



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, 13 de Junio del 2018

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

YESICA LORENA CARDOSO HIDALGO , con C.C. No. 1004153449,

NATALY MAYA SUAREZ , con C.C. No. 1080295555,

CLAUDIA PATRICIA ORDOÑEZ BOLAÑOS , con C.C. No. 1075256286,

DIANA ANDREA ROJAS ORTEGA , con C.C. No. 1083913414,

DIANA PAOLA SUAREZ BAICUE , con C.C. No. 1075305780,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado Factores de riesgo en la seguridad de los usuarios de la unidad mental del HUHMP presentado y aprobado en el año 2018 como requisito para optar al título de ENFERMERA (S);

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales "open access" y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores" , los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Yesica L. Cardoso
YESICA LORENA CARDOSO HIDALGO

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Nataly Maya
NATALY MAYA SUAREZ

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Claudia Patricia Ordóñez Bolaños
CLAUDIA PATRICIA ORDÓNEZ BOLAÑOS

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Diana Andrea Rojas Ortega
DIANA ANDRÉA ROJÁS ORTEGA

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Diana Paola Suarez B.
DIANA PAOLA SUAREZ BAICUE



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Factores de riesgo en la seguridad de los usuarios de la unidad mental del HUHMP

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
CARDOSO HIDALGO	YESICA LORENA
MAYA SUAREZ	NATALY
ORDOÑEZ BOLAÑOS	CLAUDIA PATRICIA
ROJAS ORTEGA	DIANA ANDREA
SUAREZ BAICUE	DIANA PAOLA

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
SALAS CONTRERAS	FRANCY HOLLMINN

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: ENFERMERA

FACULTAD: SALUD

PROGRAMA O POSGRADO: ENFERMERIA

CIUDAD: NEIVA (HUILA) **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2018 **NÚMERO DE PÁGINAS:** 70

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas: ___ Fotografías: ___ Grabaciones en discos: ___ Ilustraciones en general: Grabados: ___ Láminas: ___ Litografías: ___ Mapas: ___ Música impresa: ___ Planos: ___ Retratos: ___ Sin ilustraciones: ___ Tablas o Cuadros:

Vigilada mieducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	2 de 3
---------------	---------------------	----------------	----------	-----------------	-------------	---------------	---------------

SOFTWARE: Requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español

Inglés

- | | |
|---------------------------|----------------|
| 1. EVENTO ADVERSO | ADVERSE EVENT |
| 2. FACTOR DE RIESGO | RISK FACTOR |
| 3. UNIDAD MENTAL | MENTAL UNIT |
| 4. SALUD MENTAL | MENTAL HEALTH |
| 5. SEGURIDAD DEL PACIENTE | PATIENT SAFETY |

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Los eventos adversos (EA) se pueden presentar en cualquier servicio de una Institución Prestadora de Servicios de Salud. Sin embargo, los factores de riesgo pueden variar de acuerdo al servicio teniendo en cuenta que en cada uno de ellos hay diferentes poblaciones. En la unidad mental, los usuarios se encuentran expuestos a innumerables riesgos que no solo dependen de la atención en salud sino que también pueden derivarse de su conducta o la conducta de los demás usuarios. Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación busca determinar los factos de riesgo para la ocurrencia de EA en la Unidad Mental de la E.S.E. HUHMP de Neiva, durante el 2017. Este es un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, la información se obtiene de las historias clínicas de los usuarios que ingresaron a la Unidad durante el periodo de estudio y es analizada con el software Stata 14.

Los resultados obtenidos evidencian que los eventos adversos que se presentan en la Unidad Mental son diferentes a los presentados en otras unidades, lo cual justifica una atención diferenciada. En conclusión, los diagnósticos como Esquizofrenia y Trastorno Afectivo Bipolar se comportan como factores de riesgo para la ocurrencia de EA. Además se evidencia una falta cultura del reporte de EA lo cual limita su análisis; por tanto, se recomienda sensibilizar al personal sobre la conducta no punitiva del reporte, además de seguir



desarrollando investigaciones en la Unidad justificando la adaptación de la Política de Seguridad del Paciente que cumpla las necesidades específicas de esta población.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Adverse events (AE) can occur in any service of a Health Services Provider Institution. However, the risk factors can vary according to the service, taking into account that in each one of them there are different populations. In mental unit, users are exposed to innumerable risks that not only depend on health care but can also derive from their behavior or the behavior of other users. Taking into account the above, this research seeks to determine the risk factors for the occurrence of AE in the Mental Unit of the E.S.E. HUHMP of Neiva, during 2017. This is a descriptive, retrospective cross-sectional study, the information is obtained from the users clinical records who admitted the Unit during the study period and it is analyzed with the Stata 14 software.

The results obtained show adverse events that occur in the Mental Unit are different from those occurred in other units, which justifies a differentiated attention. In conclusion, diagnoses such as Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder behave as risk factors for the occurrence of AE. In addition, there is evidence of a lack of culture in the AE report that limits its analysis. Therefore, it is recommended to sensitize staff about the non-punitive conduct of the report, besides continue developing research in Mental Unit justifying the adaptation of Patient Safety Policy that meets specific needs of this population.

APROBACION DE LA TESIS

Firma: 
LUZ OMAIRA GÓMEZ TOVAR
Presidente Jurado

Firma: 
BRAYANT ANDRADE MENDEZ
Jurado

Firma: 
FRANCY HOLLMIN SALAS CONTRERA
Jurado

Firma: 
INGRID YOLERCY TROCHE GUTIERREZ
Jurado

FACTORES DE RIESGO EN LA SEGURIDAD DE LOS USUARIOS DE LA
UNIDAD MENTAL DEL HUHMP

YESICA LORENA CARDOSO HIDALGO
NATALY MAYA SUAREZ
CLAUDIA PATRICIA ORDOÑEZ
DIANA ANDREA ROJAS ORTEGA
DIANA PAOLA SUAREZ BAICUE

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA ENFERMERÍA
NEIVA-HUILA
2018

FACTORES DE RIESGO EN LA SEGURIDAD DE LOS USUARIOS DE LA
UNIDAD MENTAL DEL HUHMP

YESICA LORENA CARDOSO HIDALGO
NATALY MAYA SUAREZ
CLAUDIA PATRICIA ORDOÑEZ
DIANA ANDREA ROJAS ORTEGA
DIANA PAOLA SUAREZ BAICUE

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al Título de Enfermero(a)

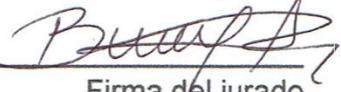
Asesor(a)
FRANCY HOLLMIN SALAS CONTRERAS
Postdoctora Ciencias Sociales Niñez y Juventud
PH. D. Bioética
Mg. Dirección de empresas / Educación y desarrollo comunitario
Esp. Gerencia / Bioética
Enfermera

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA ENFERMERÍA
NEIVA-HUILA
2018

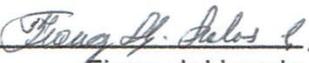
NOTA DE ACEPTACIÓN

Objetivos alcanzados
aportes aplicados en
los planes de mejoramiento
conocimientos aplicados
Éxitos en la vida
profesional
Francisco H. Solís G.


Firma del presidente del jurado


Firma del jurado

Ingrid Yoleisy Troche G.
Firma del jurado


Firma del jurado

Neiva, 1 de Junio de 2018

A Dios, por brindarnos fortaleza en los momentos difíciles, acompañada de su perdurable sabiduría para culminar uno de los tantos logros que nos esperan al caminar de su lado.

A nuestra familia, pilares fundamentales en nuestra vida, su amor inagotable y su apoyo incondicional en cada uno de nuestros pasos nos hace grandes.

A nuestros amigos, compañeros imparables de lucha, después de grandes momentos, quedan inolvidables recuerdos en el corazón.

Claudia
Diana
Diana
Nataly
Yesica

AGRADECIMIENTOS

A Dios todopoderoso, por rodearnos con su manto de amor que protege nuestro camino y lo llena de bendiciones y su escudo de luz que no deja que caigamos ante las adversidades.

A nuestras familias, por el amor y dedicación para vernos crecer integralmente, compartir la felicidad en los buenos momentos y la paciencia en los malos, pero sobre todo por creer en nosotras.

A Iván Andrés Trujillo y Alexander Sánchez Manchola de la red de Investigación y Proyección social., por la paciencia en las asesorías, las lecciones aprendidas, por el cariño y compartir nuestras alegrías y preocupaciones.

A la doctora Francy Hollmin, por su orientación en nuestra investigación, por compartirnos su conocimiento para nuestra formación como profesionales y como personas.

Al programa de Enfermería, por permitirnos incursionar en el campo investigativo complementando nuestra formación académica de manera integral.

Al Comité de ética del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo contribuir al campo de la investigación, y por facilitarnos los recursos necesarios para el desarrollo del presente estudio.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2. JUSTIFICACIÓN	19
3. OBJETIVOS	21
3.1 GENERAL	21
3.2 ESPECÍFICOS	21
4. MARCO DE REFERENCIA	22
4.1 ANTECEDENTES	22
4.2 MARCO TEÓRICO	27
4.3 MARCO CONCEPTUAL	32
4.4 MARCO LEGAL	35
5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	42
6. DISEÑO METODOLÓGICO	45
6.1 TIPO DE ESTUDIO	45
6.2 POBLACIÓN	45

	pág.
6.2.1 Población y muestra	45
6.2.2 Tipo de muestreo	45
6.2.3 Criterios de selección	45
6.3 MÉTODO, TÉCNICA	45
6.3.1 Método	45
6.3.2 Técnica	46
6.4 ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	46
6.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	46
7. RESULTADOS	48
8. DISCUSIÓN	52
9. CONCLUSIONES	55
10. LIMITACIONES	56
11. RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	58
ANEXOS	67

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Caracterización de los usuarios de la Unidad Mental del HUHMP, 2017	48
Tabla 2. Eventos adversos en la Unidad Mental del HUHMP, 2017	49
Tabla 3. Eventos adversos identificados en búsqueda activa, en la Unidad Mental del HUHMP, 2017	50
Tabla 4. Factores de riesgo para la ocurrencia de eventos adversos en la Unidad Mental del HUHMP, 2017	51

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Modelo Conceptual de la política de seguridad del paciente.	28
Figura 2. Modelo del Queso Suizo	29
Figura 3. Modelo organizacional de causalidad de eventos adversos.	30
Figura 4. Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica	31

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Presupuesto	68
Anexo B. Cronograma	69

GLOSARIO

ESE: Empresa Social del Estado.

IPS: Institución Prestadora de Salud.

EPS: Entidades Prestadoras de Salud.

EA: Evento(s) adverso(s).

HUHMP: Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

IBEAS: Red Pionera en la Seguridad del Paciente en Latinoamérica.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

RESUMEN

Los eventos adversos (EA) se pueden presentar en cualquier servicio de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, sin embargo los factores de riesgo pueden variar de acuerdo al servicio teniendo en cuenta que en cada uno de ellos hay diferentes poblaciones. En la Unidad Mental específicamente, los usuarios se encuentran expuesto a numerosos riesgos que además de depender de la atención en salud pueden derivarse de su conducta o la conducta de los demás usuarios. Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación busca determinar los factores de riesgo para la ocurrencia de eventos adversos en la Unidad Mental de la E.S.E. HUHMP de Neiva, durante el año 2017. Es un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La información se obtiene de las historias clínicas de los usuarios que ingresaron a la Unidad durante el periodo de estudio.

Los resultados obtenidos evidencian que los eventos adversos que se presentan en la Unidad Mental son diferentes a los presentados en otras unidades, lo cual justifica una atención diferenciada. En conclusión, los diagnósticos como Esquizofrenia y Trastorno Afectivo Bipolar se comportan como factores de riesgo para la ocurrencia de EA. Además se evidencia una falta cultura del reporte de EA lo cual limita su análisis; por tanto, se recomienda la sensibilización al personal sobre la conducta no punitiva del reporte y que se sigan desarrollando investigaciones en la Unidad que justifiquen la adaptación de la Política de Seguridad del Paciente que cumpla las necesidades específicas de esta población.

Palabras clave: Evento adverso, Factor de riesgo, Unidad Mental, Salud mental, Seguridad del paciente.

ABSTRACT

Adverse events (AE) can occur in any service of a Health Services Provider Institution. However, the risk factors can vary according to the service, taking into account that in each one of them there are different populations. In mental unit, users are exposed to innumerable risks that not only depend on health care but can also derive from their behavior or the behavior of other users. Taking into account the above, this research seeks to determine the risk factors for the occurrence of adverse events in the Mental Unit of the E.S.E. HUHMP of Neiva, during 2017. This is a descriptive, retrospective cross-sectional study, the information is obtained from the users clinical records who admitted the Unit during the study period and it is analyzed with the Stata 14 software.

The results obtained show adverse events that occur in the Mental Unit are different from those occurred in other units, which justifies a differentiated attention. In conclusion, diagnoses such as Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder behave as risk factors for the occurrence of AE. In addition, there is evidence of a lack of culture in the AE report that limits its analysis. Therefore, it is recommended to sensitize staff about the non-punitive conduct of the report, besides continue developing research in Mental Unit justifying the adaptation of Patient Safety Policy that meets specific needs of this population.

Keywords: Adverse event, Risk factor, Mental unit, Mental health, Patient safety.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente (SP) en la actualidad es un tema muy importante para la habilitación y acreditación de los servicios de salud, además asegura un cuidado de calidad, esta es un principio básico en la atención en salud. Cada procedimiento medico realizado en el área hospitalaria genera un riesgo para los pacientes, este riesgo es un potencial a un evento adverso (EA). De allí, rasga la importancia de razonar frente a la magnitud que tiene el problema de los EA, en los pacientes, en las familias y en los sistemas de salud, para partir de ahí, y así minimizarlos y eliminarlos, garantizando unas prácticas seguras.

Desafortunadamente en Colombia este problema ocurre con mucha frecuencia, causando sucesos inoportunos como por ejemplo la prolongación de la estancia hospitalaria, con ello el aumento de los costos en salud e incluso con daños y lesiones que han generado la muerte de los pacientes. Según el ministerio de salud y protección social un evento adverso es “el resultado de la atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Estos eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles”. En el estudio IBEAS, nuestro país reporto tener una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, donde el 27,3% se presentaron en menores de 15 años de edad y el 27.7% fueron durante un procedimiento¹. Ahora bien, según la OMS, cada año se presentas decenas de millones de eventos adversos a nivel mundial, con esto podemos evidenciar que los eventos adversos o incidentes en salud son más frecuente y que estos aumentan en países en vía de desarrollo, representando así un problema de salud pública a nivel nacional e internacional. Por ello es de vital importancia prevenir la presencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, ahora bien, esto en referencia a eventos adversos en pacientes que si bien es cierto presentan patologías, estas no alteran su juicio de la realidad, lo cual los haría más vulnerables.

Los pacientes de los servicios de salud mental, es decir de la unidad mental, principalmente los que se encuentran en una situación de psicopatología aguda, son altamente vulnerables a un gran número de riesgos potenciales relacionados a la atención en salud, también pueden estar relacionados con su propia comportamiento, el de otros usuarios y su propio estado mental, estos riesgo pueden desencadenar un evento adverso. La atención a pacientes psiquiátricos requiere una importante enfoque en cuanto a la seguridad tanto de las estructuras como de los procedimientos asistenciales ya que los pacientes pueden tener alterado el juicio de la realidad y en algún momento deberán ser sometidos a intervenciones terapéuticas involuntarias que generaran un riesgo para él, como lo es la contención mecánica, la cual, es una práctica de riesgo con demasiadas complicaciones². Todo lo anteriormente descrito nos llevó a la necesidad de identificar los factores de riesgos a los cuales los pacientes con alteraciones

mentales están expuestos en la unidad de salud mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP), realizando una caracterización de la población y revisando aquellas variables que puedan presentar un riesgo para la presencia del EA, con el fin de realizar intervenciones que disminuyan la ocurrencia de eventos adversos y así aumentar la seguridad del paciente psiquiátrico, logrando realizar unas intervenciones diferenciadas según su características y necesidades.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los avances y el desarrollo en los procesos de aprendizaje e investigación marcan una pauta muy importante a la hora del abordaje de la atención en salud, además del deseo por lograr resultados innovadores en la prestación de los servicios de diferentes unidades. La renovación de ese conocimiento permite mejorar las prácticas del profesional asistencial y entregar un servicio de calidad a los usuarios³. La atención en salud, por su variedad en la complejidad, extensión y la vulnerabilidad de los usuarios no se encuentra libre de riesgos⁴, sin embargo ni aun con el progreso de la medicina se conocen todos los factores de riesgo que están expuestos los pacientes en los diferentes servicios de hospitalización. La asistencia que proporciona cualquier Institución Prestadora del Servicio de Salud (IPSS), siempre va en pro del cuidado a los usuarios, esta lleva consigo una gran cantidad de servicios prestados que ayudaran a la pronta recuperación de su patología, todo esto con el objetivo de general una atención de calidad, sin embargo, “la medicina que en el pasado solía ser simple, poco efectiva y relativamente segura, en la actualidad se ha transformado en compleja, efectiva, pero potencialmente peligrosa”⁵.

El principio hipocrático “primum non cere” (ante todo no dañar) es la dimensión más importante de la calidad asistencial (Botero González & Olarte Cortés, 2013)⁶ sin embargo los profesionales de la salud no estas exentos de cometer errores, generando un daño no intencional a los pacientes. Ahora, si bien es cierto, que el interés por los factores de riesgo en la atención en salud es un tema que abarca la actualidad de las instituciones de salud, este no es nuevo; se viene estudiando desde 1990 cuanto el Instituto de Medicina publicó el famoso estudio “Errar es humano”, que colocaba al error médico como la octava entre las principales causas de mortalidad en Estados Unidos, con una frecuencia de entre 44,000 y 98,000 pacientes que mueren cada año, como resultado de errores médicos;⁷ además, menciona que *“La condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción”*⁸. La gran incidencia de los EA en los diferentes países llevo a crear estrategias para disminuir su ocurrencia, por ejemplo en Reino Unido se promovió una política de identificación y reducción de errores médicos. Así, tras la publicación del informe del National Health Service (NHS): *“An organisation with a memory”*, se ha puso en marcha un plan de gobierno con el objetivo de promover la seguridad del paciente que queda recogido en el programa: *“Building a safe NHS”*. En España, el interés por la seguridad del paciente se manifiesta mediante una estrategias de promoción y desarrollo de conocimientos mediante estudios como ENEAS, en este estudio se estimó la incidencia de pacientes con EA relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionadas en otro hospital) en un 8,4%, en Nueva York un estudio llamado Harvard Medical Practice Study (HMPS), que estimó una incidencia de EA de 3,7%, en el 70% de estos

pacientes el evento adverso condujo a discapacidades leves o transitorias, pero en el 3% de casos las discapacidades fueron permanentes y en el 14% de los pacientes contribuyeron a la muerte,⁹ según la Organización Mundial de la Salud (OMS) uno de cada 10 pacientes sufre un evento adverso y además los daños causados a los pacientes ocupan el 14° lugar en la lista de causas de morbimortalidad mundial.¹⁰ Basada en la gran carga mundial de discapacidad y la prevalencia de eventos adversos producidos por una atención insegura, la OMS creó La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente que fue puesta en octubre de 2004,¹¹ con el objetivo coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, así mismo unificar conceptos y estrategias para eliminar los EA, ya que estos, pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema.

La seguridad del paciente son aquellos elementos, herramientas y estrategias que se utilizan para minimizar el riesgo de sufrir un evento durante la atención en salud, según la OMS: “La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria”. Además siempre hay cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud¹⁰. Por lo cual, la prevalencia de los EA son un indicador de calidad en la atención en salud ya que estos aumentan costos y daño a los usuarios. Es por esto que se debe realizar un análisis de los EA que se pueden presentar durante una intervención, con el fin de controlar, reducir y eliminar los EA que representan amenazas a la vida del usuario, aumentan la estancia hospitalaria, producen invalidez y hasta la muerte. La falta de seguridad del paciente es un problema de salud pública que afecta a nivel internacional y nacional.¹²

En Latinoamérica se llevó a cabo el estudio IBEAS (2010), realizado en cinco países y en hospitales de alta calidad, donde se evidenció que en Colombia hay una prevalencia del 13.1% de EA, que el 27.3% ocurren en menores de edad y que el 27.7% ocurren durante algún procedimiento, sumado a esto en el 2° boletín del observatorio de calidad en salud, se realiza una comparación en la prolongación de la estancia hospitalaria, donde se estima para Colombia 13 días y a nivel global tan solo 16 días, estas cifras logran evidenciar la problemática latente de los eventos adversos a nivel global y sobre todo en el territorio colombiano; en respuesta a esto Colombia se ha fortalecido en normatividad en cuanto a seguridad del paciente, creando entre otros, los Lineamientos para la Seguridad del paciente en el año 2008, de allí la Política de Seguridad del Paciente (PSP) liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS),¹³ la resolución 1446 donde se establece la obligatoriedad de reportar los EA, logrando así que la institución no solo reporte sino que realice un Programa de Seguridad del paciente que garantice la calidad asistencial.

Ahora, a nivel del departamento del Huila se han establecido unos programas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud con el fin de que todas las entidades hospitalarias sigan los parámetros establecidos para reducir el nivel de EA que se presentan. A nivel municipal, el HUHMP, aprueba la resolución No 0636 de 10 de agosto de 2010 con la que pretende responder a los requerimientos y los lineamientos respectivos del ministerio de protección social en cuanto a seguridad del paciente. Adaptando esta política de seguridad del paciente en todos los servicios.

La problemática en cuanto a SP, referente al entorno del cuidado en salud mental, ha sido poco estudiada a pesar de que se presentan en todos los países y aun siendo en Colombia la salud mental de interés y prioridad de la salud pública, es poco lo que hay en la literatura. Diferentes estudios ya mencionados muestran la gran relevancia y diferencia de los EA en diferentes servicios menos en unidades mentales, por lo cual, es claro que estas cifras y factores de riesgo no pueden extrapolarse en pacientes cuyo juicio de la realidad se encuentra alterado, sumado a esto los eventos adversos que se puedan presentar en servicios como urgencias y medicina interna difieren de los ocurridos en una unidad de salud mental.¹⁴ Esto hace necesario que los usuarios de la unidad mental tengan una política de seguridad específica que se adapte a las características y necesidades de los mismos, ya que los pacientes con alteraciones mentales presentan un riesgo potencialmente mayor a la presentación de EA, donde estos pueden estar relacionados con su propio comportamiento, con el comportamiento de sus compañeros, de los cuidados o limitaciones asistenciales y con su propia alteración mental.

Teniendo en cuenta lo anterior, las diferencias de los pacientes y la poca información obtenida de la literatura médica referente a EA en pacientes con alteraciones mentales, se hace necesario conocer los factores de riesgo específicos para la ocurrencia de EA en pacientes con alteraciones mentales y partir allí para la implementación de la política adaptada para los usuarios de la unidad mental, la cual garantice su seguridad y el cubrimiento de todas sus necesidades. Considerando lo anterior surge la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgo para la ocurrencia de eventos adversos en la Unidad Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, durante el año 2017?

2. JUSTIFICACIÓN

Múltiples artículos, guías o protocolos regionales, nacionales e internacionales establecen en la actualidad la importancia de la seguridad del paciente y la vigilancia de los eventos adversos en el sector de la salud. Sin embargo, esta no deja de ser una gran problemática en cada una de las localidades, áreas e instituciones prestadoras del servicio de salud, teniendo en cuenta que el número de eventos adversos es una constante en aumento. Además, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la mala seguridad del paciente es una problemática grave de salud pública a nivel mundial, donde uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital¹⁵, además en Colombia la prevalencia de eventos adversos y aumento de la estancias hospitalaria es de 13.1% y 13 días respectivamente.¹³ Los procedimientos asistenciales son cada vez más eficientes pero a la vez más complejos e inseguros.

Por otro lado se sabe que la ocurrencia de EA relacionados con los cuidados se mantienen en los servicios y estos aumenta a pesar de las medidas de prevención,¹⁶ logrando así prolongar la estancia hospitalaria, los reingresos, los daños a los pacientes y por ende los costos al sistema de salud.¹⁷ Al mismo tiempo, la información obtenida en la literatura de EA en pacientes con alteraciones mentales es muy limitada y aún más en el territorio colombiano, aunque es de suponer que estos efectos y eventos adversos sean más graves en pacientes que tienen alterado su juicio de la realidad, lo cual los hacen más vulnerables a muchos riesgos, tales riesgos difieren de otros servicios, entre estos; las autolesiones, heteroagresiones, fugas y suicidio situaciones que resultan de su alteración mental,¹⁸ es por ello que la atención psiquiátrica requiere una supervisión especial.

Sabemos que la seguridad del paciente es un elemento clave y prioritario de la calidad asistencial y la presencia de eventos adversos conllevan a daños a los usuarios, profesionales e instituciones,¹² de allí radica la importancia de conocer los eventos adversos en la unidad mental porque nos va permitir realizar un análisis, conocer la causa e intervenirlos, logrando minimizar y eliminar la ocurrencia de estos, asimismo, conocer los factores de riesgo en la seguridad de los usuarios con trastorno mental, nos permitirá realizar una atención diferenciada, contribuir en el campo de la salud mental adaptando e implementando los lineamientos específicos para la seguridad de los pacientes con alteraciones mentales. Este análisis es una herramienta invaluable para el fortalecimiento de conocimientos en el sector de salud, además es una oportunidad de generar planes de intervención en pacientes con alteraciones mentales los cuales son de interés y prioridad en la atención en el territorio nacional.

Esta investigación surge de la necesidad de realizar una política de seguridad del paciente específico para los pacientes con alteraciones mentales, con el propósito de identificar los factores de riesgo en la presentación de eventos adversos y a partir ahí realizar intervenciones y procesos asistenciales más seguros. Esto es novedoso y relevante ya que responde a una problemática actual, además en la literatura a nivel local, este tema se encuentra poco evidenciado, lo cual lo hace conveniente para fortalecer un mayor conocimiento sobre cada evento adverso, las características de los usuarios y las necesidades de intervención.

Este estudio busca beneficiar al usuario y la familia: como entes primarios en recibir dicho servicio es necesario involucrarlos en el proceso asistencial, además asegura el mejoramiento continuo de la calidad y humanización al disminuir y/o eliminar daños y lesiones tanto físicas como psicológicas; en el personal de salud: contribuye en el cumplimiento de metas institucionales con pleno bienestar integral y mejorar el cuidado asistencial de los pacientes siendo este el eje de ser en enfermería. A nivel institucional reduce los costos en la prestación del servicio en salud, logrando así enfocarse en el tratamiento de base, disminuir la estancia hospitalaria y por ende aumentar la calidad asistencial y aumentar el prestigio institucional.

La Unidad de Salud mental del HUHMP es el centro de referencia Surcolombiano en atención de pacientes con alteraciones mentales, el cual presenta una gran demanda asistencial. Esto hace a la unidad un ente de atención y oportunidad de mejora en la calidad de vida, asistencial y contribuye en el pro del cuidado, en el bienestar y salud para pacientes en los servicio de salud mental.

Este estudio es pertinente porque fortalece el que hacer de los profesionales especialmente de enfermería, la cual se encarga del cuidado, además fortalece la disciplina del saber, asimismo, contribuye a ampliar los datos sobre eventos adversos para contrastarlos con otros estudios similares, analizando las posibles variaciones en los servicios e incentiva a realizar futuras investigaciones que complementen el conocimiento y evalúan las intervenciones, para la prevención y eliminación de los eventos adversos.

En definitiva, esta investigación es un avance en la salud mental y todo lo que abarcan los trastornos sociales, ya que el número de beneficiarios es ilimitado ya que abarca (usuarios, familia, profesional de salud e institución) generando así un impacto y transformación en la sociedad, que garantice una alta calidad en la atención en salud a nivel Surcolombiano, además es viable porque se dispone de los recursos necesarios para llevarla a cabo gracias al convenio docencia servicio con el HUHMP.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Determinar los factores de riesgos para la ocurrencia de eventos adversos en la Unidad Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva durante el año 2017.

3.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar los usuarios de la Unidad Mental del HUHMP de Neiva.

Identificar los eventos adversos presentados en los usuarios de la Unidad Mental del HUHMP de Neiva.

Estimar un modelo de regresión logístico para conocer los factores de riesgo.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 ANTECEDENTES

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, profesionales y aumentan los gastos al sistema de salud; consistente con lo anterior Víctor Reyes Alcázar, et al (2012)¹⁹, en una Revisión sistemática sobre recomendación de seguridad del paciente para los centros socio sanitarios, realiza una búsqueda sistemática por diferentes bases de datos, donde concluye que hay tres grandes temáticas relacionadas con la seguridad del paciente, donde cerca del 71% de los estudios analizados concuerdan. La primera de ellas es la cultura de la seguridad del paciente en centros socio sanitarios, la segunda hace referencia a los errores relacionados con la medicación y por último las intervenciones sobre caídas. Dentro de las recomendaciones la primordial es la formación permanente del personal, la implementación de la educación continua en situaciones críticas del cuidado como la administración del medicamento, la evaluación de los riesgos en el entorno físico para detectar posibles úlceras asociadas a la dependencia y caídas, también habla de la importancia de la comunicación entre profesionales e instituciones, ya que la gestión oportuna del personal y una correcta adherencia a guías y protocolos incidirá positivamente en la seguridad del paciente.

Pozo Muñoz y Padilla Marín (2012)²⁰, en su artículo llamado “Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria”, describen la frecuencia de las actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente en los profesionales sanitarios de un área sanitaria, donde se obtuvo un 71,2%, de respuesta de 247 cuestionarios previstos inicialmente. De estos un 36,9% fue personal médico y un 63,0% profesionales de enfermería. Respecto a los años de experiencia el porcentaje mayor dio mayor a 21 años, es decir, que son profesionales experimentados. Dentro de los criterios evaluados se encuentra; el trabajo en equipo dentro de las unidades con un (80,8%), expectativa y acciones de la dirección o supervisión (80,5%), éstas se consideraron fortalezas de la cultura de seguridad de pacientes. Como positivo; el aprendizaje organizacional y mejora continua (71,7%), problemas en cambios de turnos y transiciones asistenciales (64,6%), franqueza en la comunicación (63,0%), feedback y comunicación sobre errores (60,0%), percepción general de seguridad del paciente (58,5%) y apoyo de la gerencia del centro a la seguridad de pacientes» (57,2%). En cuanto a oportunidades de mejora se describen los siguientes: la dotación del personal asistencial (37,9%), respuesta no punitiva a los errores (41,6%) y notificación de eventos adversos» (49,0%).

Ramon Mir Abellán et al (2015)²¹, en su artículo llamado “Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas”, en donde la población fueron profesionales y auxiliares de enfermería el trabajo en equipo en la unidad/servicio, se consideró una dimensión de fortaleza (77,79%) y en cuanto a la dotación de personal, se consideró en la dimensión de oportunidad de mejora (59,62%). En las unidades de hospitalización, un 59,1% declararon algún incidente, mientras que en los servicios ambulatorios lo hicieron un 47,8% (puede estar relacionado con la complejidad de los pacientes atendidos), en urgencias/unidad de medicina intensiva un 41,5% y en el bloque quirúrgico/obstétrico un 20,6%. En la dimensión Feedback y comunicación sobre errores, las diferencias favorecieron a los auxiliares de enfermería. También menciona que el hecho de que los profesionales de enfermería notifiquen por escrito los incidentes explica la mayor responsabilidad que asumen, ayudando al mejoramiento de la seguridad del paciente.

Núria Freixas Sala et al (2013)²², en su estudio “Seguridad del paciente e implicación de las enfermeras: encuesta en los hospitales de Cataluña” describe la implementación de los programas de seguridad del paciente (SP) de los hospitales catalanes y analiza el nivel de implicación de las enfermeras. El cuestionario lo respondieron 43 direcciones de Enfermería 66,2% y 40 referentes de Enfermería de SP (61, 5%). A la pregunta de si el hospital disponía de un programa de SP, 40 centros (93%) respondieron afirmativamente. En relación al organismo del que depende la SP del centro, 18 (41,8%) dependía de la dirección de calidad y seguridad del paciente, 16 (37,2%) de la comisión de seguridad del paciente, 2 (4,7%) de la dirección de calidad y el resto de un responsable o referente de proyectos. El 81,4% de centros disponían de un cuadro de indicadores de SP. En cuanto a programas o líneas de SP que se desarrollan en los hospitales según Enfermería, el primer lugar lo ocupa la higiene de manos, seguido de la prevención de caídas, úlceras por presión, errores de medicación y cirugía segura (se excluye vigilancia de las infecciones). Se disponía de un 86% de enfermeras con dedicación total o parcial a la SP.

En cuanto a enfermería encargadas de la SP la media de años de antigüedad es 19,8. En relación a si disponían de formación específica en SP, el (92,5%) era afirmativo. Todos los referentes de Enfermería en SP participaban en la monitorización de indicadores de seguridad, hacían el seguimiento de los resultados y proponían acciones de mejora. Referente a las herramientas de retroalimentación, las respuestas indican la utilización de una gran variedad de herramientas destacando sesiones clínicas, información directa por el mando correspondiente, a través de referentes, por correo electrónico, mediante carteles o posters y boletín interno entre otros el 60% de los centros usan herramientas para analizar las

acciones de mejora. En relación a la valoración desde el punto de vista del referente de Enfermería del grado de implantación del programa de SP en su hospital, en una escala de 0 a 10, la media fue de 6,2 en aspectos por mejorar en SP se necesitaría más recursos de personal con dedicación a SP, formación académica, mejorar la retroalimentación, mayor implicación de la dirección y por último mayor difusión a todos los niveles del hospital, finalmente, en el hospital de Cataluña hay un adecuado manejo de la SP y la relación con las profesionales de enfermería es positiva.

Cuando hablamos de eventos adversos se espera que la respuesta institucional sea determinante para la recuperación del paciente y posterior fortalecimiento de medidas de control y prevención frente a esto Yolanda Agra et al (2014-2015)²³, en el artículo "Recomendaciones para la respuesta institucional a un evento adverso" describe unas recomendaciones para la orientación de los servicios asistenciales, instituciones y organizaciones sanitarias, las cuales favorecen un abordaje sistemático de los EA. Donde menciona que el daño inesperado en la asistencia sanitaria es fruto de una combinación de diversos factores, con intervención de más de una persona del equipo sanitario y fallos en las barreras de seguridad del proceso asistencial, la negligencia o incompetencia de los profesionales es muy poco común. Como resultado, está el impacto psicológico sobre el personal sanitario, las secuelas profesionales, del usuario y costos al sistema de salud. Dentro de las sugerencias esta que cada hospital o institución sanitaria debería crear su propia "Guía de respuesta a un evento adverso" adaptándolas a las circunstancias particulares de cada servicio; establecer un entorno sanitario seguro, centrado en el paciente, que impulse la comunicación abierta, sincera y continuada, y garantice el respeto de los derechos del paciente; la respuesta inmediata debe focalizarse sobre los 3 elementos principales: el paciente, los profesionales y el escenario del evento; se debe desarrollar un plan de actuación ante EA que incluya procedimientos de prevención de los mismos, donde se proporcione los medios para analizar y aprender de los EA notificados.

Diego Ayuso Murillo et al (2017)²⁴, habla de la importancia de los sistemas de gestión de calidad en el entorno sanitario, donde es indispensable el compromiso de las distintas Direcciones de los centros asistenciales en cuanto a la mejora continua de la calidad asistencial. En su estudio titulado "Gestión de la calidad, un enfoque directivo para la seguridad del paciente" describe lo imprescindible del compromiso y del liderazgo por parte de todo el equipo directivo; también, que las direcciones de Enfermería deben potenciar e impulsar el avance profesional y la mejora de la prestación asistencial, así como de los cuidados de los equipos enfermeros, lo cual debe ser sustentado mediante el avance en tres pilares: la formación, la investigación y la calidad asistencial.

El rol de la enfermería en la seguridad de los pacientes es fundamental, ya que la mayoría de las estrategias y evaluaciones, que contemplan tanto los indicadores como las actuaciones, inciden directamente en los cuidados de enfermería. Ayuso-Murillo et al, plantea que el abordaje de la gestión de la calidad desde la dirección de enfermería debe incluir las diferentes partes del proceso: 1) aplicación del ciclo de evaluación y mejora de la calidad, 2) la constitución de grupos de mejora, 3) los sistemas de monitorización y 4) la aplicación de modelos externos de calidad (EFQM, Joint Commission International, ISO, etc.). Todo lo anterior redundará tanto en una mejora de los cuidados al paciente como en un incremento de su seguridad.

En relación con todo lo anterior a nivel nacional Garzón Rodríguez et al (2013)²⁵, en su proyecto "Seguridad del Paciente del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle", determina las causas de los eventos adversos ocurridos en el Hospital, en el cual concluyó que los eventos adversos que más se han reportado durante el proceso de atención, están relacionados con la atención directa del usuario en las salas de hospitalización y donde comúnmente suelen suceder son las salas de cuidado crítico.

La ocurrencia de un evento adverso resulta en situaciones que ponen en peligro la vida del paciente, empeoran su condición de salud, genera sobrecosto para la institución y el sistema de salud, lo anterior coincide con Cindy Vannessa Parra et al (2013)²⁶, la cual menciona que el personal debe capacitarse de manera periódica, elaborar guías, protocolos sumados a esto se debe mantener buenas y productivas relaciones con el equipo de trabajo. Además, también se debe sensibilizar al equipo de salud a cerca de la importancia de la cultura de reporte, para poder realizar la respectiva gestión que garantice la seguridad del paciente. Lo anteriormente mencionado coincide con Juan Carlos Restrepo, et al (2013),²⁷ en su artículo "Herramientas prácticas para la seguridad del paciente en una institución privada de salud mental. Popayán 2013" donde asegura que fortalecer los factores protectores físicos y el brindar acompañamiento al paciente permite una disminución de eventos adversos.

Teniendo en cuenta que es necesaria una cultura de seguridad por parte del equipo de salud, Ana María Materón et al (2014)²⁸ realiza un estudio acerca de la adherencia del personal de Enfermería del servicio de hospitalización a la política de seguridad de la atención y humanización del servicio y la tendencia de los eventos adversos en la atención de enfermería en el servicio de hospitalización de la Clínica Palma Real periodo enero a diciembre de 2014, en el que se encuentra

que el 8% del personal no tiene conocimiento acerca de la diferencia entre incidente y evento adverso, sumado a esto, el 22% no se siente motivado a reportar los eventos e incidente, y desconoce los correctos en la atención al brindar un trato humanizado lo cual va a repercutir directamente en la seguridad del paciente demostrando la necesidad de fortalecer la cultura de seguridad.

Cabe resaltar, que según este estudio existen múltiples factores de la institución y de los trabajadores que afectan la adecuada vigilancia de los eventos adversos como son la limitación en barreras de seguridad, bajo reporte, limitación de tiempo, procesos insatisfactorios, fallo en cultura de seguridad, creencias previas o creencia punitiva del reporte, inadecuada retroalimentación y percepción de escaso valor del proceso, todo esto, dificultad la generación de cultura de seguridad del paciente lo cual, se verá reflejado en una mala calidad en la atención.

En el año 2016, Arango Ospina nos habla acerca del fortalecimiento de los procesos de seguridad en su artículo “Fortalecimiento de los procesos de seguridad en el uso de medicamentos y de prácticas seguras en la institución prestadora de servicios Mediacarte Medellín 2016”²⁹ donde se menciona que se debe realizar gestión del riesgo, estandarizar protocolos y procesos, diseñar, implementar y fortalecer el reporte de eventos adversos, y la monitorización dinámica de las acciones de mejora, garantizando así a los pacientes, servicios cada vez más seguros, lo cual se evidenciar en una buena calidad y prestigio de la institución, cabe aclarar que esta investigación se realizó en unidades de servicio diferente a la unidad mental y haciendo énfasis en todo el proceso de administración de medicamentos.

A nivel local, de acuerdo a lo que se ha hablado anteriormente, Lina María Leiva et al (2012)³⁰ en su artículo “Reacciones adversas asociadas al uso de Antipsicóticos “En La Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Neiva” sugiere que se hace necesario el realizar actividades como capacitaciones y planes de seguimiento que permitan el acompañamiento a todo el personal que labora en la Unidad, de tal manera que se puedan detectar a tiempo los riesgos y a partir de allí prevenir los eventos adversos, logrando así, disminuir los costos económicos para el hospital.

4.2 MARCO TEÓRICO

Contexto Nacional en Seguridad del paciente

A nivel nacional, en el año 2008 el Ministerio de la Protección Social crea la Política de Seguridad del Paciente,³¹ estableciendo políticas para que la atención en salud garantice la seguridad al usuario, dichas políticas se enmarca dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (habilitación, auditoría, acreditación y sistema de información para la calidad), puesto que, la presencia de eventos adversos es un indicador de la calidad de la atención brindada que afecta los atributos de ésta, iniciando con la seguridad y continuando como una reacción en cadena con la continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y satisfacción del usuario y grupo familiar. Continuando con lo anterior, el objetivo de esta política y de sus lineamientos 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, y que igualmente garanticen la seguridad del paciente.

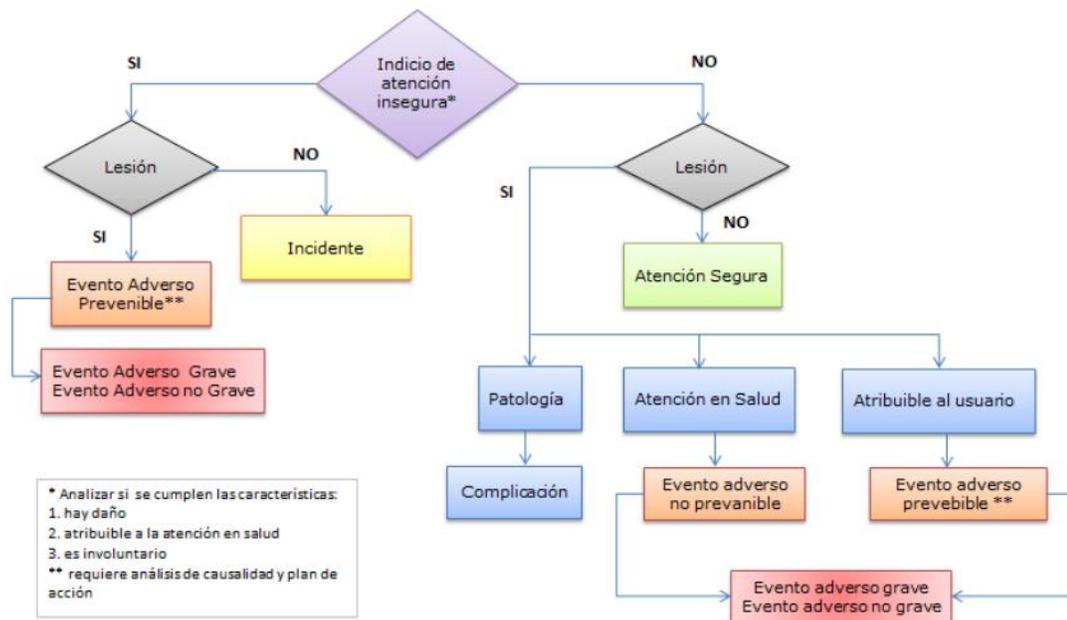
Por otro lado, tenemos que los problemas presentados con la seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Este tema es complejo y requiere acciones coordinadas de instituciones, políticas y personal de salud, esto va más allá del establecimiento de normas, requiere un importante cambio cultural en todas las personas en general, además esto exige amplia concertación, compromiso y cooperación de los diferentes actores para realizar acciones que alcancen logros efectivos. Los Lineamientos para la implementación de la Política para la Seguridad del Paciente plantea el “Modelo Conceptual” donde se expone todos los términos utilizados en dicho documento y explica la ocurrencia de un evento.

En este orden de ideas tenemos que los eventos adversos o los incidentes, ocurren debido a que el proceso de atención en salud presenta fallas, estas fallas están definidas en los lineamientos como deficiencias para realizar una acción prevista según lo programado o la elaboración de un plan incorrecto, lo cual se manifiesta 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.

La política para la seguridad del paciente pretende disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes mediante diferentes metodologías que fortalezcan las barreras de seguridad. Las barreras de seguridad son acciones que reducen la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso. Estas acciones son todas aquellas que aportan para la reducción del riesgo, como lo pueden ser las

intervenciones a las estructuras físicas, educación al personal, etc. Una de las herramientas utilizadas en Colombia para la implementación de esto, es la Guía técnica de Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud la cual tiene como objetivo establecer los requisitos que deben cumplir las instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud. Según la política se debe identificar y analizar de los eventos adversos y los incidentes, para así poder identificar sus causas y posteriormente realizar intervenciones y sobre todo prevenirlos. Entonces como resultado de ese análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.^{31,32}

Figura 1. Modelo Conceptual de la política de seguridad del paciente.

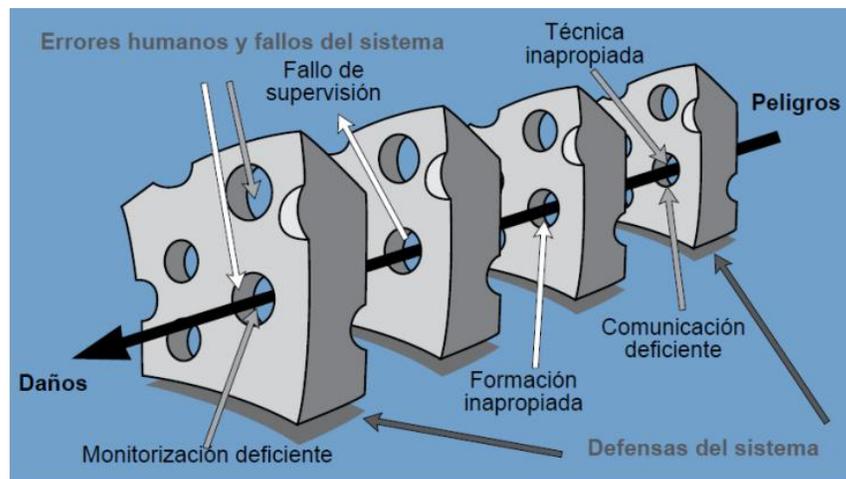


Fuente: Lineamientos para la implementación de la política para la seguridad del paciente.³²

Siguiendo con los principios orientadores de la política, los cuales nos pueden garantizar llegar a la meta de una atención segura, encontramos que estos principios son: Enfoque de atención centrado en el usuario, Cultura de Seguridad, Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, Multicausalidad, Validez, Alianza con el paciente y su familia y Alianza con el profesional de la salud. Ahora bien, enfocándonos en uno de ellos, la multicausalidad la cual se define como “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”, es decir, que un evento adverso es la consecuencia final, de una serie de procesos defectuosos los cuales favorecieron que este se presentara, o en su defecto que no fue prevenido. Sin

embargo, en la cotidianidad se tiende a señalar que el profesional de salud es el único responsable aun cuando la ciencia ha demostrado lo contrario, esto lo explica mucho mejor el “Modelo de Multicausalidad” en la ocurrencia de un adverso llamado el queso suizo.³² Este modelo nos explica que para que se produzca un daño, es necesario que concuerden una serie de acciones o circunstancias (fallas) para que se produzca el evento, esta alineación se ha semeja a los orificios del queso, si tan solo uno no se alinea el daño no ocurre, claro está que si hay una falla esta se puede aglomerar en otros procesos y formar el daño si no es identificada, sería como un efecto domino.

Figura 2. Modelo del Queso Suizo



Fuente: Lineamientos para la implementación de la política para la seguridad del paciente.³²

La multicausalidad nos explica que rara vez un evento se produce por un solo error, entonces tenemos que, un evento adverso es la consecuencia de muchas fallas en los procesos desde la infraestructura hasta el actuar humano. Por consiguiente, es de vital importancia buscar e identificar las causas que iniciaron el evento adverso, ya que con esta información y su respectivo análisis se podrán tomar medidas de seguridad y prácticas seguras, en este análisis es importante detectar las fallas para así plantear las barreras que las contengan, logrando así contener y evitar el evento adverso.^{31,33}

Por otro lado, tenemos el Protocolo de Londres el cual es una versión revisada y actualizada del documento “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”. Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema. El protocolo de Londres se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason.

Figura 3. Modelo organizacional de causalidad de eventos adversos.



Fuente: lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente³⁴

Este modelo nos va a permitir ir mucho más allá de la identificación de la falla, este nos permite investigar, analizar y realizar recomendaciones para así evitar la ocurrencia del evento además promueve un ambiente fomentador del reporte, esto también concuerda con lo dicho por Toffoletto et al.³⁵ Según este modelo, todo inicia desde las decisiones que se toman en el directivo y gerencia de toda organización o empresa y este flujo va hacia abajo, por medio de canales y por último afecta los sitios de trabajo, estableciendo condiciones que pueden canalizarse en acciones inseguras. Allí las barreras se diseñan para evitar y mitigar los eventos y sus consecuencias. Estas barreras pueden ser físicas como barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras, y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión. Cuando se realiza el análisis del evento o incidente cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones.

Lo primero que se identifica son las acciones inseguras que realizó el personal a cargo. Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. Posteriormente se debe tener en cuenta el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. Estos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos en el interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones.

Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente. A la cabeza de los factores contributivos están los del paciente. En cualquier situación clínica, las condiciones de salud del paciente desempeñan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Otros factores del paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas, políticas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los prestadores. La manera en que una determinada función se planea y la disponibilidad de guías, protocolos específicos de cada servicio y pruebas de laboratorio pueden, igualmente, afectar la calidad de la atención. Los factores del individuo (prestador), como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que, dado el escenario adecuado, pueden contribuir a que se cometan errores. En su estudio Toffoletto et al, los factores contributivos identificados en el análisis de los incidentes se relacionaron a tareas y tecnología (ausencia de socialización de normas y protocolos), equipo de trabajo (falta de supervisión, comunicación, alta carga laboral), profesional (falta de experiencia y conocimiento) y paciente (cuidados especializados), como vemos esto no se aleja mucho de la realidad vivida en muchas instituciones de salud.³⁵ Al igual el ambiente físico (ruido, luz y espacio) y social (clima laboral y relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de las personas.

La atención en salud es cada día más compleja y sofisticada, lo que hace necesaria la participación de más de un individuo en el cuidado de cada paciente e imprescindible la adecuada coordinación y comunicación entre ellos; en otras palabras, la atención de un paciente en la actualidad depende más de un equipo que de un individuo. Por este motivo todo el personal de salud debe comprender que sus acciones dependen de otros y condicionan las de alguien. En conclusión, la siguiente tabla resume esos factores contributivos:

Figura 4. Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
Paciente	Complejidad y gravedad
	Lenguaje y comunicación
Tarea y tecnología	Personalidad y factores sociales
	Diseño de la tarea y claridad de la estructura
	Disponibilidad y uso de protocolos
	Disponibilidad y confiabilidad de los pruebas diagnósticas
Individuo	Apoyo para la toma de decisiones
	Conocimiento, habilidades y competencia
Equipo de trabajo	Salud física y mental
	Comunicación verbal y escrita
	Supervisión y disponibilidad de soporte
	Estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc.)
Ambiente	Personal suficiente
	Mixtura de habilidades
	Carga de trabajo
	Patrón de turnos
	Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos
	Soporte administrativo y gerencial
	Clima laboral
	Ambiente físico (luz, espacio y ruido)
Organización y gerencia	Recursos y limitaciones financieras
	Estructura organizacional
	Políticas, estándares y metas
Contexto institucional	Prioridades y cultura organizacional
	Económico y regulatorio
	Contactos externos

Fuente: lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente³⁴

Este protocolo facilita el análisis de los incidentes en la medida en que incluye desde elementos clínicos relacionados con el paciente hasta factores del más alto nivel organizacional y de su entorno, que pueden haber desempeñado algún papel causal. Por este motivo es útil como guía para investigar y analizar incidentes clínicos.^{34,36,37}

4.3 MARCO CONCEPTUAL

SALUD: Según la OMS La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

SALUD MENTAL: La OMS la define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

TRASTORNO MENTAL: es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Según la OMS es un principio fundamental de la atención sanitaria. 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.³⁸

ATENCIÓN EN SALUD: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.³⁹

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: Es un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.³⁸

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.³⁸

RIESGO: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.³⁸

FACTOR DE RIESGO: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.⁴⁰

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

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.³⁸

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.³⁸

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.³⁴

BARRERA DE SEGURIDAD: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.³⁸

INCIDENTE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: Aquel acontecimiento o situación que potencialmente podría haber causado daño pero que no lo ha hecho a causa de la presencia de una barrera de seguridad del paciente que lo ha impedido o por casualidad.³⁹

ERROR: Acción fallida que no se realiza tal como se planificó.³⁹

IMPACTO: Resultado o efectos del error o de los fallos del sistema referidos a la lesión producida al paciente. Los resultados o daños para el paciente pueden dividirse en enfermedad o su complicación, lesión, sufrimiento o discapacidad. ³⁹

PREVENCIÓN Y PLANES DE CONTINGENCIA: Medidas tomadas o propuestas para reducir la incidencia y los efectos de los eventos adversos o para mejorar su detección precoz. Barreras del sistema es un término similar. ³⁹

AGRESIVIDAD: Hostilidad, tendencia más o menos manifiesta a conductas destructivas verbales o físicas dirigidas contra personas u objetos. Podemos decir que la agresión es un comportamiento fisiológico normal que utiliza un organismo para sobrevivir en su medio ambiente. Sin embargo, en los trastornos mentales, puede ser el resultado de un estado de agitación mantenido que no se ha resuelto, la reacción emocional inadecuada ante una frustración o una reacción defensiva ante afrentas o amenazas reales o imaginarias. ³⁹

CONDUCTAS ANTISOCIALES: Comportamientos que implican una violación directa o indirecta de los límites y reglas de convivencia y organización de los límites asistenciales. Pueden conllevar variables grados de agresividad si se frustran. ³⁹

VIOLENCIA: Según la OMS, consiste en el uso deliberado o planificado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. ³⁹

FACTORES CONTRIBUTIVOS: Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

Paciente: Cómo ese paciente contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.

Tarea y tecnología: Documentación ausente, poco clara no socializada, que contribuye al error. Entendido como la tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa y que contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.

Individuo: Equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.

Equipo de trabajo: Conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

Ambiente: Ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.

Organización y gerencia: Decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.

Contexto institucional: Situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.⁴¹

4.4 MARCO LEGAL

La Organización Mundial de la Salud, (OMS) establece que el concepto que enmarca *salud mental* no solo hace referencia a la ausencia de trastornos mentales; si no como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Por lo que se resalta que, en vez de proporcionar mayor atención en los grandes hospitales de psiquiatría, los países a nivel mundial, deberían integrar la salud mental desde la asistencia primaria, brindar atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental.⁴²

El Departamento de Salud Mental y Toxicomanías de la OMS presenta un proyecto de política de salud mental que brinda unas normativas medidas requeridas urgentemente para acabar con la estigmatización y la discriminación y asegurar la implantación de servicios de prevención y tratamiento eficaces.⁴³

La ley 100 del 23 de diciembre de 1993; crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones donde el énfasis primordial es ejercer un sistema de seguridad social integral de instituciones, normas y procedimientos, que disponen la persona y el colectivo en general “para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.”⁴⁴

Esta ley pretende garantizar y lograr un sistema de seguridad social para todos los ciudadanos, basado en principios como eficiencia, universalidad, solidaridad, unidad, participación e integralidad. Con el fin de dar sustento a la seguridad y atención del paciente se presentan los siguientes artículos.

Artículo 157: donde establece que todo colombiano participará en el servicio público esencial de salud que permite el sistema general de seguridad social en salud, ya sea en condición de afiliados al régimen subsidiado, contributivo, de forma temporal como participantes o vinculados, dentro de este grupo personas se incluyen con aquellos que presenten alteraciones y/o discapacidades.

Artículo 162: se establece claramente el plan de salud obligatorio, considerándolo así, un artículo condicionalmente exequible por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-663 de 1996. Este plan permite la protección integral en las fases de promoción, fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.

Se resalta en el artículo 178 de las funciones de las entidades promotoras de salud, establece procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Los artículos, 188 -198 y 199 brindan prioridad a la garantía de atención a los usuarios, por lo que no se podrá discriminar en la atención a los usuarios, de lo contrario se podrá reclamar ante el comité técnico-científico que designará la entidad de salud a la cual esté afiliado, al igual que la importancia de la Información a cada uno de los usuarios, garantizando un adecuado sistema de información de sus servicios y atención a los usuarios.

El Ministerio de Salud define normas de calidad y satisfacción del usuario en el artículo 199, estableciendo medidas de tiempos de espera por servicios, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente, evaluando así cada uno de los aspectos que le competen a los usuarios, al igual que el artículo 227 el cual, establece control y evaluación de la calidad del servicio de salud, por lo tanto, es uno de los artículos con más enfoque hacia la investigación ya que se expide las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios.

La ley 1616 21 de enero de 2013, es la ley oficial de salud mental y se dictan otras disposiciones, garantizando el derecho prioritario a la salud mental de los colombianos y de la cual pretende eliminar múltiples obstáculos que muchos de los usuarios presentan al momento de acceder a los servicios de salud.

En el artículo número 3, se establece salud mental como derecho fundamental, tema prioritario de salud pública y un bien de interés público como componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida. Propone la garantía en salud mental, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el artículo 4, garantiza a la población colombiana, priorizar niños, niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada la inclusión del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todos los trastornos mentales.

En el artículo 6, proyecta los derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental, en donde se detalla minuciosamente cada uno de ellos, como (...) “derecho a recibir atención integral, integrada y humanizada por el equipo humano y servicios en salud mental, derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa, así como sus riesgos, derecho a tener un proceso psicoterapéutico, trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida, derecho a recibir psi coeducación a nivel individual y familiar sobre trastorno mental y las formas de autocuidado, derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental”⁴⁰ entre otros, que no son textualizados en el párrafo pero su grado de importancia es similar a los plasmados como fundamento legal a la investigación en la Unidad Mental.

Los artículos 10 y 11 de la presente ley, propone la responsabilidad en la atención integral e integrada en salud mental, en el que, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptará los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental junto con cada una de sus acciones complementarias. Denota los

mecanismos de seguimiento y evaluación en los artículos 17 y 19 en el cual los entes territoriales deben establecer; los mecanismos, espacios, instrumentos e indicadores de seguimiento y monitoreo del funcionamiento de la red de servicios en salud mental, a fin de garantizar su desarrollo eficiente y ajuste oportuno. Al igual que la exigencia en la capacitación y formación de los equipos básicos en salud.

El artículo 26, hace énfasis en el plan de beneficios para cada uno de los usuarios que requieran de la prestación de servicios en salud mental, en la cual, se deberá incluir planes de beneficios de todos los regímenes, la cobertura de la salud mental en forma integral incluyendo: “actividades, procedimientos, intervenciones, insumos. Dispositivos médicos, medicamentos y tecnologías en salud para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se requieran con necesidad para la atención integral e integrada en salud.”⁴⁵

La implementación de esta ley, se basa principalmente en la garantía que se le debe brindar al paciente con alteraciones mentales y todos los recursos que se pueden poner en ejecución, con el fin de evitar o complicar cualquier alteración a nivel mental. El estado está obligado a garantizar todo aquello relacionado con la promoción, prevención y toda la atención integral a pacientes con este tipo de alteraciones abarcando cada aspecto que se requiera, desde un diagnóstico hasta una oportuna rehabilitación. Además de nombrar los derechos que se tienen los usuarios con alteraciones mentales, se establecen también aquellas responsabilidades por parte de las entidades para prestar un servicio de calidad, las acciones que se realizan de una manera integral, involucrando a la familia y aspectos sociales que puedan contribuir en la realización de dichas acciones.

La Ley 1438 de 2011, El Ministerio de Salud y Protección Social; establece el sistema general de seguridad social en salud y otras disposiciones donde, en su artículo número 65 se evidencia la *Atención Integral en Salud Mental*, estableciendo textualmente que (...)“las acciones de salud deben inducir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del Plan de Beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental”⁴⁶

Por otro lado, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud (SOGCS) establece como objetivo principal, proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.⁴⁷ En la prestación de servicios de calidad es importante que el personal que se encuentra

encargado de cada servicio, esté completamente capacitado y posea todos los implementos necesarios para realizar cualquier procedimiento requerido, por lo que se hace necesario establecer y estandarizar todos los procesos y procedimientos que se realicen con los usuarios de cualquier servicio en una entidad hospitalaria, se deben seguir unos mecanismos de evaluación para generar una retroalimentación de los procesos y así garantizar el adecuado funcionamiento de las redes que prestan los servicios.

El decreto 1011 03 de abril del 2006 Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, del cual se destacan los siguientes artículos.⁴⁸

En el artículo número 32, plantea puntos específicos como; la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios, comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas, adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Proyecta los diferentes tipos de acciones a tener en cuenta en su artículo número 34, tales como; *Acciones Preventivas*: que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma. *Acciones de Seguimiento*; que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad. *Acciones Coyunturales* procedimientos o actividades que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia. Procesa auditoría en las IPS en su artículo 37 tales como: *Autoevaluación* donde se deben evaluar el cumplimiento de las características de calidad y *Atención al usuario* en el cual se evalúa sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

Las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) al igual que las instituciones prestadoras de salud (IPS), las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina preparada, deben asegurar y brindar una excelente atención de calidad a cada uno de los usuarios, no solo basándose en los estándares de calidad a la hora de llevar a cabo sus procedimientos, sino creando conciencia en la vitalidad de registrarse y acoplarse a la amplia normatividad existente

en el sector salud, que tiene por objetivo velar por la vida de los usuarios, el cual no da oportunidad de errores, eventos adversos, prolongaciones o complicaciones de su(s) patología(s) e improvisaciones en su estadía hospitalario. Se debe tomar como primera consideración la salud y la integridad del usuario sin tomar decisiones que pongan en riesgo la vida e integridad del paciente según el artículo 40.

LA RESOLUCIÓN 1445 08 DE MAYO DE 2006, Por la cual se define las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.⁴³ El cual hace referencia a un conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyos de autoevaluación, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad, a través de estándares óptimos y factibles de alcanzar. Esta a su vez, establece cuatro ejes de acreditación; seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión de tecnología, enfoque de riesgo y por último la afiliación y activación de derechos teniendo en cuenta la información, recaudo, registro y afiliación, planeación de la atención y una red de servicios.

Dentro de sus artículos se encuentran las funciones de la entidad acreditadora, los estándares de acreditación, escalas de calificación, las cuales forman parte integral de la resolución, entre otras que contribuyen en pro del bienestar del usuario hospitalizado y con más veracidad aquellos que hacen parte de la Unidad Mental. Para poder recibir la acreditación cualquier institución debe cumplir con la implementación de la Política de seguridad del paciente así como demostrar su eficacia.

LA RESOLUCION 123 26 ENERO DEL 2012 Modifica el artículo 2 de la resolución 1445 del 2006 aplicando a todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que ofrecen servicios ambulatorios, hospitalarios o ambos. Desarrolla secciones de estándares del cliente asistencial tales como; los derechos, seguridad, acceso, registro e ingreso, evaluación de la necesidad de ingreso, planeación de la atención, tratamiento, evaluación, referencia y contra referencia, salida y seguimiento.

Su artículo modificado evidencia los estándares de acreditación; el cual hace referencia a que, el ente acreditador evalúe el nivel de calidad en la atención alcanzada por las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios y las direcciones territoriales de salud, se adoptan los manuales de estándares que se señalan en cinco tomos generales: Manual de estándares de acreditación para las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), Manual de estándares de acreditación para los laboratorios clínicos, Manual de estándares de acreditación para las instituciones que ofrecen servicio de imagenología, Manual de estándares de acreditación para las instituciones que ofrecen servicios de salud de habilitación y rehabilitación y por

último el Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. Manuales de los cuales, la investigación se centra en el primero, penúltimo y último, puesto que aplica y contrasta, con las necesidades básicas de la Unidad Mental del HUHMP se establece el bienestar, calidad en la atención al igual que continuar con procesos de mejoramiento continuo de calidad.⁴⁹

RESOLUCIÓN 1446 DE 2006, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud⁵⁰. La resolución tiene por objeto definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita: Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema. Esta resolución contiene un anexo técnico, en donde, 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, además se establece la obligatoriedad de reportar eventos adversos, logrando que la institución no sólo reporte para cumplir un requisito, sino para reestructurar un programa de seguridad del paciente, sobre unas bases sólidas, a fin de generar cultura organizacional.

5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

GRUPO	VARIABLE	DEFINICION	SUBVARIABLE	INDICADORES DE CATEGORIA	NIVEL DE MEDICION	INDICE	
Variables sociodemográficas	Sexo	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer		Masculino	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa	
				Femenino			
	Edad	Años desde el nacimiento hasta el momento del evento en estudio		Número de años cumplidos	Cuantitativo continuo	Medidas de tendencia central y de dispersión	
	Régimen de seguridad social	Régimen de aseguramiento al que pertenece el usuario			Contributivo	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa
					Subsidiado		
					Especial		
					Población pobre no vinculada		
EPS	Empresa promotora de servicios de salud a la que pertenece el usuario			Nombre de la aseguradora	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa	
Zona de procedencia	Ubicación de la vivienda regular del paciente			Rural	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa	
				Urbano			
Lugar de procedencia	Municipio donde reside			Nombre del municipio	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa	

	Nivel Educativo	Nivel de educación máximo alcanzado		Analfabetismo	Cualitativo ordinal	Frecuencia absoluta y relativa	
				Primaria completa			
				Primaria incompleta			
				Secundaria completa			
				Secundaria incompleta			
				Técnico/tecnólogo			
	Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación con otra		Profesional	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa	
				Soltero/a			
				Comprometido/a			
				Unión libre			
Variables clínicas	Diagnóstico	Causa principal o motivo de ingreso del paciente al hospital.	Trastorno principal	Nombre del diagnóstico	Cualitativo nominal	Frecuencia absoluta y relativa	
			Trastorno secundario				
			Otro tipo de diagnóstico				
	Tratamiento	Conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.		Grupo farmacológico 1	Nombre del grupo farmacológico	Cualitativa nominal	Frecuencia absoluta y relativa
				Grupo farmacológico 2			
				Grupo farmacológico 3			
					Número de grupos farmacológicos	Cuantitativa discreta	Medidas de tendencia central y de dispersión

	Tipo de hospitalización	Modalidad de hospitalización		Día	Cualitativa nominal	Frecuencia absoluta y relativa
				Interno		
	Número de ingresos en el año 2017	Número de veces que ingresa a la unidad mental		Número de hospitalizaciones	Cuantitativa discreta	Medidas de tendencia central y de dispersión
	Red de apoyo	Personas que asumen la responsabilidad de su cuidado	Cuenta con red de apoyo	Si	Cualitativa nominal	Frecuencia absoluta y relativa
				No		
			Tipo de red de apoyo	Amigos		
				Familia		
				Vecinos		
				Otros		
	No aplica					
	Evento adverso	Suceso de atención en salud que de manera no intencional produce daño	Evento adverso 1	Nombre del evento adverso presentado	Cualitativa nominal	Frecuencia absoluta y relativa
			Evento adverso 2			
Evento adverso 3						
Número total de eventos adversos ocurridos			Número de eventos que presentó el usuario	Cuantitativa discreta	Medidas de tendencia central y de dispersión	

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se considera de tipo cuantitativo dado que las variables recolectadas a partir de las historias clínicas de los usuarios ingresados a la Unidad Mental durante el periodo de estudio permitieron obtener resultados cuantificables. El alcance es de tipo descriptivo puesto que no se manipularon las variables y se determinó la situación de las mismas a partir de los resultados obtenidos y analizados.

Es de corte transversal porque la recolección de datos se realizó en una población, lugar y punto de tiempo determinado sin continuidad en el eje de tiempo midiéndose exposición y efecto al mismo tiempo, hallando una asociación estadística entre un factor de riesgo y un efecto.

6.2 POBLACIÓN

6.2.1 Población y muestra: El universo de esta investigación son los usuarios que cumplen los criterios de selección para un total de 501.

6.2.2 Tipo de muestreo: El cálculo de muestreo no se realiza porque se seleccionaron todos los usuarios.

6.2.3 Criterios de selección: Para la presente investigación se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

6.2.3.1 Criterios de inclusión: Usuarios que ingresaron a la Unidad Mental durante el 01 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2017.

6.2.3.2 Criterios de exclusión: Usuarios psiquiátricos que ingresaron a otras unidades.

6.3 MÉTODO, TÉCNICA

6.3.1 Método: Revisión de historias clínicas de los usuarios que ingresaron a la Unidad Mental durante el periodo de estudio.

6.3.2 Técnica: Se revisaron las historias clínicas de los usuarios que ingresaron a la Unidad, digitando las variables obtenidas en una base de datos de Microsoft Excel 2013, y posteriormente se analiza en el Software Stata 14.

6.4 ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

A partir de la información recolectada de las historias clínicas a una base de Excel, por medio del Software Stata se realiza un análisis univariado para la caracterización de los usuarios y los eventos adversos identificados en la Unidad y se presentan a través de tablas de frecuencias, posteriormente un análisis bivariado que permita hallar la asociación estadística entre las características de los usuarios y los eventos adversos el cual se presenta en un modelo de regresión logística.

6.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio fue aprobado para su realización por el centro de investigación, docencia y extensión Comité de ética de la E.S.E Hospital Hernando Moncaleano Perdomo.

Para los fines del desarrollo del proyecto de investigación se tuvieron en cuenta los diferentes conceptos éticos y legales planteados en la Resolución nº 008430 de 1993⁵¹. De acuerdo a esta, la presente investigación es considerada sin riesgo puesto que el estudio no modifica las variables biológicas, fisiológicas o sociales de los participantes sino que se basa en una revisión documental de sus historias clínicas. La información obtenida será requerida para fines estrictamente científicos para lo cual se firmó acuerdo de confidencialidad con la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en cuanto al manejo de historias clínicas y demás documentos que nos proporcionen información.

También se tuvieron en cuenta los siguientes principios éticos del Código de Ética de Enfermería⁵²:

Beneficencia – No maleficencia: La presente investigación busca determinar los factores de riesgo para la ocurrencia de eventos adversos en la Unidad Mental para lo cual no se realizarán intervenciones que pongan en riesgo la integridad de los participantes y contribuirá a minimizar la ocurrencia de los mismos.

Privacidad: Los diferentes datos recolectados serán usados con fines estrictamente científicos en los cuales se garantiza la privacidad de la identidad de los participantes.

Veracidad: Se garantiza que la información obtenida a partir de la presente investigación sea veraz y comprobable permitiendo una contribución al mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Fidelidad: Se garantiza a los participantes el cumplimiento de los compromisos y obligaciones acordadas en la presente investigación.

Además de esto, se rige bajo la LEY 266 DE 1996⁵³ la cual reglamenta la profesión de Enfermería y bajo la LEY 911 de 2004⁵⁴ mediante la cual se establece la responsabilidad del profesional de Enfermería en investigación teniendo en cuenta que el personal de Enfermería debe salvaguardar la dignidad, integridad y los derechos de los seres humanos.

7. RESULTADOS

Para el desarrollo de la presente investigación se solicitó el reporte de eventos adversos de la Unidad Mental en el HUHMP; además, teniendo en cuenta que la literatura nos evidencia una baja cultura del reporte de EA se realizó búsqueda activa en historias clínicas de los 501 usuarios que ingresaron a la Unidad. Las diferentes variables encontradas en las historias clínicas se fueron digitando en una base de datos de Microsoft Excel 2013 para posteriormente analizarlas por medio del Software Stata 14. La presentación de los resultados se realiza de acuerdo al cumplimiento de los objetivos.

Tabla 1. Caracterización de los usuarios de la Unidad Mental del HUHMP, 2017

Categoría		Sin evento adverso	Con evento adverso
N		379	122
Sexo	Femenino	130 (34.3%)	42 (34.4%)
	Masculino	249 (65.7%)	80 (65.6%)
EDAD, mean (SD)		36.56992 (15.377516)	34.114754 (16.836205)
Estado civil	Casado/a	35 (9.2%)	8 (6.6%)
	Divorciado/a	14 (3.7%)	6 (4.9%)
	Soltero/a	286 (75.5%)	98 (80.3%)
	Unión libre	39 (10.3%)	10 (8.2%)
	Viudo/a	5 (1.3%)	0 (0.0%)
Régimen de seguridad social	Contributivo	81 (21.4%)	26 (21.3%)
	Especial	22 (5.8%)	4 (3.3%)
	Población pobre no vinculada	6 (1.6%)	2 (1.6%)
	Subsidiado	270 (71.2%)	90 (73.8%)
Zona de procedencia	Rural	50 (13.2%)	24 (19.7%)
	Urbano	329 (86.8%)	98 (80.3%)
Nivel educativo	Analfabeta	4 (1.1%)	4 (3.3%)
	No registra	71 (18.7%)	15 (12.3%)
	Primaria completa	70 (18.5%)	29 (23.8%)
	Primaria incompleta	61 (16.1%)	19 (15.6%)
	Profesional	16 (4.2%)	3 (2.5%)
	Secundaria completa	64 (16.9%)	29 (23.8%)
	Secundaria incompleta	80 (21.1%)	18 (14.8%)
	Técnico/tecnólogo	13 (3.4%)	5 (4.1%)
Tipo de hospitalización	Día	31 (8.18%)	7 (5.74%)
	Interno	348 (91.82%)	115 (94.26%)
Red de apoyo	No	47 (12.40%)	20 (16.39%)
	No registra	4 (1.06%)	1 (0.82%)
	Si	328 (86.54%)	101 (82.79%)
Tipo de red de apoyo	Amigos, vecinos, otros	6 (1.58%)	3 (2.46%)
	Familia	325 (85.75%)	100 (81.97%)
	No cuenta con tipo de red de apoyo	48 (12.66%)	19 (15.57%)

Fuente: Historias clínicas de los usuarios de la Unidad mental del HUHMP, 2017

Se analizaron un total de 501 historias clínicas de los pacientes que ingresaron a la Unidad Mental en el año 2017. De los pacientes con eventos adversos (122) se evidencia 173 eventos adversos; el 65.6% ocurrió en el sexo masculino y el 34.4% en el sexo femenino, con una edad media de 34.1 años en comparación con los que no presentaron algún evento adverso que fue de 36.5 años con una diferencia de 2,4 años. En cuanto al estado civil de los usuarios que presentaron el EA, solo el 14,8% tienen una relación afectiva establecida siendo estos casados y quienes conviven en unión libre, mientras que aquellos que no cuentan con una pareja sentimental estable suman el 85.2%, donde sobresalen los solteros con el 80.3% de los que si presentaron el EA en comparación con los que no lo presentaron 75.5%. La mayor parte de los usuarios que presentaron EA pertenecen al régimen subsidiado (73.8%), mientras que el régimen contributivo, Especial y población Pobre No Vinculada suman el 26.2%. Existe un alto número de usuarios que presenta EA procedentes de la zona urbana con 80.3%, un porcentaje bastante elevado en comparación con los que proceden de la zona rural con un 19,7%. Los niveles educativos de los usuarios con eventos adversos en su mayoría cursaron la primaria completa y secundaria completa con 23.8% respectivamente. Entre los usuarios que ingresaron y presentaron el evento adverso el 94.26% se encontraban en hospitalización Interna, donde el 82.79% cuentan con una red de apoyo que en su mayor parte son familiares con 81.97% de la población con EA.

Tabla 2. Eventos adversos en la Unidad Mental del HUHMP, 2017

	Eventos Adversos	Prevalencia
Reportados a la oficina de garantía de la calidad.	11	2,19%
Búsqueda activa en historias clínicas	173	24,33%

Fuente: Reporte de eventos adversos a la oficina de Garantía de la Calidad 2017 e historias clínicas-usuarios de la unidad mental, 2017.

Durante el año 2017 se reportaron a la oficina de Garantía de la Calidad del HUHMP 11 eventos adversos en la Unidad Mental, con una prevalencia de 2,19%; pero, en la revisión de historias clínicas en los pacientes de la Unidad Mental se encuentran 173 eventos adversos de 122 usuarios, con una prevalencia de 24,33%; la diferencia de esta prevalencia es de 22,11 puntos porcentuales; donde aproximadamente 1 de cada 4 pacientes que ingresan a la unidad mental presentan un evento adverso.

Tabla 3. Eventos adversos identificados en búsqueda activa, en la Unidad Mental del HUHMP, 2017

Evento adverso	Frec.	%	Cum.
Abuso y uso de sustancias	4	2.31	2.31
Autolesión	18	10.40	11.56
Caída	8	4.62	16.18
Daño a infraestructura	7	4.05	20.23
Estancia prolongada relacionada con dispositivos y equipos médicos	2	1.16	21.39
Falla en procedimiento asistencial tratamiento	1	0.58	21.97
Falla en procedimiento paciente equivocado	1	0.58	22.54
Flebitis	4	2.31	24.86
Heteroagresion	40	23.12	47.98
Incumplimiento de la norma besos entre usuarios	2	1.16	49.13
Incumplimiento de la norma relaciones sexuales	1	0.58	49.71
Infección nosocomial	10	5.78	55.49
Lesión	16	9.25	64.74
Lesión asociada a la dependencia	4	2.31	67.05
Muerte	1	0.58	67.63
Reacción adversa a medicamentos	35	20.23	89.02
Reingreso menor a 15 días	19	10.98	100.00
Total	173	100.00	

Fuente: Historias clínicas usuarios de la Unidad mental, 2017.

Del total de 173 eventos adversos, 23,12% fueron por heteroagresion, seguido de reingreso menor a 15 días con 10,98%, reacción adversa a medicamentos con un 20,23%, autolesión con 10,40%, lesión 9,25%, infección nosocomial 5,78%, caída 4,62%, daño a infraestructura 4,05%, abuso y uso de sustancias, flebitis y lesión asociada a la dependencia 2,31% respectivamente, incumplimiento de normas por besos entre usuarios y estancia prolongada relacionada con dispositivos y equipos médicos 1,16% cada uno, mientras que eventos adversos como falla en procedimiento asistencial al tratamiento, falla en procedimiento paciente equivocado, incumplimiento de la norma relaciones sexuales y muerte con solo 0,58% respectivamente.

Tabla 4. Factores de riesgo para la ocurrencia de eventos adversos en la Unidad Mental del HUHMP, 2017

Factor	Modelo poblacional OR	Modelo muestral OR
Edad	0.976** [0.961,0.991]	0.979* [0.962,0.996]
Número de ingresos en el 2017	1.350*** [1.165,1.564]	1.410*** [1.174,1.693]
Trastorno mental crónico-esquizofrenia	1.789* [1.014,3.155]	1.209 [0.642,2.277]
Número total de grupos farmacológicos	1.529*** [1.329,1.758]	1.567*** [1.333,1.842]
Trastorno afectivo bipolar	1.926* [1.060,3.500]	1.365 [0.698,2.669]
Urbano	0.551* [0.310,0.981]	0.435* [0.216,0.876]
Total	501	322

Exponentiated coefficients; 95% confidence intervals in brackets

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Fuente: Historias clínicas usuarios de la Unidad mental, 2017

El análisis bivariado entre las características sociodemográficas y clínicas con los eventos adversos indicó una asociación estadísticamente significativa con algunas de estas como se muestra en la Tabla 4. De estos hallazgos se encuentra que la edad se comporta como un factor protector a medida que esta aumenta; es decir, a mayor edad menor probabilidad que presente un evento adverso, de igual manera sucede con los usuarios que provienen del área urbana, que si bien son los que más ingresan a la Unidad, fueron los que menos presentaron eventos adversos durante el periodo de estudio. Ahora bien, el número total de ingresos y grupos farmacológicos se comportan como un factor de riesgo a medida que estos aumentan en número, a mayor número de grupos farmacológicos que se le estén administrando a un usuario y mayor número de ingresos que este presente, la probabilidad de presentar un evento adverso también aumenta. De igual manera, los diagnósticos de trastorno mental crónico-esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar se comportan como un factor de riesgo para presentar un evento adverso.

8. DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que el personal de enfermería es quien más reporta, evidenciado por los hallazgos encontrados en las notas de enfermería. Se encontró que el 65% de población que presenta algún tipo de trastorno corresponde a los hombres, caso similar presentado en la encuesta nacional de salud 2003 donde los hombres presentan prevalencias más altas, en cualquier tipo de trastorno presentado alguna vez en su vida en comparación de las mujeres con un 41% y 39% respectivamente⁵⁵. Para el 2015 la encuesta evidencia que los trastornos son más frecuentes en mujeres que en hombres tanto en adolescentes como en la población adulta⁵⁶. De los trastornos evaluados en esta última encuesta, los más prevalentes son el trastorno afectivo bipolar y la fobia social⁵⁶ caso similar al encontrado donde el trastorno afectivo bipolar presenta un 34%, este se encuentra precedido por esquizofrenia que tiene un 47%.

En esta investigación se encontró que los usuarios con alguna patología mental en su mayoría provienen de la zona urbana con un 85%, lo anterior tiene concordancia con la encuesta del 2015 donde la zona urbana, presenta una prevalencia superior que zona rural, en cualquier tipo de trastorno,⁵⁶ asimismo Gonzales LM, et al⁵⁷ establece que la ubicación geográfica está relacionada con la decisión de consultar al médico o no cuando se tiene problemas de salud mental, Restrepo C, G, et al⁵⁸ asegura que, las personas que viven en el área rural presentan menos riesgo de padecer una alteración mental.

En cuanto a nivel educativo, para el 2003 la prevalencia de cualquier trastorno era mayor en primaria completa con un 41.1%,⁵⁵ caso similar a nuestro estudio donde la primaria completa representa el 19.76% muy a la mano con secundaria incompleta con un 19.56%, lo anteriormente descrito evidencia la dificultad del acceso a la educación y la estigmatización de la población que presenta algún tipo de alteración mental y lo difícil que es llegar a terminar una carrera profesional, en relación a esto, en España se identificó que el 46% de las personas con deficiencias mentales no tienen estudios y que el 13,67% no llegan a leer ni escribir,⁵⁹ situación similar encontrada en Colombia donde las personas con enfermedades mentales, por lo general, son víctimas a diario de estigmatización y discriminación, razón por la cual acceder y/o continuar con una educación y trabajo cada vez es más difícil, aun cuando ingresan con mayor frecuencia se vulneran sus derechos.⁵⁸

En algunos estudios se habla de la importancia del acompañamiento familiar a los pacientes con alteraciones mentales, frente a esto Battaglia y Schettini 2010, dicen que las familias hacen parte central en el tratamiento psiquiátrico de pacientes hospitalizados,⁶⁰ sumado esto Hidalgo, Ballester y García 2007 plantean “la familia

se convierte en el mejor apoyo que puedan tener los profesionales que atienden a las personas afectadas y viceversa”,⁶¹ en nuestro estudio evidenciamos una carencia en el acompañamiento constante en el proceso de la atención por parte de los familiares, sin embargo cabe resaltar que el 85.6% de la población total presentaba algún tipo de apoyo.

Dentro de los diagnósticos a destacar en nuestro estudio se encuentra trastorno asociado al consumo de sustancias, el cual presenta un 23.5% de la población total; sabemos que el consumo de sustancias psicoactivas tiene un impacto directamente proporcional con los problemas de salud mental, este consumo está relacionado con el estrés posttraumático, ansiedad, pánico, presencia de ideación suicida, etc. En cuanto al impacto económico se calcula que sería necesario el 0.4% del PIB para tratar los problemas relacionados con el uso de sustancias.⁵⁶

Cabe destacar que en el presente estudio se encontró que la población que presentó algún tipo de evento adverso durante su hospitalización en la unidad mental está conformada por un 65.57% en hombres, esto muestra concordancia con un estudio multicéntrico hecho en México.⁶³ La edad promedio fue de 34 años, en esta investigación se evidenció que el área urbana, el número total de ingresos, el número total de grupos farmacológicos, presentar diagnósticos médicos de esquizofrenia o Trastorno Afectivo Bipolar y la edad tiene asociación estadísticamente significativa con la presencia de eventos adversos, caso similar encontrado en los servicios de hospitalización en México.⁶²

Es importante resaltar que los estudios encontrados en la literatura referente a EA en su gran mayoría son realizados en áreas diferentes a hospitalización psiquiátrica, esto nos lleva a encontrar variabilidad en el tipo de EA presentado, asimismo en un estudio realizado en México, en diferentes áreas de hospitalización exaptando la unidad mental, que la mayoría de eventos adversos están relacionados con el cuidado y la administración de medicamentos, dentro de los primeros se encontró que las caídas y las úlceras por presión representan un 28.7% y un 19.1% respectivamente,⁶² mientras que en este estudio solo representan un 4.62% en la unidad mental, diferencia que es significativa, sin embargo, nuestro estudio demuestra que los eventos más representativos en la unidad fueron heteroagresión con 23.12%, seguido por RAM con un 20.23% y por último autolesión con un 10.94%.

Al analizar los factores de riesgo para la ocurrencia de eventos adversos en una unidad mental, se debe tener en cuenta principalmente las diferentes condiciones en las que un usuario se puede hallar, evaluar cada una de las necesidades que requieren para dar un cuidado diferenciado y establecer una política de seguridad

del paciente específica para dicha población, sin embargo la OMS, en su informe acerca de la salud en mental en el mundo 2001, reporta que el 40% de los países no disponen de una política bien definida de salud mental y el 33% no plantea un programa de salud mental⁶³ puesto que las intervenciones y/o actividades que se realizan a diario por parte del personal de salud en pro de beneficios a los usuarios con trastorno mental, muchas ocasiones no son suficiente para prevenir la ocurrencia de eventos adversos (EA). Sumado a esto se registra un sub-registro de los eventos adversos lo cual dificulta el análisis de los factores de riesgo y causas para la ocurrencias de los mismos generando así mala calidad asistencial, durante la investigación se encontró una prevalencia de EA de 24,3% lo cual difiere radicalmente con lo reportado por el personal donde solo se encontró una prevalencia de 2,19%, esto también es registrado por Sebastián de Belalcázar en el que evidencia la poca adherencia a la cultura de reporte de eventos adversos por parte del personal asistencial al programa de seguridad del paciente.⁶⁴

9. CONCLUSIONES

La edad, el área urbana, el número total de ingresos, el número total de grupos farmacológicos, presentar diagnósticos médicos de esquizofrenia o Trastorno Afectivo Bipolar son factores determinantes para la ocurrencia de eventos adversos en la Unidad Mental.

Es necesario reforzar el sistema de reporte y cultura de seguridad del paciente, ya que a la hora de comparar los reportes institucionales con las historias clínicas se evidencia sub-registros de eventos adversos significativos.

HUHMP cumple con la adaptación e implementación de la Política de Seguridad del Paciente, fomentando los 18 procesos asistenciales seguros, sin embargo estos no están adaptados a las características específicas de los usuarios de la unidad mental.

10.LIMITACIONES

Información insuficiente en los registros de las historias clínicas de los usuarios ingresados en el periodo de estudio.

La obtención de la población a estudio, debido al poco reporte de eventos durante el 2017.

Bases de datos suministradas incompletas y no actualizados, de los ingresos en el periodo de estudio.

La presente investigación sólo comprende el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2017.

La investigación se basa únicamente en la información obtenida en historias clínicas y reportes de eventos en calidad.

11. RECOMENDACIONES

Fortalecer la cultura del reporte de eventos adversos y su búsqueda activa con información suficiente que permita el análisis del mismo.

Sensibilizar al personal sobre el reporte no punitivo de eventos adversos.

Verificar concordancia entre lo registrado en las historias clínicas y el reporte de los eventos adversos.

Fortalecer la coordinación del asegurador y la institución en lo referente a fallas que los involucren a los dos.

Adaptación de la Política de Seguridad del paciente en la Unidad Mental acorde con los lineamientos de la Política Nacional de Salud Mental.

Implementar otros materiales para la identificación de riesgos de los usuarios.

Evaluación diferenciada de la Política Institucional de Seguridad del paciente en la Unidad Mental

Realizar más estudios sobre eventos adversos en la Unidad Mental que permitan hallar una relación causal de su ocurrencia contribuyendo al mejoramiento continuo de la calidad de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de salud y protección social, Co. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental [En línea]. [Consultado: 15 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/reducir-riesgo-atencion-pacientes-enfermedad-mental.pdf>
2. Elvira Peña, L; Rodríguez Pérez B. Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en salud mental [En línea]. [Consultado: 15 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://congreso enfermeria.com/2016/sites/default/files/SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTION DE RIESGOS SANITARIOS EN SALUD MENTAL.pdf>
3. Soto Álvarez, J. Implicación de la investigación de resultados en salud en la mejora continua de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud [En línea]. Vol. 24 no.24, España, 2007 [Consultado: 15 agosto de 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007001100001&script=sci_arttext&lng=pt
4. Aranaz, J, et al. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica [En línea]. España, 2006 [Consultado: 15 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://sespas.es/informe2006/p1-5.pdf>
5. Chantler C. de role and education of doctor in the delivery of health care. Lancet [En línea]. 1999 [Consultado: 15 de agosto del 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10209997>.
6. Botero Gonzales D; Olarte Cortes JC. Medición de los costos asistenciales de no calidad por los eventos adversos ocurridos en hospitalización, en la IPS Comfamiliar Risaralda, durante el año 2012 [En línea]. Pereira, Col 2013 [Consultado: 15 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/3920/6581552O42.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson. To Err Is Human: Building a Safer Health System [En línea]. [Consultado: 15 de agosto de 2017]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf
8. Villarreal Pérez, J Z; Gómez Almaguer, D; Bosques Padilla J. Errar es humano [En línea]. Vol. 13 no. 51, 2011 [Consultado: 16 agosto de 2017]. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505>

9. Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informes, estudios e investigación [En línea]. Col, 2009 [Consultado: 29 de agosto 2017]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.pdf>
10. Organización Mundial de Salud. Seguridad del paciente [En línea]. [Consultado: 29 de agosto 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/patient_safety/es/
11. Organización Mundial de Salud. 10 datos sobre la seguridad del paciente [En línea]. [Consultado: 29 de agosto 2017]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
12. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente [En línea]. 2008 [Consultado: 29 de agosto del 2017]. Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
13. Ministerios de Salud y Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [En línea]. 2008 [Consultado: 29 de agosto del 2017]. Disponible en:
https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf
14. Garzón Rodríguez, V; López Ramírez, J; Muñoz Alvear, C; Suarez Medina, G. Especialización en Administración En Salud [En línea]. Cali, Col. 2013 [Consultado: 29 de agosto 2017]. Disponible en:
<http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/642/Viviana%20Garzon%20Rodriguez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 datos sobre seguridad del paciente [En línea]. Jun, 2014 [Consultado: 29 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
16. Coral Leiton, A. Eventos adversos presentados en un servicio de hospitalización de una institución de atención psiquiátrica, entre enero de 2014 y julio de 2016 [En línea]. Pereira, Col. 2017 [Consultado: 2 de septiembre de 2017]. Disponible en:

<http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/8400/3622C787.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Gutiérrez Mendoza, L; Torres Montes, A; Soria Orozco, M; Padrón Salas, A; Ramírez Hernández, M. Costos de eventos adversos graves en un Hospital Comunitario de Enseñanza en México [En línea]. México, 2015 [Consultado: 2 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741115000717>
18. Scobie, S; Minghella, E; Colin Dale; Thomson, R; Lelliott, P; Hill, K. Con la seguridad en mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente [En línea]. 2006 [Consultado: 2 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad_en_mente.pdf
19. Reyes Alcázar, V; Cambil Martín, J; Herrera Usagre, M. Revisión sistemática sobre recomendaciones de seguridad del paciente para centros sociosanitarios [En línea]. Medicina clínica. Vol.141. Pág., 397-405. 2013 [Consultado: 2 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775313001930?via%3Dihub>
20. Pozo Muñoz, F; Padilla Marín, V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria [En línea]. Revista CA, Vol.28. Pág. 329-336. 2013. [Consultado: 2 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X13000511>
21. Ramon Mir-Abellán, Anna Falcó-Pegueroles, María Luisa de la Puente-Martorell. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas [En línea]. Rev. Science Direct. Gaceta Sanitaria, Volumen 31, Número 2, Páginas 145-149. 2016 [Consultado: 2 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301777>
22. Freixas Sala, N; Monistrol Ruano, O; et al. Seguridad del paciente e implicación de las enfermeras: encuesta en los hospitales de Cataluña [En línea]. Enfermería Clínica, Volumen 27, No. 2, Pág. 94-100. 2016. [Consultado: 2 de septiembre de 2017] Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1130862116300249?returnurl=http:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1130862116300249%3Fshowall%3Dtrue&referrer=http:%2F%2Fwww.sciencedirect.com%2Fscience%2Farticle%2Fpii%2FS1130862116300249>

23. Agra Y; et al. Recomendaciones para la respuesta institucional a un evento adverso [En línea]. Rev. de Calidad Asistencial, Vol. 31, No. 1, Pág. 42-54, 2016. [Consultado: 3 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1134282X15001098?returnurl=http:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1134282X15001098%3Fshowall%3Dtrue&referrer=http:%2F%2Fwww.sciencedirect.com%2Fscience%2Farticle%2Fpii%2FS1134282X15001098&scrollTo=%23hl0000532>
24. Murillo Ayuso, D; Noriega Matanza, C; Andrés Gimeno, B; López Suárez, R J; Herrera Peco, I. Gestión de la calidad, un enfoque directivo para la seguridad del paciente [En línea]. Enfermería Clínica. Vol. 27, Pág. 251-255. 2017. [Consultado: 3 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862117300621?via%3Dlinkinghub>
25. Garzón Rodríguez V, López Ramírez J I, Muñoz Alvear C L, Suarez Medina G I. Proyecto Seguridad Del Paciente Del Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E. [En línea] U. Católica De Manizales Fac De Ciencias De La Salud 2013 [Consultado: 3 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/642/Viviana%20Garzon%20Rodriguez.pdf?sequence=1>
26. Parra C V; López J S; Hernando Bejarano C; Puerto A H; Galeano M L. Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá [En línea]. Vol. 35, Núm. 2. 2017 [Consultado: 3 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/22602>
27. Restrepo Bastidas, J C; Barrera Saavedra, L M; Pitto Apio, C M; Ordoñez V M. Herramientas prácticas para la seguridad del paciente en una institución privada de salud mental. Popayán 2013 [En línea]. Bieleferd Academic Search Engine.2014 [Consultado: 3 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/6013/RestrepoJuan2013.pdf?sequence=10&isAllowed=y>
28. Materón Bonilla, A M; Preciado Angulo, K M. Adherencia del personal de enfermería del servicio de hospitalización a la política de seguridad de la atención y humanización del servicio y la tendencia de los eventos adversos de la atención de enfermería en el servicio de hospitalización de la clínica palma real en el periodo enero a diciembre de 2014 [En línea]. Santiago de Cali, 2015 [Consultado: 3 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/1057>

29. Arango Ospina, P. Fortalecimiento de los procesos de seguridad en el uso de medicamentos y de prácticas seguras en la institución prestadora de servicios Mediarce Medellín 2016 [En línea]. Universidad de Antioquia, 2016 [Consultado: 3 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10495/5532>
30. Leiva Panqueva L M, Laverde Gaona L A. Reacciones Adversas Asociadas Al Uso De Antipsicóticos En La Unidad De Salud Mental Del Hospital Universitario De Neiva [En línea]. Rev. Revistas Científicas Editorial Usco. Rev. Facultad Salud [Consultado: 3 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://contenidos.usco.edu.co/images/documentos/grados/T.G.Epidemiologia/68.T.G-Lina-Maria-Leiva-Panqueva-Luis-Alfonso-Laverde-Gaona-2013.pdf>
31. Ministerio de Salud y Protección Social, Co. Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”, La Seguridad del Paciente y la Atención Segura [En línea]. [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf>
32. Los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>
33. Razón, J. "Human Error: Models and Management [En línea]. BMJ: British Medical Journal, Pág. 768-770, 2000 [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>
34. Ministerio de Salud, Co. Protocolo de Londres. Traducción con modificaciones del documento System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK) [En línea]. [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO%20DE%20LONDRES%20INCIDENTES%20CLINICOS.pdf>
35. Toffoletto MC; Ramírez Ruíz, X. Mejorando la seguridad de los pacientes: Estudio de los incidentes en los cuidados de Enfermería [En línea]. 2013 [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/es_0080-6234-reeusp-47-05-1098.pdf

36. Empresa Social del Estado, Hospital Mental de Antioquia. Programa Gestión de Seguridad del Paciente [En línea]. Actualizado: 1 de abril, 2015 [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.homo.gov.co/sites/default/files/archivos/Modelo de Seguridad del Paciente.pdf>
37. Ministerio de Salud, Chile. Metodología para la prevención y manejo de incidentes críticos en seguridad de la atención [En línea]. 2009 [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/32-1.pdf>
38. Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: [http://asav.org.es/resources/Guadeseguridadenlaatencinalaspersonascontrastornos\\$5B1\\$5D.pdf](http://asav.org.es/resources/Guadeseguridadenlaatencinalaspersonascontrastornos$5B1$5D.pdf)
39. Guía Técnica Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Reducir el Riesgo de la atención en pacientes con enfermedad mental. [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://minalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/reducir-riesgo-atencion-pacientes-enfermedad-mental.pdf>
40. Organización Mundial de la salud. Factores de riesgo [En línea]. [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
41. Organización mundial de la salud. Trastornos mentales (Nota descriptiva) [En línea]. Abr, 2017 [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
42. Organización mundial de la salud. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Proyecto de política de salud mental [En línea]. 2001 [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/49.pdf
43. Secretaría Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá. D.C. Ley normativa N°100 de 1993 [En línea]. Bogotá, 1993 [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
44. Instituto nacional de salud. Ley normativa N°1616 [En línea]. Bogotá; enero 2013. [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

45. Ministerio salud y protección social, co. Ley normativa N° 1438. Sistema General de Seguridad Social en Salud [En línea]. Bogotá, enero 2011 [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
46. Ministerio de salud y protección social, co. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) [En línea]. [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC.aspx>
47. Ministerio de salud y protección social, co. Decreto normativo número 1011 [En línea]. Abril 2006. [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
48. Betancourt Palcio, D. Ministerio de salud y protección social, co. Manuales de estándares del sistema único de acreditación. Resolución normativa 1445. [En línea]. Mayo de 2006 [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_1445_2006.pdf
49. Ministerio de salud y protección social, co. Resolución 0123 de 2012. Por la cual se modifica el artículo 2 de la resolución 1445 de 2006 [En línea]. 2012 [Consultado: 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-0123-de-2012.zip>
50. Ministerio de salud y protección social, Co. Resolución 1446 de 2006. [En línea]. 2006 [Consultado: 10 de septiembre de 2017]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf
51. Ministerio de salud y protección social, Co. Resolución 8430 de 1993. [En línea]. 1993 [Consultado: 10 de septiembre de 2017]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf
52. ACOFAEN. Código de Ética de enfermería - Tribunal Nacional Ético de Enfermería [En línea]. Bogotá D.C.; 1998 [Consultado: 10 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=63

53. Ministerio Educación Nacional, Co. Ley 266 de 1996. [En línea]. 1996 [Consultado: 10 de septiembre de 2017]. Disponible en: https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf
54. Ministerio Educación Nacional, Co. Ley 911 de 2004. [En línea]. 2004 [Consultado: 10 de septiembre de 2017]. Disponible en: https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
55. Ministerio de Salud y Ptroteccion Social. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. [En línea]. [Consultado: 20 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
56. Ministerio de Salud y Ptroteccion Social. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2015. [En línea]. [Consultado: 20 de febrero de 2018]. Disponible en: https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf
57. Gonzales LM, et al. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia 2015. [En línea]. [Consultado el 07 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45s1/v45s1a12.pdf>
58. Restrepo C, G, et al. Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [En línea]. [Consultado el 07 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45s1/v45s1a09.pdf>
59. Oscar R, P, et al. Población con enfermedad mental grave y prolongada. Madrid España 2003 [En línea]. [Consultado el 07 de Junio de 2018]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/PoblacionconEnfermedadMentalGrave.pdf>
60. Bettaglia, A; Schettini, C. Extendiendo el contexto relacional al tratamiento de las patologías psiquiátricas graves: la experiencia con grupo de padres de pacientes Psicóticos. Revista Electrónica de Psicoterapia. 2010. [En línea]. [Consultado: 20 de abril de 2018]. Disponible en: https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V4N3_2010/02_Battaglia-Schettini_Grupo-Padres-Pacientes-Psicoticos_CeIR_V4N3.pdf
61. Patiño, D, C et al. Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental 2012 [En línea]. [Consultado el 07 de

mayo de 2018]. Disponible en:
<http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/888/837>

62. Zárate Grajales, R; Salcedo Álvarez, RA; Olvera Arreola, SS; Hernández Corral, S; Barrientos Sánchez, J, et al. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería universitaria*. 2017. [En línea]. [Consultado: 20 de mayo de 2018]. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300659>
63. Organización Mundial de la Salud (OMS) Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. [En línea]. [Consultado el 20 de mayo de 2018]. Disponible en:
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
64. Alarcón, R, J, et al. Cultura de reporte en seguridad del paciente en la clínica Sebastián de belalcázar. 2016. [En línea]. [Consultado el 20 de mayo de 2018]. Disponible en:
<http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1482/Johana%20Alarcon%20Rua.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

Anexo A. Presupuesto

N°	DESCRIPCIÓN	ACTIVIDAD	CANTIDAD	VALOR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Computador	Desarrollo del trabajo	2	\$800.000	\$1.600.000
2	software	Desarrollo del trabajo	1	0.0	0.0
3	Impresora multifuncional	Imprimir, escanear, fotocopiar	1	\$600.000	\$600.000
4	Tóner	Imprimir, fotocopiar	4	\$30.000	\$120.000
5	Resma de papel	Imprimir, fotocopiar	2	\$8.500	\$17.000
6	Caja de lapiceros	Tomar datos	1	\$6.000	\$6.000
7	Carpetas	Archivar	8	\$500	\$4.000
8	CD + caja	Entrega de información	2	\$6.000	\$12.000
9	USB	Almacenamiento de la información	2	\$16.000	\$32.000
10	Servicio de internet + Servicio telefónico	Desarrollo del trabajo	8	\$70.000	\$560.000
12	Transporte	Desarrollo del trabajo	128	\$5.000	\$640.000
13	Servicio de investigadores	Desarrollo del trabajo	1	0.0	0.0
14	Imprevistos	Desarrollo del trabajo			\$200.000
TOTAL					\$3.791.000

