responsable del proceso transversal de enfermería en la institución	1 vez a la semana o en forma extraordinaria	1, Formato de Gestión individual de cada evento reportado
8. REALIZAR INFORMES	Comité de Seguridad del Paciente	* Macro comité * Estadística	1 vez al mes	1, Informe de gestión del comité de seguridad del paciente (sugerencias) 2, Informe del indicador mensual
9. HACER SEGUIMIENTO AL INFORME DE GESTION	Respuesta del informe presentado	Comité de Seguridad del paciente	1 mes a partir del informe presentado al macro comité	1, Comunicación al macro comité

(*) CRITERIOS DE GRAVEDAD	
<input type="checkbox"/>	Fatal
<input type="checkbox"/>	Puso en grave riesgo la vida del paciente
<input type="checkbox"/>	Requirió hospitalización
<input type="checkbox"/>	Prolongó hospitalización
<input type="checkbox"/>	Produjo incapacidad permanente

**ANEXO 10. MANUAL PARA LA GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
EN LA E.S.E HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO**

2011

**MANUAL DE GESTION DE LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE**

EMPRESA
SAN CAMILO
CALLE 100 N.º 100-100
AVANZANDO



BlueDeep
BlueDeep 2010
01/01/2011

TABLA DE CONTENIDO

<u>INTRODUCCIÓN.....</u>	<u>209</u>
<u>MISION.....</u>	<u>210</u>
<u>VISION.....</u>	<u>210</u>
<u>POLITICA DE CALIDAD.....</u>	<u>210</u>
<u>OBJETIVOS DE CALIDAD.....</u>	<u>210</u>
<u>POLITICA DE SEGURIDAD.....</u>	<u>210</u>
<u>OBJETIVOS DE SEGURIDAD.....</u>	<u>210</u>
<u>ALCANCE.....</u>	<u>210</u>
<u>DEFINICIONES.....</u>	<u>211</u>
<u>NORMATIVIDAD.....</u>	<u>212</u>
<u>ESTRUCTURA DEL MANUAL DE SEGURIDAD DE PACIENTE INSTITUCIONAL.....</u>	<u>212</u>
<u>MODELO PARA GESTIONAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN INSTITUCIONES DE SALUD.....</u>	<u>213</u>
<u>ESTRATEGIAS PARA DESARROLLAR EL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....</u>	<u>215</u>
<u>ACCIONES A SEGUIR EN CASO DE PRESENTARSE UN EVENTO CENTINELA.....</u>	<u>239</u>
<u>ACTIVIDADES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....</u>	<u>239</u>
<u>INDICADORES INSTITUCIONALES.....</u>	<u>239</u>
<u>BIBLIOGRAFIA.....</u>	<u>243</u>

INTRODUCCION

La Seguridad del Paciente es un tema universal y ha impregnado profundamente el ejercicio moderno de la medicina, al punto que algunos la han denominado la nueva medicina del siglo XXI. Desde la Organización Mundial de la Salud hasta diversos gobiernos del mundo, así como profesionales de la salud, se ha hecho el llamado para el despliegue de los procesos de seguridad del paciente como una prioridad de la atención en salud a nivel mundial sobre la complejidad de la atención en salud antes que de la negligencia del equipo de salud.

Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad. En nuestro país existe una sólida decisión por parte del gobierno, prestadores y aseguradores de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud.

Una de las dificultades para medir los eventos adversos está dada por el temor a mantener la confidencialidad de los datos, y lo que de ellos pudiera devenir en directa relación con la responsabilidad profesional. Otro de los motivos que dificulta la objetivación de los errores es la conducta centrada en la punición personal. La concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de los eventos adversos a las deficiencias del diseño de la organización y del funcionamiento del sistema. Pero para que esta premisa se cumpla, se necesita decisión de la conducción de las organizaciones, con respecto a una clara gestión proactiva que busque aportar soluciones para las fallas en lugar de culpables de los errores.

Los usuarios de los servicios de salud mental, especialmente aquellos que se encuentran en situación de psicopatología aguda, son especialmente vulnerables a un gran número de riesgos potenciales. Estos riesgos pueden derivarse de su propia conducta, del comportamiento de otros pacientes o de los procedimientos y cuidados que reciben. El hecho de sufrir una disminución en sus capacidades cognitivas, volitivas y de introspección, aumenta aún más su vulnerabilidad.

La seguridad del paciente es un elemento clave y prioritario de la calidad. Los errores y la falta de calidad redundan en perjuicios para usuarios y profesionales y aumentan los gastos sanitarios. La mayoría de estos errores se relacionan con el entorno asistencial, por lo que es necesario ir más allá de un modelo centrado en la depuración de la responsabilidad personal y la negligencia individual es la organización en su conjunto la que requiere ser evaluada y en donde deben implementarse actuaciones de mejora.

La atención en centros de hospitalización psiquiátrica requiere de especial atención en cuanto a la seguridad de sus procedimientos y estructuras asistenciales. Podemos así considerar a las unidades de hospitalización, entornos de riesgo ya que atienden a pacientes vulnerables que en muchos casos sufren alteraciones cognitivas, del juicio de realidad y de la conducta, y que podrán ser sometidos a ingresos e intervenciones terapéuticas involuntarias (con el consiguiente riesgo de quebrar sus derechos). Algunos de estos pacientes no siguen adecuadamente los tratamientos prescritos, intentarán abandonar la unidad hospitalaria, o presentarán comportamientos suicidas o heteroagresividad. La contención mecánica, frecuente en este entorno, es una práctica de riesgo con numerosas complicaciones.

La Gerencia de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo, consciente de que la atención en salud está rodeada de riesgos, y que una vez alineados pueden originar eventos adversos, impulsa el "Manual de Gestión para la Seguridad del Paciente", cuyos pilares son la cultura del reporte de errores e incidentes, la investigación de los eventos adversos, la búsqueda de fallas en la organización y en los procesos que predisponen a la ocurrencia de errores, un ámbito de análisis del error no centrado en el individuo, la colaboración a distintos niveles jerárquicos para corregir los aspectos vulnerables y la asignación de recursos para garantizar la seguridad en forma sostenible.

MISION

"En la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo somos una organización con amplia trayectoria y liderazgo en la prestación de servicios integrales de Salud Mental en el territorio colombiano, con la calidad que garantiza la Satisfacción de nuestros Usuarios y sus familias, a través del trato humanizado, con experiencia, infraestructura y dotación idóneas, en un ambiente que nos hace altamente competitivos en el sector."

VISION

"En la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo seremos para el año 2013, una organización con los más altos estándares de calidad en la prestación de servicios integrales en Salud Mental a nuestros Usuarios y sus familias, de reconocimiento nacional con enfoque académico e investigativo."

POLITICA DE CALIDAD

"En la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo estamos comprometidos con nuestros Usuarios y sus familias, garantizando su Satisfacción por los servicios integrales ofrecidos en Salud Mental, mediante el mejoramiento continuo en todos los procesos, que asegure la Calidad total."

OBJETIVOS DE CALIDAD

- Prestar a nuestros usuarios servicios integrales en salud mental, en forma oportuna y con estándares de calidad de acuerdo con la reglamentación que se expide para dicho propósito.
- Desarrollar y fortalecer los programas de promoción y prevención en salud mental generando un mayor impacto social a la comunidad.
- Garantizar la satisfacción de los usuarios en los servicios prestados por la entidad.
- Lograr el mejoramiento continuo en la gestión.
- Contar con proveedores que garanticen productos y servicios confiables y de buena calidad.
- Fomentar una cultura de responsabilidad con el medio ambiente dentro de la entidad.

- Gestionar los recursos económicos para la prestación de los servicios, mejorando la eficiencia operacional.

- Garantizar que se cuente con la infraestructura adecuada para la prestación de los servicios ofrecidos por la entidad.
- Generar y fortalecer las competencias del talento humano.
- Incrementar la satisfacción del talento humano.

POLITICA DE SEGURIDAD

"La E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo mediante la constante gestión de un ambiente seguro, garantiza la seguridad física y mental del paciente y su familia, por medio de la identificación y prevención de los riesgos en la atención integral".

OBJETIVOS DE SEGURIDAD

- Prevenir y evitar los eventos adversos, identificarlos y gestionarlos cuando estos se presenten.
- Articular el Modelo de Gestión de Seguridad del paciente con el Comité de Seguimiento a Riesgos.
- Involucrar al personal asistencial, pacientes y a sus familias para que sean conscientes de los riesgos que existen en la atención, para promover atenciones seguras, prevenir incidentes y minimizar las consecuencias.
- Promover herramientas prácticas dentro de la institución para garantizar la seguridad del paciente (Inspecciones y rondas de seguridad).
- Garantizar la gestión en los procesos asistenciales, para favorecer la cultura de la seguridad clínica y del reporte, la adherencia a las guías de manejo, para procurar mejoramiento continuo y disminuir la ocurrencia de eventos adversos en la prestación del servicio. Estandarización de procesos clínicos disminuyendo su variación y estandarización con base en evidencia científica.

ALCANCE

Este manual abarca todas las actividades relacionadas con el monitoreo y verificación diaria

en cada servicio de la ocurrencia de incidentes o complicaciones, la investigación, clasificación y análisis de las causas que favorecieron u ocasionaron la ocurrencia del evento, el establecimiento, definición y seguimiento de las acciones de mejora de atención y que promuevan una cultura que garanticen un entorno de seguridad para el paciente.

DEFINICIONES ^{T.M.V}

Seguridad del paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por prevenir y minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o minimizar sus consecuencias.

Atención Segura: Aquella que incorpora la mejor evidencia clínica disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de maximizar los resultados y minimizar los riesgos.

Indicio de atención insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso.

Falla de la atención en salud: Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación y ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

Eventos Adversos: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles o no prevenibles.

- **Evento Adversos Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría

evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

- **Evento Adverso no Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Evento centinela: Es un tipo de evento adverso en donde está presente una **muerte** o un **daño físico o psicológico serio de carácter permanente**, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o un cambio permanente de estilo de vida.

Incidente: Es un evento o circunstancia que se sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los proceso de atención.

Complicación: Es el daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

Sistema de gestión del Evento Adverso: Se define como el conjunto de herramientas, procedimiento y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

Acciones de Reducción del Riesgo: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

Acción Insegura: Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un

incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras. Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:

1. La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

Ejemplos de acciones inseguras:

1. No monitorizar, observar o actuar.
2. Tomar una decisión incorrecta.
3. No buscar ayuda cuando se necesita.

Factor Contributivo: Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura:

- Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones.
- Ausencia de protocolos.
- Falta de conocimiento o experiencia.
- Mala comunicación entre los miembros del equipo asistencial.
- Carga de trabajo inusualmente alta o persona insuficiente.

Violación de la seguridad de la atención en salud: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

Barreras de seguridad: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

NORMATIVIDAD

Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 Ministerio de la Protección Social

Decreto 1011 de 2006 el Ministerio de la Protección Social definió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

La Resolución 1445 de 2006 estableció el Sistema Único de Acreditación.

Circular 030 De 19 De Mayo de 2006 Superintendencia Nacional de Salud Imparte instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud.

Resolución 2679 de 2007 se conformó el Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud

El Ministerio de la Protección Social expidió desde Junio de 2008 los "Lineamientos para implementación de la Política de Seguridad del Paciente"

Resolución Número 1446 de 2006 (8 De Mayo De 2006) del Ministerio de la Protección Social 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

ESTRUCTURA DEL MANUAL DE SEGURIDAD DE PACIENTE INSTITUCIONAL ¹⁰

Conjunto de conceptos, lineamientos y herramientas que tienen como propósito el mejoramiento de los procesos clínicos y de apoyo en las organizaciones que prestan servicios de salud, enfocados en la seguridad de los pacientes, propiciando entornos seguros.

El Manual de Gestión para la Seguridad del Paciente, debe garantizar una atención segura en la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo, a los usuarios, a través de 4 componentes fundamentales:

1. Seguridad Clínica: Todas las acciones encaminadas a garantizar seguridad a nuestros pacientes (Guías de manejo, adherencia a protocolos)

2. Farmacovigilancia: Actividades relacionadas con el reporte, análisis y prevención de todos aquellos PRM (Problemas relacionados con los medicamentos)

3. Tecnovigilancia: Es el conjunto de actividades que tienen por objeto la identificación y la

cuantificación de efectos indeseados producidos por los dispositivos médicos, así como la identificación de los factores de riesgo asociados a éstos efectos o características relacionados con éste riesgo, con base en la notificación, registro y evaluación sistemática de los problemas relacionados con los dispositivos médicos, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de los mismos para prevenir su aparición.

4. Ambiente Físico: Entorno seguro que garantiza control de riesgos y prevención de eventos adversos, con el objetivo de mejorar la calidad y la seguridad en la prestación de servicios de salud.

El Manual de Gestión para la Seguridad del Paciente, tiene como propósito lograr una atención segura, en un entorno con dos componentes: procesos seguros y cultura de seguridad; además debe conducir a la implementación de acciones específicas, utilización de herramientas prácticas y a obtener resultados concretos. Para asegurar la efectividad del modelo, deben desarrollarse programas y proyectos centrados en la especialidad de pacientes que se atienden; toda vez, que estos, representan el principal foco de atención y en consecuencia será posible el logro de resultados prácticos y demostrables.

Para que el modelo funcione se deben estandarizar los conceptos, socializar la política de seguridad, las estrategias los componentes y las herramientas utilizadas para reducir los riesgos y mejorar los resultados en el paciente, brindando atención en un entorno seguro y generando y manteniendo una cultura de seguridad. Instituir una cultura de seguridad del paciente – cultura justa, institucionalizar el reporte no punitivo, practicar la confidencialidad, educar a los funcionarios, al paciente y a su familia en los conceptos de seguridad, reducir la incidencia de errores y de eventos adversos y crear o fomentar un entorno seguro en la atención.

MODELO PARA GESTIONAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN INSTITUCIONES DE SALUD ^{11,12}



El modelo de gestión de seguridad del paciente desarrollado se origina en el propósito de lograr una atención segura, en un entorno con dos componentes: procesos seguros y cultura de seguridad. Estos dos elementos son dependientes y deben darse de manera continua y paralela en el tiempo y apalancarse mutuamente. No se logra implementar procesos seguros sin una cultura organizacional que los sustente. Y una cultura de seguridad no tiene ningún efecto si no cuenta con procesos hacia los cuales dirigir los esfuerzos. Ambos elementos deben partir de una plataforma estratégica, en la que se identifiquen de manera explícita políticas de calidad y de seguridad del paciente. A partir de esta se define un enfoque de intervención coherente con ella, con las prioridades institucionales y con las políticas de calidad y seguridad.

El modelo es el referente conceptual y metodológico para implementar sistemáticamente, en una institución de salud, un conjunto articulado de conceptos, políticas, estrategias y herramientas, que se potencia para, deliberadamente, reducir los riesgos y mejorar los resultados en el paciente, brindar la atención en un entorno seguro y generar y mantener una cultura de seguridad.

El modelo para el mejoramiento de procesos asistenciales conjuga varios conceptos y tendencias actuales de gestión en salud y de calidad de la atención, tanto mundiales como de los desarrollados en el sistema de salud colombiano. El

primero de ellos es el concepto *gestión integral por la calidad*.

El concepto de gestión integral por la calidad, concebido hace alrededor de quince años, ha sido el sustento conceptual para generar herramientas de evaluación y mejoramiento en el sector salud en Colombia. Particularmente, a partir de este se fundamentó el tema que hoy es el eje central de la calidad del sistema de salud y desarrolla el principio de calidad, que con la eficiencia, la equidad y la universalidad, es el principio que orienta el sistema de salud colombiano: el Sistema de Garantía de Calidad.

La estructura del modelo no implica una secuencia. Cada componente del modelo tiene su propio desarrollo y debe superponerse e interactuar en el tiempo. Si bien una buena manera de iniciar es mediante la formulación de las directrices y políticas institucionales para permear la cultura, no es viable esperar a desplegar la política y evaluarla en su totalidad para poder desarrollar los procesos y estándares o tener una cultura muy fuerte para poder generar un reporte. De manera que es necesario formular, desplegar y evaluar la política de manera concomitante con el diseño medición e intervención en los procesos. Así mismo, la política de seguridad y la gestión de procesos deben influir en la transformación de la cultura.

La secuencia de implementación del modelo desarrollado en este manual se condensa en cuatro grandes pasos, que incluyen las acciones y recomendaciones del IHI y del NHS, así como la implementación de todas las herramientas relacionadas en la estructura del modelo. Estos cuatro grandes pasos son:

1. Planeación y preparación institucional.
2. Priorización y definición del foco.
3. Análisis y medición.
4. Intervención.

Planeación y preparación institucional

La *planeación* incluye la decisión de la alta gerencia; la formulación, despliegue y difusión de las políticas y de las directrices para su implementación; la definición de expectativas y de roles para involucrar a todos los actores; la revisión

de recursos disponibles, y la socialización y sensibilización.



Priorización y definición del foco

La priorización y definición del foco incluye la revisión de las prioridades institucionales, la identificación de los procesos existentes, la selección del producto o proceso que se va a intervenir, la conformación y entrenamiento del equipo de salud responsable, la selección de la actividad o patología que se va a intervenir y la selección del indicador o indicadores que se espera modificar.



Análisis y medición

La etapa de análisis y medición incluye la medición inicial (línea de base), precisión del foco y, si es necesario, la definición de metas, la medición de cultura, la implementación de herramientas de análisis prospectivo - como el análisis modal de fallos y efectos (AMFE) - y retrospectivo - como los sistemas de reporte, el análisis de casos y los análisis causales - y la retroalimentación a los equipos de salud.



Intervención

La fase de intervención incluye el diseño del plan de mejoras, la prueba del estándar, el seguimiento a la línea de base, la estandarización definitiva, el reentrenamiento, la difusión de logros, la implementación de herramientas de intervención en cultura y el desarrollo de acciones para involucrar al paciente y su familia.



ESTRATEGIAS PARA DESARROLLAR EL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ¹²

Identificación de Eventos Adversos y de Errores

Reporte del Evento Adverso. El reporte de los eventos adversos nos ayuda a mejorar el conocimiento que existe en relación con la seguridad del paciente. El reporte responsabiliza al equipo a evitar que este tipo de evento adverso vuelva a repetirse. Es importante por la información que aporta para el análisis del caso. Se garantiza la confidencialidad del personal que realice el reporte y el trato justo del mismo ⁷.

Los eventos adversos objeto de reporte son:

- Caídas de Pacientes
- Fugas de Pacientes
- Problemas relacionados con Medicamentos
- Suicidios
- Intentos de Suicidio
- Intento de Homicidio
- Maltrato o Agresiones
- Abuso sexual
- Muerte
- Consumo de sustancias
- Reingresos
- Infecciones Intrahospitalarias

Este reporte deberá realizarse en el formato diseñado para este fin. (Anexo N°1)

Análisis del Evento ¹⁸

El propósito del análisis es identificar la cadena de eventos que llevaron a que se presentaron o que pueden llevar a que se presenten eventos adversos en la atención que realiza la institución.

Existen dos modelos para llevar a cabo este análisis. Uno es el análisis Prospectivo, el cual debe realizarse por el equipo interdisciplinario constituido por los profesionales de la institución de forma previa a la ocurrencia del evento adverso, y será desarrollado por medio de la metodología AMFE o Análisis de Modo de Fallos y Efectos. El otro modelo es Análisis Retrospectivo, el cual identificará la cadena de eventos que llevaron a que se presentara un evento adverso, el cual se desarrollará por medio de la metodología de Análisis de Causa Raíz.

Para desarrollar la metodología de AMFE, el equipo de trabajo conformado realizará el registro de las fallas, las causas, los efectos, la frecuencia, la severidad y la probabilidad de detección, y se obtendrá el índice de criticidad con los valores establecidos (Anexo N°2)

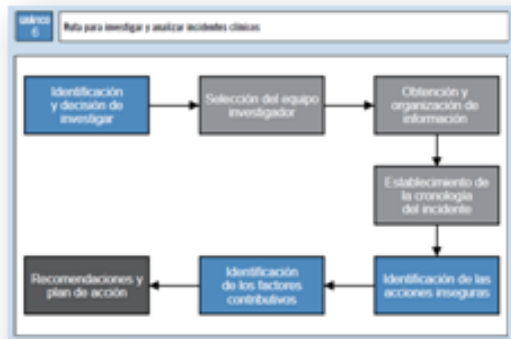
Para el Análisis de Causa Raíz primero se debe identificar si efectivamente se produjo un daño en el paciente de acuerdo al siguiente algoritmo.



I

Posterior a la decisión de investigarse establece la Ruta de Investigación del incidente clínico (evento adverso o error). El proceso básico de investigación y análisis está bastante estandarizado. Fue diseñado pensando en que sea útil y pueda usarse

tanto en incidentes menores como en eventos adversos graves.



La decisión acerca de lo extenso y profundo de la investigación depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional:

1. Identificación y decisión de investigar.
2. Selección del equipo investigador.
3. Obtención y organización de información.
4. Las declaraciones y observaciones inmediatas son muy valiosas, siempre y cuando se orienten a obtener el tipo de información que se desea tener.
5. Entrevistas personales para obtener información de las personas involucradas.

Protocolo de Entrevista

1. Precise la cronología del incidente. Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la historia clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuándo ocurrió. El equipo investigador tiene la responsabilidad de identificar cualquier discrepancia entre las fuentes. Es útil familiarizarse con algunas de las siguientes metodologías para precisar las cronologías:

- a. Narración. Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo ocurrido, que permite entender cómo sucedieron los hechos y cuál fue el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados.
- b. Diagrama. Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático. Puede ser útil ilustrar la secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos, y compararla con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el incidente.

2. Identifique las acciones inseguras. Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al incidente clínico, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras. Es probable que algunas se hayan identificado durante las entrevistas o como producto de la revisión de la historia clínica. Sin embargo, es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras. La gente que de alguna manera participó en el incidente usualmente es capaz de identificar el motivo por el cual ocurrió. El facilitador debe asegurarse de que las acciones inseguras sean conductas específicas—por acción o por omisión—en lugar de observaciones generales acerca de la calidad de atención. Es fácil encontrarse con afirmaciones como "mala comunicación" o "trabajo en equipo deficiente", las cuales pueden ser características reales del equipo, pero que corresponden a factores contributivos más que a acciones inseguras. Aunque en la práctica las acciones inseguras y los factores contributivos se

Tabla 5 Protocolo de entrevista	
Objetivo	Prevenir y mitigar, luego del año desde ocurrió el incidente. El entrevistado puede estar acompañado por quien desee.
Objetivo y propósito	Explicar al entrevistado el motivo de la entrevista. Citar el hecho correspondiente y los datos de caso. Garantizar que lo que diga se usará con el objeto de mejorar y no a mantenerse luego de ello, confidencialidad.
Establecer la cronología del incidente	Identificar el punto del entrevistado en el incidente o episodio al inicio de su participación. Establecer con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él lo veió, o como él lo entendió con la información general que se conoce hasta el momento.
Identificar las acciones inseguras	Explicar al entrevistado el significado de término acción insegura o hecho al concebirlo con un ejemplo diferente al caso que se investiga. Invitar al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, de preferencia por el equipo de su estudio. Cuando los protocolos no necesariamente facilitan identificar las acciones e recomendaciones específicas, preguntar que en la práctica él/ella se acordaría algún grado de certeza.
Identificar los factores contributivos	Explicar al entrevistado el significado de término factor contributivo e invitar la identificación sistemática mediante preguntas estructuradas. Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo preguntarle si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
Cierre	Preguntar que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.

mezclas, es aconsejable no explorar estos últimos hasta que la lista de las primeras esté completa.

3. Identifique los factores contributivos. El paso siguiente es identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras, es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una, dado que tienen su propio conjunto de factores contributivos. Es posible que cada acción insegura esté asociada a varios factores. Por ejemplo: desmotivación (individuo), falta de supervisión (equipo de trabajo) y política de entrenamiento inadecuada (organización y gerencia).



4. Recomendaciones y plan de acción. La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones, cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas. El plan de acción debe incluir la siguiente información:

- a. Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
- b. Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
- c. Asignar un responsable de implementar las acciones.
- d. Definir tiempo de implementación de las acciones.
- e. Identificar y asignar los recursos necesarios.
- f. Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- g. Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.

h. Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

El equipo investigador debe ser realista en cuanto a las recomendaciones que propone con el fin de que se traduzcan en mejoramientos comprobables por toda la organización. Cuando se plantean es aconsejable tener en cuenta su complejidad, los recursos que requieren y el nivel de control del que dependen. En ese orden de ideas, se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control del que depende: individual/grupal, local (equipo), departamento/dirección/organización / autoridad gubernamental y asignar personas con el estatus administrativo y gerencial adecuado para garantizar su ejecución. De esta manera se promueve la cultura de seguridad, pues la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramientos, entiende su importancia y se apropia de él.

INTERVENCIONES

Con base en estas actividades se pueden definir intervenciones específicas que permitan prevenir o evitar la ocurrencia de eventos adversos. Así, las acciones que se diseñen deben responder de manera específica a los eventos, errores y factores contributivos identificados.

Planes de mejora y barreras de seguridad.

Para el diseño e implementación de planes de mejora y barreras de seguridad se utilizará una herramienta denominada *5W1H* (*What, Who, When, Where, Why, How*), la cual a partir de las causas de los problemas (errores y eventos adversos) pretende definir cuál es la intervención que se va a implementar (Qué), quién es la persona responsable de implementarla (Quién), en qué momento o cuál es la fecha final para implementarla (Cuándo), el lugar en que se debe implementar (Dónde), cuál es el propósito de la intervención (Por qué) y la descripción en detalle de la acción o intervención que se va a desarrollar (Cómo). Nótese que el objetivo es bloquear la causa, de manera que las intervenciones no buscan corregir los eventos, sino sus causas.

SE INFORMA	SE DEFINEN	SE ESTABLECE	SE COMUNICA	SE EVALUA	SE MEJORA
---------------	---------------	-----------------	----------------	--------------	--------------

Intervenciones alrededor del paciente ¹⁶

Es frecuente que las instrucciones de los profesionales a los pacientes sean entendidas parcialmente, con resultados a veces nefastos para los resultados esperados. Existen reportes en los que la apropiación de información por parte de paciente con un alto nivel sociocultural no supera el 60%:

- 26% de los pacientes no entendieron cuándo se programó su próxima cita.
- 42% de los pacientes no entendieron las instrucciones de "tomar la medicación con el estómago vacío".
- Más del 78% interpretaron mal las advertencias de etiquetas de prescripción de los medicamentos.

Una técnica sencilla para asegurarse de que los pacientes entienden lo que el médico les ha dicho es consiste en pedir a los pacientes que expliquen o demuestren lo que les acaban de decir. Por ejemplo, el médico puede decir: "por favor, explíqueme cómo se va a tomar su medicación, de manera que yo pueda asegurarme que le he explicado correctamente" o "cuando llegue a su casa, su esposa le preguntará que le dijo el médico, ¿qué le dirá a su esposa?". No le pregunte al paciente: ¿me entendió? En cambio, pida a los pacientes que expliquen o demuestren cómo van a seguir el tratamiento o la intervención recomendada.

Si el paciente no lo explica correctamente, asuma que usted no lo ha provisto de la educación adecuada. Reanésele la información usando aproximaciones alternativas.



Intervenciones alrededor del miembro del equipo de salud.

Las intervenciones alrededor del equipo de salud se dirigen a controlar los slips y los mistakes. En los últimos, la intervención obvia se dirige a entrenar a los profesionales en las intervenciones en salud y en los protocolos institucionales. Por otra parte, para abordar los slips, las intervenciones están dirigidas a evitar depender de la memoria de los profesionales. Para ello se utilizan herramientas como las listas de chequeo.

Intervenciones alrededor de los procedimientos, procesos y tareas

- Se debe contemplar la posibilidad del error humano, y más que desconocer o evitar los errores, es indispensable tener en cuenta el diseño de estrategias que esperan que sucedan los errores y los bloquean antes de que alcancen al paciente.

- Es importante recordar que existen estrategias de prevención, de detección oportuna, pues a veces solamente se cuenta con estrategias de mitigación del daño. El diseño del proceso debe incluir el diseño y el entrenamiento de la respuesta correcta a los errores.

Por supuesto, el objetivo es la estandarización de los procesos y procedimientos, para eliminar la variabilidad innecesaria. Es importante que la estandarización cumpla ciertos criterios:

- Los estándares deben ser simples. La revisión y ajuste de procesos debe buscar reducir la complejidad de los procesos, así como el número de personas en la cadena de acción. No obstante,

hay procesos complejos que deben mantenerse así. No se debe exagerar en funciones forzadas o en la simplificación, lo complicado tiene que seguir siendo complicado.

- Para el rediseño o ajuste de procesos, la referenciación es una herramienta útil. La mayor parte de los problemas que se enfrentan, seguramente, los ha enfrentado alguna organización en alguna parte. La literatura hoy disponible es muy abundante y de fácil acceso.

- La herramienta por excelencia para el rediseño de procesos clínicos y protocolos de atención es la evidencia científica.

- La estandarización de los procesos debe acompañarse de la estandarización de la tecnología y de los equipos utilizados en la institución.

- Además de que los procesos sean simples, debe buscarse que la manera de ilustrarlos sea clara y de fácil entendimiento, en especial para el diseño de algoritmos y estrategias de entrega visual de la información de los procesos. Es preferible el uso de gráficos y listados de pasos, que extensos documentos que pocas veces se consultan. Debe reducirse la necesidad de realizar cálculos (por ejemplo, establecer cálculos con tabulaciones preestablecidas para la formulación de medicamentos).

- Igualmente, asegurarse de la fácil disponibilidad y acceso de los miembros del equipo de salud a la consulta de los procesos y procedimientos.

- Debe buscarse depender lo menos posible de la vigilancia. Son mucho más efectivas las acciones de asistencia técnica, entrenamiento y accesibilidad a documentos de fácil consulta que promuevan la responsabilidad de los profesionales en las intervenciones de seguridad. El exceso de vigilancia crea la falsa sensación de que las acciones de seguridad están a cargo de otra instancia.

Intervenciones alrededor del entorno y la tecnología "

En el contexto del entorno, dentro de los factores contributivos, se contemplan aspectos como el entorno de trabajo de los equipos de salud y las condiciones que rodean la atención del paciente,

como dotación de equipos, dispositivos y tecnología, infraestructura física e insumos y suministros. En este contexto es muy relevante gestionar la administración de medicamentos, sabiendo que los principales y más críticos eventos son los eventos adversos medicamentosos.

Implementación y seguimiento

Una vez diseñadas las barreras de seguridad y los planes de mejoramiento, deben implementarse. Para ello es clave el entrenamiento de las personas responsables de su ejecución.

El seguimiento es necesario llevarlo a cabo con las mediciones subsecuentes del indicador o línea de base definido y realizado durante la fase de medición. El objeto de la intervención es reducir y prevenir eventos adversos y errores, de manera que el real seguimiento a la intervención se realiza vigilando el comportamiento del indicador.

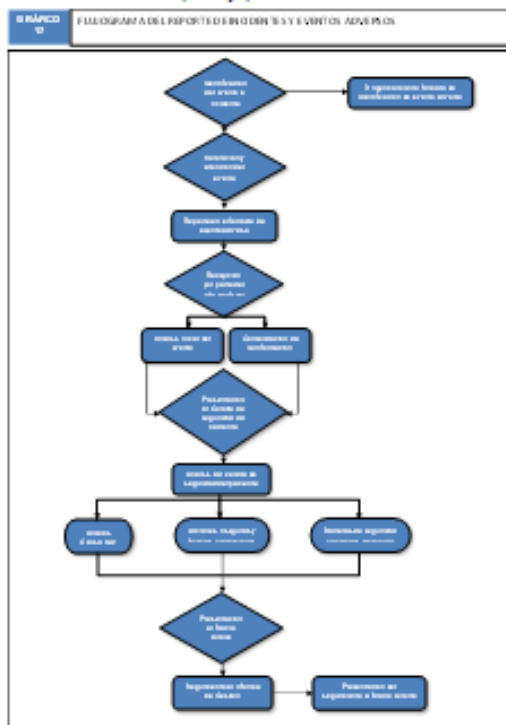


Aprendizaje organizacional

La evaluación de la implementación de las intervenciones formuladas debe ser parte de todo el proceso de aprendizaje. Si no se ha logrado realizar la intervención, se deben analizar las acciones que han impedido ejecutar estas intervenciones. Si por el contrario, se ha logrado implementar de forma exitosa la intervención, se podrá establecer como un estándar, el cual requiere socializarse e implementarse para que las modificaciones se mantengan durante el tiempo.

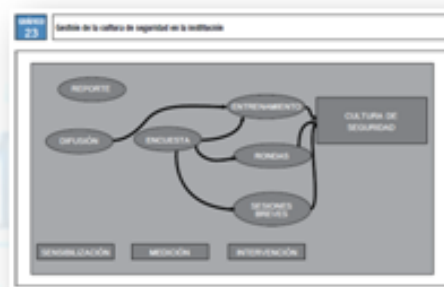
Además, la creación de espacios donde se difundan los logros institucionales y se discutan las mejoras que se han conseguido con todo el

proceso, deben volverse rutinarias y reemplazar las reuniones de culpas y problemas.



La cultura justa, respecto a la seguridad del paciente, debe ser parte de la estrategia, misión, visión, objetivos, indicadores, proyectos y forma de trabajar, de hablar con colegas y supervisores acerca de eventos adversos; así mismo, debe ser abierta entre pacientes, personal y público cuando suceden eventos adversos y para explicar lecciones aprendidas. También debe ser imparcial en su trato y apoyo al personal cuando sucede un evento adverso.

Los tres elementos en el modelo para desarrollar una cultura de seguridad son: procesos de sensibilización, medición de la cultura e intervención en los factores clave.



Cultura de seguridad 18-21

Se define cultura como un patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en las creencias y valores compartidos, que continuamente busca minimizar el daño al paciente que puede resultar de los procesos de atención en salud.

La cultura justa es un ambiente donde los errores no se personalizan y, en cambio, se facilita el análisis de los procesos, se corrigen las fallas de los sistemas y se construye una organización confiable.

Así mismo, es un ambiente donde aquel quien reporta un incidente no es culpado ni castigado, sino recompensado; un ambiente donde quien no reporta es castigado, no por el incidente, sino por el ocultamiento; un ambiente donde se habla desprevenida de los errores y se aprende de ellos. No se pregunta quién, sino qué.

Sensibilización. Un primer paso hacia la cultura de la seguridad es lograr la sensibilización y la difusión de las políticas, estrategias y herramientas institucionales en los clientes internos de la organización. El propósito es "enganchar" a los colaboradores de la institución en las políticas y estrategias institucionales de seguridad del paciente. Igualmente, se busca discutir los temores y revertirlos cuando son injustificados, entender las prevenciones y trabajar en ellas con el personal. Es una forma inicial de entablar el diálogo (horizontal y vertical) entre los diferentes ámbitos y procesos institucionales que, a la postre, se volverá permanente.

Es importante que dentro de la política institucional y la filosofía este inmerso este concepto, se debe orientar el personal en las prioridades de esta política, cuáles son sus labores dentro de su

manual de funciones, transmitir los conceptos claves dentro del tema de seguridad del paciente; las herramientas, recursos que se van a implementar, los resultados y estándares esperados, y la retroalimentación en la consecución de logros.

Se debe tener en cuenta dentro de esta sensibilización al personal tanto asistencial como administrativo, los líderes que puedan haber dentro de la institución y que sean facilitadores, los medios que se van a usar para esta sensibilización, y una evaluación de los conocimientos que existen al respecto.

Intervención y transformación de la cultura. Las intervenciones para transformar la cultura de la seguridad, que logren crearla y mantenerla, así como mejorarla en el tiempo, requieren constancia, creatividad y, especialmente, la obligación de que esté presente en la rutina diaria de los procesos de prestación de servicios de salud.

Para este objetivo se utilizarán dos herramientas:

Sesiones breves de seguridad. Se realizan en las áreas asistenciales. Consisten en reunir al personal del servicio, durante las entregas de turno, tres veces por semana para discutir cualquier tema relacionado con la seguridad, entre ellos condiciones inseguras en cuanto al uso de medicamentos, caídas, equipos e instrumentos. Además, también se desarrollarán antes del inicio de cualquier terapia ~~electroconvulsiva~~, para garantizar que el protocolo es claro y conocido por todos, y que están todos los elementos necesarios en el momento y lugar que se requiere.

El personal debe entender que el propósito de esta actividad es generar conciencia acerca de asuntos de seguridad, nunca criticar el desempeño de los individuos ni, mucho menos, detectar fallas para sancionarlos. Debe garantizarse que la información que se está compartiendo no se grabará ni usará de manera punitiva. Igualmente, debe estimularse la participación de todos los asistentes mediante preguntas abiertas, si no hay contribuciones espontáneas. Quien las está conduciendo debe tratar de detectar a aquellas personas que quieren

decir algo, pero no se atreven. Es crucial que se implementen cambios basados en las sesiones breves de seguridad, con el fin de que los asistentes se convencen de su utilidad.

Rondas de seguridad. Las rondas de seguridad son una excelente oportunidad para demostrar que el compromiso organizacional con la generación de una cultura de seguridad es muy serio.

Los propósitos de las rondas de seguridad son:

- Demostrar compromiso con la seguridad.
- Fomentar el cambio cultural frente a la seguridad.
- Identificar oportunidades de mejoramiento de la seguridad.
- Establecer líneas de comunicación acerca de la seguridad entre líderes, ejecutivos y personal asistencial.
- Comprobar los mejoramientos de la seguridad de los pacientes.



Estas rondas de seguridad deben ser lideradas por los Gerentes, Directores y Jefes, quienes tienen que asumir esta responsabilidad indelegable.

Las rondas de seguridad se deben realizar una vez por semana y deben durar una hora. No es aconsejable hacerlas con una frecuencia mayor, ni más prolongadas. Es recomendable evitar las cancelaciones y ser muy estricto en cuanto a día de la semana, hora del día y tiempo de duración, para demostrar que se trata de una actividad prioritaria y facilitar la programación de las agendas.

Se recomienda sesionar siempre en el mismo lugar y que los asistentes sean siempre los mismos.

Es necesario iniciarlas explicando muy bien el objetivo que persiguen, su enfoque en la seguridad de los pacientes y, de manera importantísima, su carácter no punitivo y confidencial. Afirmaciones como las siguientes son útiles, siempre y cuando se pronuncien con convencimiento y haya decisión irrevocable de convertirlos en realidad:

- o Estamos empeñados en tener una organización con comunicación abierta, libre de inculpaciones, porque de esta manera podemos hacer el trabajo de todos más fácil y generar un entorno seguro para ustedes y sus pacientes.
- o Estamos enfocados en mejorar el sistema, no en castigar a las personas.
- o Las discusiones que vamos a tener son confidenciales. Su propósito es mejorar la seguridad de los pacientes. Lo que hablemos no saldrá del grupo.

Para romper el hielo y facilitar la conversación acerca de errores y eventos adversos es aconsejable abordar el problema de manera sutil, sin intimidar a las personas, y, en cambio, generarles confianza.

Es muy poco probable que en la primera sesión haya colaboradores dispuestos a relatar errores o eventos adversos en los que ellos o sus compañeros presentes estuvieron involucrados.

Una estrategia efectiva consiste en lanzar preguntas de la manera más desprevenida posible, que faciliten comenzar a hablar de situaciones inseguras que han ocurrido recientemente. Los siguientes son ejemplos de este tipo de interrogantes:

- ✓ ¿Alguien recuerda alguna circunstancia que haya causado la prolongación de la estancia de un paciente en los últimos días?
- ✓ ¿Ha habido alguna situación que pudo haber terminado en lesión de un paciente?
- ✓ ¿Alguien recuerda alguna circunstancia reciente en la cual un paciente haya resultado lesionado?
- ✓ ¿Qué condiciones pueden estar facilitando la producción de lesiones a los pacientes?

- ✓ ¿Hay algo que yo pueda hacer para reducir el riesgo de que un paciente resulte lesionado?
- ✓ ¿Hay alguna falla del sistema que afecte su trabajo de manera sistemática?

Es crucial que las personas que participaron en la actividad sepan que los temas que se discutieron van a producir mejoramientos en la seguridad de los pacientes. De no ser así, pueden sentir que sus aportes son inútiles, y su presencia, una pérdida de tiempo. Frases como las siguientes pueden contribuir a este objetivo:

- o Vamos a trabajar para mejorar con la información que hemos obtenido hoy.
- o Por favor, cuénteles a dos personas cercanas los conceptos que hemos discutido hoy.



Las metas que se tendrán como propósito de estas rondas de seguridad serán:

- ✓ Que el 100% de los colaboradores esté convencido de que la política no punitiva frente a eventos adversos está activa y funciona.
- ✓ Que el reporte de eventos adversos en general y medicamentosos aumente en un 400%.
- ✓ Cada líder de grupo implementará cuatro cambios por año con base en información obtenida, al menos en parte, durante las rondas de seguridad.
- ✓ Al menos el 80% de los directivos reconocerá que ha cambiado su actitud frente a errores y eventos adversos como resultado de las rondas.
- ✓ Que los eventos adversos disminuyan en un 50%.

Las medidas de éxito serán los indicadores que se establezcan para tal fin.

EVENTOS ADVERSOS OBJETO DE REPORTE ²²

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

a) *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.

b) *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.

c) *Estandarización y protocolización de las situaciones de riesgo.* Que serán las que de forma detallada se describen a continuación.

Contención Mecánica

La contención mecánica 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.

Como consecuencia de la 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 inmovilizaciones deberían utilizarse tan infrecuentemente como sea posible y con las técnicas menos restrictivas posibles.

Además, existen factores que pueden contribuir a aumentar el riesgo de muerte o EAs graves:

- Inmovilización de pacientes fumadores.
- Inmovilización en posición supina, ya que predispone al riesgo de bronco aspiración.
- Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia.
- Inmovilización a pacientes que se encuentran en una habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario.
- Inmovilización de pacientes con deformidades.

Estrategias para disminuir el riesgo de las inmovilizaciones.

- 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 inmovilizado.

- 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 levantarse de la cama.

- Si está en decúbito prono asegurar que las vías aéreas 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.

Esta atención relacionada con la contención mecánica, tendrá un formato de notificación y seguimiento (Anexo 3).

Suicidios y autolesiones

Según el informe "Con la seguridad en mente" ⁴⁴, el comportamiento autolesivo es el tercer tipo más común de incidentes notificados en los hospitales

psiquiátricos británicos (17,3% de los casos). La mayoría se notifican desde unidades de hospitalización. Las autolesiones no siempre son reportadas. La proporción de estos incidentes que terminan en fallecimientos es menor al 5%.

Los métodos más frecuentes de autolesión son, por este orden, los cortes autoinfligidos, estrangulamiento/ ahorcamiento, sobredosis, quemaduras, golpes contra la pared o el mobiliario y otros. Los pacientes hospitalizados tienen un alto riesgo de suicidio, así como los que están recién dados de alta ⁴⁵.

Se considera que alrededor de un tercio de los suicidios consumados en pacientes hospitalizados podrían haberse prevenido. La observación, los chequeos rutinarios y la vigilancia por el personal y otros pacientes son intervenciones clave para la prevención del suicidio.

La mayoría de los suicidios consumados se producen en los dormitorios o cuartos de baño y el ahorcamiento o estrangulamiento es el método más frecuente (la ligadura más utilizada fueron los objetos de vestir); generalmente parece existir una firme determinación en el intento y planificación del mismo.



De este informe se puede concluir que:

- Los servicios de salud mental deben poner en marcha estrategias de prevención del suicidio y monitorizar su implementación; además deben auditar las unidades de hospitalización para detectar riesgos ambientales y buscar las acciones preventivas posibles.
- El personal debe desarrollar relaciones terapéuticas basadas en la confianza con los

usuarios de tal manera que se fomente la comunicación y colaboración.

- iii. Se debe realizar una valoración de riesgo suicida a todos los pacientes ingresados, especialmente si existen antecedentes personales o familiares de autolesiones o suicidio.
- iv. Aunque un pequeño porcentaje de las autolesiones no suicidas son fatales, aparecen en un alto porcentaje de incidentes de seguridad del paciente y deben ser objeto de preocupación y abordaje en el contexto de los planes de seguridad del paciente.

Estrategias para minimizar el riesgo de suicidio en pacientes hospitalizados.

Las estrategias de mejora en este campo están basadas en:

- Evaluación del paciente.
- Aspectos estructurales.
- Aspectos organizativos.

El riesgo de suicidio debería considerarse en todos los receptores de prestaciones sanitarias. En aquellas poblaciones con un riesgo incrementado de conductas suicidas, esta evaluación debe ser sistemática y exhaustiva (antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano). La identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos).

Los principales métodos de suicidio en pacientes hospitalizados son el ahorcamiento seguido de la precipitación, siendo el cuarto de baño y la propia habitación los escenarios más habituales. El entorno asistencial debe estar diseñado de tal forma que evite físicamente la posibilidad de que los pacientes se hagan daño a sí mismos, además de facilitar la supervisión de los enfermos.

En cuanto a los elementos organizativos se pueden destacar los siguientes:

- Elaborar sistemas protocolizados de evaluación de pacientes.
- Ubicar al paciente en la Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.

- Proporcionar orientación y formación a los profesionales.

- Establecer sistemas estructurados de recogida y transmisión de información entre los profesionales sobre la situación y riesgo de los pacientes.

- Establecer sistemas de monitorización / observación de los pacientes en riesgo de suicidio.

- Informar y educar a familiares y amigos sobre factores de riesgo y medidas preventivas.

Se deben explicitar medidas generales y específicas de prevención de la conducta suicida en el contexto de un protocolo de intervención ante el riesgo suicida.

Medidas generales de prevención de la conducta suicida.:

- Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en la unidad elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.

- Los despachos y otras dependencias permanecerán cerrados en los turnos de tarde y noche, y no deben contener muestras o restos de medicamentos.

- El botiquín / farmacia de la unidad permanecerá en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.

- El carro de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes.

- En los momentos de las comidas, tanto en la entrega como en la retirada de la misma, los auxiliares de enfermería procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.

- Se atenderá a las recomendaciones estructurales sobre seguridad del paciente.

- En todos los pacientes existirá una reevaluación pomenorizada y periódica del riesgo suicida, de modo especial en el caso de antecedentes autolesivos.



Medidas específicas de prevención de la conducta suicida:

- Implican la existencia y activación del protocolo específico de prevención de suicidio. El equipo debe actuar de manera protocolizada, informada y coordinada en todo momento. La indicación de activación del protocolo debe estar claramente explicada.

Existirá un registro donde se aporte información suficiente en cuanto a las medidas a tomar y su seguimiento.

- El paciente será informado de las medidas y el motivo de las mismas.

- El protocolo de prevención de conductas suicidas debe hacer referencia a la correcta ubicación del paciente para su supervisión, la necesidad o no de sujeción mecánica mediante protocolo específico, los turnos y procedimientos de supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, la evaluación de pertenencias y habitaciones, los elementos ambientales de seguridad del paciente, el control de salidas y de visitas, el manejo de situaciones en las que pueda disminuirse la capacidad de vigilancia, la supervisión de la toma correcta del tratamiento prescrito, los cambios en la conducta, etc.

Se llevará un registro en el Protocolo de Prevención de Conducta Suicida (Anexo 4).

Fugas de la Unidad

Estas situaciones se consideran incidentes de seguridad del paciente a causa de la vulnerabilidad y el riesgo que conllevan para el paciente y para terceros. Las unidades de hospitalización deben

realizar un estudio de su entorno estructural para establecer el riesgo de salidas de la unidad sin el conocimiento del personal.

El 9% de los incidentes de seguridad del paciente notificados en el Hospitales Psiquiátricos tenían relación con fugas o desapariciones de pacientes. La forma más común de fuga es por la puerta principal.

Una cuestión siempre compleja es conseguir un equilibrio entre el control de este riesgo, la seguridad antiincendios y los derechos de acceso y salida del paciente.

Los planes de atención al paciente deben incluir una evaluación de este riesgo potencial de fuga y un plan de prevención conocido por el paciente y el equipo. La prevención debe asegurarse desde una perspectiva multidisciplinar.

No siempre están claramente definidos los límites de la responsabilidad legal y ética de los sistemas sanitarios hacia pacientes con riesgo de fuga, o que hayan abandonado la unidad sin consentimiento, así como la necesidad de intervención judicial o de las fuerzas de orden público en estos casos.

Algunas patologías que producen mayor riesgo de fuga son:

Esquizofrenia Es un diagnóstico psiquiátrico en personas con un grupo de trastornos mentales crónicos y graves, caracterizados por alteraciones en la percepción o la expresión de la realidad. La esquizofrenia causa además una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social. Los pacientes que padecen de esquizofrenia son los de mayor riesgo a la fuga ya que están desconectados de la realidad porque pueden presentar alucinaciones, ansiedad, ira, violencia, ideas delirantes y agitación motora, llevándolos a una posible evasión del hospital.

Trastornos de personalidad: Es una condición psiquiátrica caracterizada por un comportamiento

crónico de manipulación, explotación o violación de los derechos de los demás y a menudo es un comportamiento criminal presentándose paranoia y desconfianza sobre todo lo que les rodea, estas personas se pueden llegar a presentar episodios de fuga ya que su características de personalidad son un factor de riesgo para presentar este evento porque se caracteriza por ser inestables en la percepción de sí mismo, los estado de ánimo inconstantes pero jamás neutros, no tiene en cuenta sentimientos, ni propiedad, ni respeto, presentan sentimiento excesivamente exagerados de autoevaluación no aceptan límites ni autoridad.

Estrés: Se entiende un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que "grava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal "que incide en la aparición de comportamiento fuera de sí, como la fuga.

Angustia: La crisis de angustia donde el paciente presenta ansiedad, sensación de ahogo, exceso de preocupaciones entre otros y la agitación motriz, generando un estado de exaltación motora compuesta de movimientos automáticos o intensivos acompañados por estados de ansiedad, cólera, pánico o euforia son pacientes que presentan riesgo de fuga. Si a los anteriores diagnósticos se le suma la hospitalización involuntaria cuando la capacidad del paciente para la toma de decisiones esta en tela de juicio, por lo que debe procederse sin o contra su voluntad para ser hospitalizado, genera reacción alta de RIESGO DE FUGA.



La E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo posee como característica física una gran infraestructura, con adecuada seguridad y confort para el tratamiento que se le pueda brindar al paciente, además poseen uniformes, los cuales tienen marcado en el pecho con la inicial de la unidad donde se encuentran hospitalizados con colores que también los distinguen AM, BM, AH, BH, CH, CM y el intento de fuga se complica aún más ya que la vigilancia tiene total conocimiento y el entrenamiento adecuado para esta clase de situaciones. El equipo interdisciplinario de cada unidad de hospitalización posee la habilidad y las herramientas para realizar una valoración rápida e identificar los factores de riesgo que puedan potenciar su ideación de fuga, obteniendo información del ingreso, examen mental y la patología.

Algunos elementos básicos en la seguridad del paciente y gestión de riesgos relacionados con la prevención de fugas de las unidades hospitalarias.

- Cuando ingrese un paciente se le proporcionará ropa de hospital y se solicitará a la familia que le facilite calzado cómodo. La ropa de calle del paciente será revisada en presencia de este y se mantendrá custodiada o se entregará a la familia hasta que los facultativos determinen que puede iniciar actividades fuera de la unidad.
- Se controlarán las pertenencias de pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.
- Debe existir un sistema efectivo de control de las salidas y entradas a la unidad.
- Cualquier miembro del equipo que detecte comentarios, conductas o actitudes del paciente que hagan sospechar riesgo de fuga debe transmitir dicha información al resto del equipo que actuará según medidas protocolizadas.
- Se reflejará en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas, implementadas por el personal de enfermería. Es imprescindible garantizar la transmisión de esta información.

- El equipo valorará en reunión clínica diaria el riesgo de fuga del paciente y se iniciará una actuación coordinada y dirigida a evitar la fuga.
- Serán necesarias entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial y los motivos por los que quiere irse. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica (según protocolo específico).
- En caso de que se haya producido un abandono no autorizado de la unidad, se informará al responsable de la misma y al Supervisor/a de enfermería o al psiquiatra de guardia. Cualquiera de estos profesionales informará a la dirección del hospital así como a las fuerzas de orden público e instancia judicial competente en caso de que el paciente se encontrase ingresado mediante autorización judicial.

CAIDAS Y ACCIDENTES ⁴³

Los sistemas sanitarios deben tomar conciencia del alto riesgo de caídas entre los mayores que utilizan los servicios de salud mental, promover medidas preventivas y potenciar la notificación de estos incidentes.

Se introducirán estrategias de prevención de caídas en las unidades hospitalarias, que sean congruentes y alineadas con las intervenciones preventivas realizadas en el marco del área de salud o de la dirección del hospital. Existen evidencias y directrices que pueden facilitar la implementación de estas medidas.

A los pacientes con riesgo de caídas se les ofrecerán intervenciones individuales que reduzcan los factores de riesgo y creen un entorno más seguro, especialmente en aquellos con antecedentes de caídas previas.

Es importante establecer un equilibrio entre seguridad y privacidad de los pacientes con alto riesgo de caídas, en áreas como baños y aseos. Es importante animar a los pacientes a comentar sus experiencias y temores tras una caída, hablar de como ha ocurrido y desarrollar estrategias de prevención.

A continuación algunos elementos básicos en la seguridad del paciente y gestión de riesgos

relacionados con la prevención de caídas y accidentes.

- Los pacientes que requieren una mayor labor de prevención de accidentes son los que están sometidos a polifarmacia, los drogodependientes, personas con déficits instrumentales-cognitivos y ancianos.
- Se informará a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación.
- A los pacientes se les harán recomendaciones en cuanto a cambios posturales, comprobación de la temperatura del agua de la ducha, etc.
- En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.
- Se observará la forma en que los pacientes ingieren los alimentos, el proceso de masticación y de deglución. Si se detecta alguna anomalía en estos procesos que indicase riesgo de atragantamiento, se valorará la necesidad de ayuda, de una dieta blanda o triturada.
- Se regulará la prohibición de fumar en la unidad en función de la legislación vigente, adaptando espacios para fumadores o estableciendo una estrategia global de "unidades sin humo" que facilite la deshabitación del hábito tabáquico. En caso de habilitar espacios para fumadores, se extremarán las precauciones relativas a la tenencia de cerillas o mecheros.
- La unidad debe tener confeccionado un plan de emergencia y evacuación, dotándose de sistemas de extintores y alarmas de incendios, según lo previsto en la normativa vigente.

Para llevar un control del riesgo de caídas, se diligenciará el formato de evaluación del riesgo de caídas, la Escala de Morse (Anexo 5). Se trata de una escala que consta de 6 ítems, con un rango total de 0 a 125. Presenta dos puntos de corte en función al riesgo de caída: Sin riesgo (< 24), Riesgo bajo (25-50), Y Riesgo alto (>50).

[Factores de riesgo para caídas

Paciente. La investigación ha demostrado que uno de los pasos más importantes que pueden tomarse para prevenir estos episodios es la identificación de pacientes de riesgo:

- Pacientes mayores de 60 años.
- Historia de caídas previas.
- Debilidad de miembros inferiores.
- Trastornos de estabilidad y marcha.
- Polimedición (4 ó más drogas).
- Uso de sedantes hipnóticos, de antihipertensivos.
- Disminución de la agudeza visual.
- Hipo acústica.
- Disfunción propioceptiva.
- Trastornos del sensorio (incluye demencia y depresión).
- Calzado y ropa inapropiado.
- Incontinencia Urinaria.

Ambiente. Según estudios más del 50% de las caídas se relacionan con factores ambientales (peligros en el espacio físico ocupado por el paciente). Por lo tanto los responsables de la infraestructura y de mantenimiento debe controlar al máximo estos peligros:

- Pisos resbalosos.
- Camas en posición alta.
- Muebles inestables (que pueden deslizarse al apoyarse).
- Muebles con borde agudos.
- Barandas que ocupen todo el largo de la cama.
- Falta de acordonamiento de áreas con piso mojado o en construcción.
- Objetos o cables en el piso.
- Inapropiada señalización.
- Falta de material antideslizante en rampas, pisos de baño, ducha y bañeras.
- Falta de barandas de agarre en baños y paredes.
- Iluminación.
- Desorden en la habilitación.

Frecuencia: Es importante cuantificar con este índice las caídas porque permiten establecer comparaciones en el tiempo, en la localización, en el tipo de pacientes, etc. También sirve para valorar la efectividad de los programas. En general la edad avanzada y la clase de medicación son factores

importantes y suelen sufrir lesiones más serias luego de la caída.

- ❖ **Sillas de ruedas:** Los accidentes con sillas de ruedas se ven principalmente en personas mayores de 65 años y se asocian más frecuentemente con caídas y deslizamientos. Los elementos antideslizantes deberán ser utilizados y las ruedas deberán quedar bloqueadas durante los traslados en ambulancia o mientras se espera un estudio. Otros peligros asociados con las silla de ruedas sobrevienen del uso inapropiado de la misma por defectos mecánicos (falta de sistemas de bloqueo, ruedas desinfladas, apoyapiés defectuosos, pérdida de piezas, etc.) La inspección regular y el mantenimiento de las mismas deberán ser incorporados al programa de "mantenimiento de equipos del hospital".



- ❖ **Barandas:** Las camas de hospital muy altas con barandas que ocupen todo el largo de la misma representan un peligro. Generalmente las barandas impiden a algunos pacientes levantarse de la cama. De hecho, las lesiones más graves suelen producirse cuando el paciente intenta saltar sobre ellas, cayéndose entonces de una altura mayor, en general se prefiere utilizar barandas prácticas, de medio cuerpo que impiden que le paciente "ruede" pero eliminan la necesidad de que el mismo "salte" sobre ellas para salir de la cama.
- ❖ **Medicación:** La medicación puede interactuar con factores de riesgo del paciente para producir reacciones idiosincráticas y/o efectos secundarios. El tipo de medicación también puede influenciar en el riesgo de caídas. Los

hipnóticos, antidepresivos y psicotrópicos contribuyen sustancialmente al riesgo de caídas al alterar la actividad psicomotora. Por otra parte, los efectos extrapiramidales de las drogas antipsicóticas pueden afectar la movilidad debido al temblor, rigidez o trastornos de la marcha. Otro aspecto vinculado con la medicación se refiere al extendido uso rutinario de sedantes para prevenir caídas en la cama. Los sedantes pueden dificultar la rehabilitación de los pacientes y pueden aumentar su desorientación. Estas drogas deben ser utilizadas solo por razones médicas o psicologías justificada y no deberían ser indicadas sólo para conveniencia del personal como alternativa a otros medios de contención y/o inmovilización del paciente.

❖ **Inmovilización y contención física:** La prevención de caídas es una de las justificaciones esgrimidas más frecuentemente para la utilización de procedimiento de inmovilización física. Por otra parte, la inmovilización puede llevar a un deterioro psicológico y físico mayor (lesiones de piel, infecciones intrahospitalarias, incontinencia, angustia, depresión, ira, etc.). Generalmente se asume que los pacientes inmovilizados requieren menor atención y diligencia que los que no lo están. Nada podría estar más lejos de la realidad. De hecho, aquellos pacientes con picos de excitación psicomotriz o que traten de escapar a su inmovilización están expuestos a peligros que serían inconcebibles para pacientes sin ataduras. El paciente inmovilizado es en general, por el sólo hecho de estarlo menos colaborador y menos capaz de sobrellevar una emergencia o accidente. A menudo las familias de estos pacientes presionan a la enfermera y médicos para que inmovilicen al paciente con el fin de evitar que se caiga. En este caso, habrá que hacerles entender que el hecho de atarlos e inmovilizarlos no previene efectivamente todas las caídas y que el riesgo de caerse es preferible a los riesgos de la inmovilización. El recurso de la inmovilización debe ser utilizado como el último recurso luego de haber agotado otras

alternativas y se deberá documentar en la historia clínica.

Medidas sugeridas para la disminución del riesgo de caídas.

1. Identificar a los pacientes con riesgo de caídas.
 - 1.1 Un historial de caídas se asocia con un incremento del riesgo.
 - 1.2 La incidencia de caídas se incrementa con la edad.
 - 1.3 El uso de medicación como benzodiazepinas, psicótropos, antia rítmicos y antihipertensivos entre otros aumentan el riesgo de caídas.
 - 1.4 Las enfermedades como las patologías circulatorias, depresión y artritis se asocian con un mayor riesgo de caídas.
 - 1.5 Las alteraciones de la movilidad y el modo de andar, y/o la disminución de la fuerza y la resistencia se relacionan con un incremento del riesgo de caídas.
 - 1.6 El sedentarismo y la reducción de la actividad normal por problemas de salud se asocian con un mayor riesgo de caídas.
 - 1.7 Los daños psicológicos y el temor a las caídas son en sí mismos factores de riesgo.
 - 1.8 La discapacidad cognitiva se relaciona con un incremento del riesgo, aunque de un modo relativamente modesto.
 - 1.9 Las alteraciones de la visión, incluyendo las alteraciones en la percepción de la profundidad y el contraste de las formas aumentan el riesgo de caídas.
 - 1.10 Problemas en los pies, como juanetes, deformidades en los dedos, úlceras, deformaciones en la uñas y en general, dolor al caminar, aumentan la dificultad de equilibrio y el riesgo de caídas.



2. Reevaluar el riesgo de caídas del paciente en varios momentos a lo largo de su estancia, ya que el estado del paciente cambia en el curso de la misma. El paciente debe ser valorado en el momento del ingreso, tras el traslado de una unidad a otra y tras cualquier cambio de su estado físico o mental, después de una caída o por lo contrario a intervalos regulares de tiempo.
3. Implementar estrategias preventivas que contemplen las siguientes intervenciones multifactoriales:
 - 3.1 Llevar a cabo una evaluación y reevaluación individualizada.
 - 3.2 Monitorizar y observar frecuentemente a los pacientes en riesgo.
 - 3.3 Uso de estrategias alternativas, como por ejemplo camas bajas, traslado seguro y ejercicios de entrenamiento o dispositivos de alarma.
 - 3.4 Proporcionar ayuda física a pacientes de alto riesgo cuando anden o intenten maniobras difíciles (ir al baño, trasladarse, etc.) y promover su movilidad para fortalecer su control postural.
 - 3.5 Eliminar o minimizar los peligros (secado de piso, artículos personales al alcance)
 - 3.6 Sesiones de educación con la familia del paciente sobre el riesgo de caídas
4. Animar a los profesionales a notificar todas las caídas, o las que casi se producen aun si el paciente sale ileso.
5. Incluir el riesgo de caídas en la inducción y re inducción de los funcionarios de la E.S.E.

Oportunidades de participación del paciente y de la familia.

Los pacientes con riesgo de caídas y sus familias deben recibir y participar en programas educativos sobre estrategias para reducir el riesgo de caídas mientras este hospitalizado y en casa.

- ❖ Los pacientes con riesgo de caídas y sus familias son un importante recurso de información con respecto al historial de caídas previas y otros factores de riesgo.
- ❖ Los pacientes con riesgo de caídas y sus familias deben figurar en las estrategias alternativas para reducir la probabilidad de caídas y estar alerta ante los riesgos de caídas.
- ❖ Los pacientes con riesgo de caídas y sus familias deben participar en el análisis tras una caída para tratar del incidente y las estrategias de prevención ante futuras caídas.

Involucrar a los pacientes y sus allegados en su seguridad

- Se debe considerar que entre más esté el paciente comprometido con su salud, más ayudará a prevenir que sucedan los eventos adversos.
- Deben ser tenidos en cuenta los diferentes tipos de pacientes (los que se encuentran hospitalizados, o aquellos que asisten a una consulta ambulatoria)
- Se deben considerar los pacientes o sus allegados que en el pasado han sido objeto de la ocurrencia de un evento adverso y que se involucren de manera proactiva en los procesos de seguridad del paciente.

Se deben realizar entre otras las siguientes acciones:

Ilustrar al paciente en el auto cuidado de su seguridad. En particular se debe enseñar a interrogar sobre aspectos como:

- ¿Cuál es mi problema principal? (¿Qué enfermedad tengo?)
- ¿Qué debo hacer? (¿Qué tratamiento debo seguir?)
- ¿Por qué es importante para mí hacer eso, qué beneficios y riesgos tiene?
- ¿A quién acudir cuando hay sospecha de riesgos para la atención?
- Ilustrar sobre la importancia de la identificación y el llamado por su nombre.
- Ilustrar sobre la importancia del lavado de manos de los profesionales antes de ser atendido
- Ilustrar sobre la vigilancia y participación en el proceso de administración de medicamento.
- Ilustrar sobre la importancia del consentimiento informado.
- Ilustrar sobre lo que es un evento adverso y la comunicación que debe dar el equipo de salud en caso de ocurrencia del evento.



Los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales ~~debe~~ ser incluido en la evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo, tanto si son hombres como mujeres.

Dentro de los servicios debe existir información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales. Además se dispondrá de información sobre salud psicosexual, contracepción y embarazo.

Los procedimientos protocolos de supervisión y vigilancia aumentan notablemente la seguridad del paciente. Donde sea posible se diseñaran zonas separadas por sexos, o, en todo caso, estarán diferenciadas áreas como los dormitorios y los baños.

Seguridad sexual

Los daños que pueden resultar de las agresiones sexuales son tanto físicos como psicológicos, además del riesgo de embarazo y enfermedades de transmisión sexual.

Las variaciones de respuesta dadas a tales agresiones requieren establecer protocolos consensuados de actuación congruentes con la legislación vigente.

Es necesario aumentar la conciencia de riesgo ante la vulnerabilidad de los pacientes psiquiátricos frente a las agresiones sexuales, por lo que debe procurarse un incremento de su protección (tanto frente a su propio comportamiento sexualmente inadecuado como frente a las agresiones sexuales que puedan sufrir por parte de otros pacientes o de los miembros del personal).

Las medidas diseñadas para prevenir un evento adverso en contra de la seguridad sexual son:

- Identificación de algunas alteraciones psicopatológicas (desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad) y otras de carácter psicosocial (aislamiento, poca aceptación en su medio), así como la estrecha convivencia durante la hospitalización, son factores que favorecen la aparición de relaciones sexuales durante el ingreso.
- Este tipo de relaciones se pueden producir en circunstancias en las que las capacidades cognitivas y volitivas estén disminuidas (al menos en uno de los implicados) y pueden dar lugar a situaciones de abuso sexual, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Por estos motivos, y para minimizar su riesgo, es preciso el concurso de todo el personal en su prevención.

- En las normas facilitadas en el protocolo de acogida quedará reflejada la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante el ingreso.
- Se controlará la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.
- La sospecha de este tipo de conductas requiere supervisión estrecha. En las reuniones diarias de la mañana, el profesional que detecte conductas desinhibidas las comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.
- Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas.

Problemas relacionados con medicamentos ²⁸

Las acciones para disminuir al mínimo posible y ojala evitar los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, se inician desde la selección prudente del medicamento, administración y se extienden hasta el seguimiento (monitoreo) del efecto del medicamento en el paciente. Algunos procedimientos que se han evidenciado como útiles para incrementar la seguridad del paciente y prevenir la ocurrencia de eventos adversos asociados a medicamentos son:

- Participación del Químico o farmacéutico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad.
- Asegurar la *dispensación correcta* de los medicamentos y los procesos de re empaque y re envase de los mismos si aplica dentro del sistema distribución de medicamentos en dosis unitaria; realizar controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos; controles en la recepción de la orden médica electrónica, y en la elaboración y/o adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos.

- Definir mecanismos para prevenir errores en la *administración* de los medicamentos (manejo incorrecto o administración errónea).

- Asegurar la calidad del proceso de nutrición parenteral (TPN) incluyendo el uso de guías e instructivos estandarizados y controles microbiológicos.

- Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes y realizar la advertencia correspondiente antes de su administración.

- Implementar procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.

- Identificar los medicamentos de alto riesgo.

- Definir procesos de marcaje adicional de los medicamentos de alto riesgo clínico para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se exteme el cuidado en su uso.

- Definir procesos de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.

- Definir procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio.

- Implementar procesos para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: digoxina y la vancomicina).

- Definir mecanismos para prevenir daño a los pacientes con terapia anticoagulante.



- Incluir en la recepción de los medicamentos la verificación de las órdenes de compra; incluir mecanismos que eviten la recepción de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos a través de la verificación del estado físico, cantidad, fechas de vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío".

- Asegurar que en el proceso almacenamiento de los medicamentos, se incluya el protocolo de gestión del riesgo, respetar la cadena de frío, realizar custodia a los medicamentos de control especial y hacer seguimiento a las farmacias satélites.

- Asegurar que el proceso de selección de los proveedores incluya visitas y evaluación periódica; se debe seleccionar solo aquellos que tienen respaldo legal y que realizan un manejo adecuado de sus medicamentos.

- Definir mecanismos de compra que eviten adquirir medicamentos que no cuenten con Registro Sanitario Vigente del INVIMA y para el uso que pretende dárseles; de origen fraudulento, de calidad no certificada y verificable. Deben incluir los conceptos técnicos de los responsables de las áreas asistenciales.

- Tomar en consideración la información que proviene de la farmacovigilancia.

- Definir mecanismos para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos (PRM);

especialmente en pacientes polimedicados y/o con estancia hospitalaria mayor a tres días.



Manejo de medicamentos: ²⁵

El manejo de medicamentos conlleva riesgos que pueden dar lugar a graves fallas en la atención médica. Esto quiere decir:

- Paciente Correcto
- Medicamento Correcto
- Vía Correcta
- Dosis Correcta
- Frecuencia Correcta
- Verificación de Alergias
- Registro Correcto

Uno de los principales retos que enfrentamos se encuentra en el manejo de medicamentos, ya que un error en la administración de los mismos puede traducirse en daño grave.

UNIDOS IS

Los sistemas de distribución de medicamentos en un hospital se pueden clasificar como:

- **Tradicional:** consiste en la entrega global de medicamentos a un servicio médico o unidad de enfermería.
- **Stock fijo:** mantenimiento de un stock de medicamentos en determinados servicios (cuidados intensivos, urgencias), que son repuestos periódicamente una vez utilizados.
- **Dosis unitarias:** dispensación de los medicamentos de forma individualizada para cada paciente por un periodo máximo de 24 horas. Estas dosis son dispuestas en contenedores individuales debidamente identificados.

El sistema de dispensación centralizado por dosis unitarias puede definirse como un sistema de dispensación- distribución- control de medicamentos mediante el cual se dispensa a cada paciente, cada vez, la dosis prescrita bajo un condicionamiento unitario. Mediante este sistema se dispensa la medicación, si es posible, para ser administrada directamente al paciente sin necesitar una manipulación posterior por otros.

Tabla 10 Clasificación de los problemas relacionados con medicamentos		
Por necesidad	PM 1	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir un medicamento que necesita de su salud o su vida depende
	PM 2	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita administrado inmediatamente
Por efectividad	PM 3	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una distribución no puntual de la medicación debido a errores
	PM 4	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una distribución puntual de la medicación pero inefectiva
Por seguridad	PM 5	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ingesta no puntual de un medicamento
	PM 6	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ingesta puntual de un medicamento incorrecto

La dispensación de medicamentos es el acto farmacéutico asociado a la entrega y distribución de medicamentos con las consecuentes prestaciones específicas; entre ellas: el análisis de la orden

médica, la información sobre el medicamento, la preparación de las dosis a administrar. El sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias es un método de dispensación y control de la medicación en servicios de salud organizados y coordinados por el servicio farmacéutico.

Un medicamento se considera que esta re envasado o re empaquetado en dosis unitarias si contiene la cantidad para una sola dosis y está identificado en cuanto a composición, dosis, lote y caducidad, quedando disponible para su administración directa, sin necesidad de cálculos y/o manipulación previa.

De todos los sistemas de distribución de medicamentos el sistema de dispensación por dosis unitaria es el que mejor ofrece la oportunidad para efectuar un adecuado seguimiento a la terapia medicamentosa del paciente. Este permite intervenir en forma oportuna, desde el punto de vista farmacoterapéutico, antes de la aplicación del medicamento al paciente.

Aunque este sistema varía dependiendo de las necesidades específicas, los recursos y las características de la institución de que se trate, hay cuatro elementos presentes en todos los casos:

- Los medicamentos están contenidos y son administrados en dosis individuales o Paquetes de dosis únicas.
- Los medicamentos se dispensan lo más listo posible para su uso.
- Para la mayoría de los medicamentos se dispensa como máximo la cantidad necesaria para 24 horas.

Se dispone en el servicio de farmacia del perfil fármaco-terapéutico de cada paciente.

Comportamiento agresivo, violento o antisocial²³

La violencia y las agresiones en las unidades de hospitalización de salud mental son una de las grandes preocupaciones tanto del personal sanitario como de los usuarios y de sus familias, a pesar de que el objetivo de dichas unidades sea

ofrecer un entorno seguro, contenedor y terapéutico. La percepción de inseguridad y amenaza puede dificultar los procesos de recuperación.

El consumo de sustancias psicoactivas ha sido identificado como una causa subyacente importante del comportamiento agresivo.

Estos incidentes supusieron el 23,4% de las notificaciones, más del 90% procedentes de las unidades de agudos.

Enfermería es la categoría profesional con mayor probabilidad de ser víctima del comportamiento agresivo.



Los profesionales y los usuarios tienen parecidas percepciones de la mayoría de los factores comunes desencadenantes del comportamiento violento: drogas, actitud del personal, saturación, frustración y aburrimiento.

Las intervenciones propuestas para reducir la violencia incluyen cambios ambientales de la unidad, mejora del trato, evitar el hacinamiento, controlar el consumo de sustancias, formación del personal y gestión adecuada del tiempo de ocio.

Prevención del consumo de sustancias

La presencia cada vez más frecuente de pacientes con patología dual en las unidades de hospitalización plantea una situación de riesgo potencial: la introducción y consumo de tóxicos dentro de la unidad.

Existirá un procedimiento dirigido a prevenir o reducir al mínimo este tipo de incidentes que

conlleven riesgos de intoxicaciones, retrocesos en la evolución e inducción al consumo en pacientes previamente no consumidores. Apuntamos a continuación algunos elementos básicos en la seguridad del paciente y gestión de riesgos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en la unidad. Son recomendaciones generales que han de ser adaptadas a la realidad de cada unidad.

- Dirigir formación a todo el equipo sobre signos clínicos que pueden indicar consumo.
- Registrar las pertenencias de los pacientes al ingreso e informarlos de la prohibición de consumo en la unidad. Registrar a los pacientes de riesgo después de visitas y salidas de la unidad.
- Reflejar en la historia clínica la existencia de antecedentes de consumo habitual de tóxicos.
- Hacer referencia dentro de las actividades psicoeducativas al riesgo de consumo de tóxicos.
- Realizar análisis de tóxicos en orina de forma periódica a los pacientes que se considere oportuno.
- Cuando un paciente dé positivo a los controles, aplicar un protocolo de vigilancia especial y limitar las salidas de la unidad o tomar otras medidas que se consideren oportunas.



Infecciones Nosocomiales.³⁰

Los estudios de prevalencia de eventos adversos en Latinoamérica señalan a la infección

intrahospitalaria como el evento adverso más frecuente y fue el primer reto declarado por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes. Deben considerarse los procesos asistenciales para asegurar:

- La prevención de infecciones de sitio operatorio (ISO)
- La prevención de endometritis
- La prevención de neumonías nosocomiales y en especial la asociada a ventilador.
- La prevención de infecciones transmitidas por transfusión (ITT).
- La prevención de flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.
- La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos).
- La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.
- La prevención de infecciones del sitio operatorio superficial, profundo y de órgano o espacio.

Se deben desarrollar además acciones encaminadas a:

- ✓ Desarrollar profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos.
- ✓ Lograr cumplimiento (adherencia) del personal del lavado higiénico de las manos.
- ✓ Estandarizar procesos y verificar mediante lista de chequeo las medidas de prevención validadas para la prevención de Infecciones asociadas a la atención salud, priorizando por las de mayor frecuencia en cada institución.
- ✓ Involucrar a los pacientes y sus familias en la prevención de la infección asociada a la atención en salud.
- ✓ Realizar aislamiento de pacientes que lo requieren.
- ✓ Involucrar a todo el personal de salud en la implementación de las medidas pre, intra y postquirúrgicas para la prevención de infección en sitio quirúrgico (p.e. Profilaxis antibiótica, asepsia y antisepsia de la piel,

comportamiento en las salas de cirugía, manejo de la herida, entre otros).

- ✓ Vacunar a todos los miembros del equipo de Salud para los biopeligros prevenibles por este medio, de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica.
- ✓ Gestionar la disposición de desechos hospitalarios
- ✓ Optimizar el lavado y desinfección de áreas.
- ✓ Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de aire, agua, circulación de personas)
- ✓ Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria
- ✓ Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos.

Se deben impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS **

1. Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.

Prevención del Cansancio ²¹



El cansancio en el personal de Salud se ha identificado como uno de los factores que afectan la Seguridad de pacientes. Debe incluir:

- Adecuada proporción de pacientes en relación al personal de Salud que presta servicios.
- Asignación de horas de jornada laboral.
- Prevención del trabajo en jornadas continuas entre instituciones que superen los límites máximos recomendados.
- Propiciar espacios y tiempos de descanso del personal de salud.

ACCIONES A SEGUIR EN CASO DE PRESENTARSE UN EVENTO CENTINELA

Cuando se determine que hubo lesión grave o severa como muerte inesperada, caída con lesión grave, error medicamentoso que amenaza la vida, suicidio, etc. (evento adverso trazador o centinela) se realizarán las siguientes actividades:

- Atención médica inmediata, si es del caso con el fin de mitigar o solucionar las posibles consecuencias para la salud del usuario.
- Notificación inmediatamente al Jefe responsable de la unidad donde ocurrió el evento, quien analizará y definirá en primera instancia las acciones pertinentes para su solución inmediata. El abordaje inicial incluye la información y apoyo al paciente y/o familiares sobre la ocurrencia del evento adverso.
- Diligenciamiento del reporte institucional para el seguimiento a riesgos y la Gestión de eventos adversos en el Comité de Seguridad del Paciente.
- Análisis en forma prioritaria, posterior e individual en el Comité de Seguridad del Paciente, por ser el organismo competente y entrenado para hacer el análisis, de tal manera que se garanticen pares homólogos y apoyo interdisciplinario. Se asume como estándar que el análisis debe ser realizado en la reunión mensual del Comité de Seguridad del Paciente

ACTIVIDADES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Clasificación del suceso (evento adverso, incidente, complicación, atención segura, indicio

de atención insegura, violación de la seguridad de la atención).

- Análisis del evento adverso según utilizando la metodología del Protocolo de Londres. Dentro de esta se incluye la descripción de barreras y/o defensas que fallaron, acciones inseguras, origen contributivo, fallas latentes, conclusión, oportunidad de mejora, responsable de la oportunidad de mejora, tiempo de ejecución.

Según el tipo de evento, el Comité aborda el caso y define las oportunidades de mejora institucional y las estrategias para el aprendizaje organizacional. Los eventos adversos e incidentes detectados se reportarán en el momento en que se evidencien para el registro y gestión de eventos adversos en el formato general de notificación disponible en los diferentes servicios. La responsabilidad de reportar es de quien presencio o verifique o quien realiza la atención (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc.).

Es de aclarar que no deben existir barreras para impedir la notificación, es decir, se acepta cualquier vía o medio (reporte de notificación, correo electrónico, escucha activa, anónimos e incluso notificación verbal).

INDICADORES INSTITUCIONALES ²³⁻²⁴

Tasa de mortalidad intrahospitalaria de después de 48 horas

Número total pacientes hospitalizados fallecidos después de 48 horas al ingreso X 100/ N° total de pacientes hospitalizados

Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados

Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización antes de 20 días por la misma causa en el período X 100/N° total de egresos vivos en el período

Tasa de complicaciones medicamentosas

Número de complicaciones secundarias a la administración de medicamentos X 100/Total de egresos hospitalarios

Tasa de infección intrahospitalaria

Número de pacientes con infección nosocomial X 100/N° total de pacientes hospitalizados

Proporción de vigilancia de eventos adversos

Número total de eventos adversos reportados gestionados X 100/Nº total de eventos adversos reportados

% de adherencia a protocolos: Mayor de 85%

Número de criterios bien diligenciados X 100/Nº total de criterios evaluados

Número de eventos adversos asociados al cansancio del personal. Número de eventos adversos gestionados por la institución, en donde se evidencia como principal factor contributivo el cansancio del personal de salud/ Total de eventos adversos gestionados por la institución X 100.

Tasas de caídas hospitalarias por 1000 días paciente. Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el período/ Sumatoria de días estancia de los pacientes hospitalizados en el período X 1000.



Tasa de suicidios. Número de pacientes hospitalizados en los servicios de hospitalización en salud mental que se suicidan/ Total de egresos de hospitalización en el servicio de salud mental X 100.

Número de fugas de pacientes. Total de fugas de pacientes.

Número de casos de consumo intrainstitucional de sustancias psicoactivas. Número de pacientes que fueron identificados como consumidores de SPA mientras fueron atendidos en el hospital, en un periodo de tiempo determinado.

Número de asaltos sexuales en la institución. Número de pacientes que en un mismo periodo de tiempo y lugar, presentaron algún tipo de asalto sexual, consumado o no.

ESTANDARES

- Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas: 0%

- Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados: <2%
- % de incumplimiento valoraciones interdisciplinarias: Menor 14%
- Tasa de complicaciones por medicamentos: 0%
- Tasa de infección intrahospitalaria: 0%
- Proporción de vigilancia de eventos adversos: 100%
- % de adherencia a protocolos: Mayor de 85%
- Oportunidad de la atención por urgencias: Menor 45 minutos

RIESGOS IDENTIFICADOS POR SERVICIO EN LA E. S. E. Hospital Psiquiátrico San Camilo

Servicio de consulta externa:

- Problemas relacionados con la utilización de medicamentos (PRUM): disponibilidad, calidad, prescripción, dispensación, administración y uso.
- Problemas relacionados con los medicamentos (PRM): reacciones adversas medicamentosas, sucesos indeseables
- Fallas en la clasificación del paciente urgente y derivado consulta externa (reclasificación)
- Error diagnóstico
- Caídas del paciente
- Identificación incorrecta del usuario
- Equipos descalibrados
- Complicaciones relacionadas con la toma de muestras de laboratorio (insuficiente, coagulada, mal rotulada, a otro paciente)
- Entrega equivocada de reportes de laboratorio
- Incidentes relacionados con dispositivos médicos



Servicio de Hospitalización:

- Problemas relacionados con la utilización de medicamentos (PRUM): disponibilidad, calidad, prescripción, dispensación, administración y uso
- Problemas relacionados con los medicamentos (PRM): reacciones adversas medicamentosas, sucesos indeseables.
- Mortalidad intrahospitalaria
- Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 20 días
- Probables infecciones intrahospitalarias
- Pacientes con úlceras de posición
- Incidentes (oportunidad en la regulación, fuga del paciente, pérdida de pertenencias del usuario)
- Accidentes en el servicio (caída de cama o desde su propia altura)
- Error diagnóstico
- Complicaciones localizadas en el sitio de administración de un medicamento (extravasaciones, hematomas, edema, múltiples punciones)
- Flebitis en sitios de venopunción
- Complicaciones relacionadas con la toma de muestras de laboratorio (insuficiente, coagulada, mal rotulada, a otro paciente)
- Complicaciones asociadas con el cateterismo vesical
- Consumo intra institucional de psicoactivos
- Entrega equivocada de reportes de laboratorio
- Suicidio de pacientes internados
- Incidentes relacionados con dispositivos médicos

- Estancias innecesarias

Servicio de TECAR

- Mortalidad
- Reintervenciones
- Complicaciones estatus convulsivo
- Pacientes con hipotensión severa en post – TECAR
- TECAR a paciente equivocado
- Problemas relacionados con la utilización de medicamentos (PRUM): disponibilidad, calidad, prescripción, dispensación, administración y uso
- Problemas relacionados con los medicamentos (PRM): reacciones adversas medicamentosas, sucesos indeseables
- Falta de oportunidad en el suministro de medicamentos y material médico quirúrgico
- Accidentes en sala de TECAR (caídas de camillas o desde su propia altura)
- Incidentes (regulación, autorizaciones para traslado a una institución de mayor complejidad)
- Error diagnóstico
- Complicaciones localizadas en el sitio de administración de un medicamento (extravasaciones, hematomas, edema, múltiples punciones)
- Flebitis en sitios de venopunción
- Complicaciones relacionadas con la toma de muestras de laboratorio (insuficiente, coagulada, mal rotulada, a otro paciente)
- Cancelación de TECAR por factores atribuibles al desempeño de la organización o del personal médico.
- Complicaciones asociadas con el cateterismo vesical
- Pérdida de pertenencias del usuario
- Incidentes relacionados con dispositivos médicos
- Bronco - aspiración post – TECAR

Servicio de Urgencias:

- Pérdida de pertenencias del usuario
- Mortalidad
- Problemas relacionados con la utilización de medicamentos (PRUM): disponibilidad, calidad, prescripción, dispensación, administración y uso.
- Problemas relacionados con los medicamentos PRM: reacciones adversas medicamentosas, sucesos indeseables

- Falta de oportunidad en el suministro de medicamentos y/o material médico quirúrgico
- Incidentes (regulación, identificación, autorizaciones)
- Accidentes en el servicio
- Reingreso por igual causa antes de 72 horas
- Complicaciones localizadas en el sitio de administración de un medicamento (extravasaciones, hematomas, edema, múltiples punciones)
- Flebitis en sitios de venopunción
- Complicaciones relacionadas con la toma de muestras de laboratorio (insuficiente, coagulada, mal rotulada, a otro paciente)
- Complicaciones asociadas con el cateterismo vesical
- Asalto sexual en la institución
- Incidentes relacionados con dispositivos médicos

Servicio de Laboratorio Clínico

- Extravasaciones, hematomas y/o equimosis luego de toma de muestra sanguínea
- Lipotimias
- Múltiples punciones
- Pérdida de muestras por caída de un tubo o ruptura del mismo
- Necesidad de repetición de una prueba de laboratorio por deficiencias en la información suministrada al paciente (orinas contaminadas, falsos positivos por falta de ayuno en glicemias o perfiles lipídicos, etc.)
- Falla en la transcripción de un reporte
- Fallar en la identificación de las muestras
- Un falso positivo o negativo
- Coagulación de muestra sanguínea por error en la selección del tubo o mala calidad del mismo
- Inoportunidad en la atención por falta de reactivos, insumos o daño de equipos
- Resultados intercambiados entre pacientes.
- Resultados de exámenes no solicitados.

Servicio de Farmacia

- Problemas relacionados con la utilización de medicamentos (PRUM): disponibilidad, calidad, prescripción, dispensación, administración y uso
- Problemas relacionados con los medicamentos (PRM) :reacciones adversas medicamentosas, sucesos indeseables

Servicio de Terapia Ocupacional

- Problemas relacionados con la disponibilidad, la calidad, el suministro y el uso de materiales de terapia ocupacional.
- Hipotensiones por medicamentos
- Complicaciones por medicamentos
- Fractura de diente durante la realización de una sesión de terapia ocupacional
- Accidente con las herramientas o materiales utilizados en la terapia ocupacional
- Caída de paciente desde su propia altura durante una sesión de terapia
- Cuerpo extraño a vías respiratorias durante la terapia
- Reacciones alérgicas por pinturas u otros materiales
- Complicaciones terapéuticas
- Complicaciones posturales
- Laceraciones y/o heridas por uso y aplicación de sierra eléctrica

Servicio de Nutrición

- Identificación incorrecta del usuario
- Fallas en la prescripción
- Accidentes
- Caídas del paciente desde camilla o desde su propia altura

Esterilización

- Paquetes con fecha de esterilización vencida
- Paquetes húmedos después del ciclo de esterilización
- Control biológico incorrecto (estericon)
- Control químico incorrecto (integrador)

Traslado Asistencial Básico o Medicalizado

- Defunciones y complicaciones ocurridas durante el transporte
- Falta de oportunidad en la respuesta al solicitar el servicio de ambulancia

BIBLIOGRAFIA

1. Informe IBEAS. Sistema de Información para la Gestión de la Calidad. Observatorio de Calidad de la Información en Salud. Ministerio de Protección Social República de Colombia.
2. Ministerio De Protección Social Republica de Colombia. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. Dirección General de Calidad de Servicios.
3. Posición del Centro de Gestión Hospitalaria ante el XVII Foro Internacional de Seguridad del Paciente. Rodrigo Gutiérrez Duque. Centro de Gestión Hospitalaria. Revista Vía Salud. Número 44. Editorial.
4. Ministerio De Protección Social Republica de Colombia. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. La Institución debe Monitorizar Aspectos Claves Relacionados con la Seguridad del Paciente.
5. Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios en Salud Mental. Leopoldo Elvira Peña. Junta De Extremadura. 2011
6. The American Psychiatric Association Task Force on Patient Safety Recommendations to the APA Board of Trustees. Patient safety and Psychiatry. Recommendation to the board of trustees of American Psychiatric Association. November 24, 2002.
7. "The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1, FINAL TECHNICAL REPORT, January 2009" de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud.
8. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL REPUBLICA DE COLOMBIA. 2008
9. Seguridad del paciente: Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Sergio Luengas. Centro de gestión hospitalaria. 2009
10. Ministerio de Protección Social. La Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Bogotá: Ministerio; 2009.
11. Modelo para Gestionar la Seguridad del Paciente en Instituciones de Salud. Sergio Luengas. Centro de gestión hospitalaria. Vía Salud. 2008, pag 2-7
12. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Ministerio; 2007
13. Seguridad del Paciente: Avances de la Clínica de Occidente. Fabio Corredor L, Diego Villarraga. Centro de Gestión Hospitalaria. Vía Salud. Diciembre de 2008, Número 46, pag 29-33.
14. Reporte de Eventos Adversos: Experiencia del Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt. Centro de Gestión Hospitalaria. Vía Salud. Número 42. Pag 5-10.
15. Ministerio de Protección Social. La Institución debe Monitorizar aspectos Clave Relacionados con la Seguridad del Paciente. Bogotá: Ministerio; 2009.

16. Gestión Clínica y Atención Centrada en el Paciente. Centro de Gestión Hospitalaria. Vía Salud. Tercer trimestre 200, pag 2-3
17. Cuando la Seguridad del Paciente es Cuestión de Logística. Jason Cohecha Mayorga. Centro de Gestión Hospitalaria. Vía Salud. Número 44, pag 34-38
18. ¿Qué implica hablar de una cultura de seguridad de pacientes?. Carlos A. Kerguelén. Centro de Gestión Hospitalaria. Vía Salud. Número 41. pag 4-10.
19. Assessing Patient Safety Culture: A Review and Synthesis of the Measurement Tools. Aneesh K. Singla, Barret T. Kitch, J Patient Saf. Volume 2, Number 3, September 2006, pag 105-115.
20. Seguridad del Paciente: Primero, Cultura Justa. Centro de Gestión Hospitalaria. Vía Salud. Número 36, pag 2-5
21. Establecimiento de una línea de base de la cultura de la seguridad de los pacientes en un Hospital Universitario en Bogotá. Lucía Barbosa Ramírez, Elizabeth Cárdenas, et al. REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA: CIENCIA Y TECNOLOGÍA (1): 19-28, 2008
22. Ministerio de Protección Social. Reducir el Riesgo de la Atención en Pacientes con Enfermedad Mental. Bogotá: Ministerio; 2009.
23. With safety in mind: Mental health services and patient safety. Patient Safety Observatory Report 2, July 2006.
24. Measured Response to Identified Suicide Risk and Violence: What You Need to Know About Psychiatric Patient Safety. Yeager K, et al. Brief Treatment and Crisis Intervention/ 5:2 May 2005, pg 121-141
25. Ministerio de Protección Social. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Bogotá: Ministerio; 2009.
26. Seguridad del paciente: "Indicio de evento Adverso medicamentoso". Centro de Gestión Hospitalaria. Vía Salud. Número 42.
27. República de Colombia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Manual de Farmacovigilancia (Programa de Farmacovigilancia Institucional)
28. Ministerio de Protección Social. Mejorar la Seguridad en la Utilización de Medicamentos. Bogotá: Ministerio; 2009.
29. Enhancing Patient Safety in Psychiatric Settings. JEFFREY J, et al. Journal of Psychiatric Practice 2007;13:355-361
30. Ministerio de Protección Social. Detectar, Prevenir y Reducir el Riesgo de Infecciones Asociadas con la Atención en Salud. Bogotá: Ministerio; 2009
31. Ministerio de Protección Social. Prevenir el Cansancio del Personal de Salud. Bogotá: Ministerio; 2009.
32. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención sanitaria. 2005.

33. Ministerio de la Protección Social. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Ministerio; 2011.

34. Ministerio de la Protección Social. Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Ministerio; 2011.