

# IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

## "La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

### ¿ESTÁN SEGUROS LOS PACIENTES EN SALUD MENTAL?

**Autor principal** ENCARNACIÓN FERNÁNDEZ PÉREZ

**CoAutor 1** M<sup>º</sup> ANGUSTIAS PERALTA SÁNCHEZ

**CoAutor 2**

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería en Salud Mental

**Palabras clave** Seguridad del paciente      Salud mental      Comunicación      Error

#### » Resumen

Se acepta universalmente que el principio primum non nocere es aún mas pertinente actualmente que en la época de Hipócrates, puesto que la atención sanitaria es hoy considerablemente más compleja y entraña mas riesgos potenciales (1).

La seguridad del paciente es parte integral de la más alta calidad en la atención asistencial, es por ello que debemos esforzarnos para mejorarla como parte de nuestras actividades permanentes y así mejorar la calidad de los cuidados. Igualmente debemos generar una cultura que favorezca la comunicación de eventos adversos para su análisis y la puesta en marcha de las medidas correctoras oportunas.

Quien ha cometido un error y no lo reconoce, comete otro error mayor (Confucio)

A raíz de la importancia de asistencia sanitaria de calidad en Salud Mental, hemos descrito un caso que permite analizar el acontecimiento adverso, de que un paciente se vaya sin tener constancia de ello, con los riesgos que esto puede conllevar de la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM) y qué estrategias de mejora podemos llevar a cabo para evitarlo.

#### » Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

En la Unidad de Gestión de Salud Mental (UGCSM) del Hospital Universitario San Cecilio de Granada, se ha creado en el año 2012 la comisión de calidad y seguridad del paciente de Salud Mental. Está integrada por personal de las distintas categorías profesionales y de las diferentes unidades que componen dicha Unidad de Gestión.

Comenzó su trabajo con la realización de una encuesta para conocer la cultura de seguridad de los profesionales (2). Es de destacar la gran acogida y participación de los profesionales. En las respuestas se evidencia que se tiene miedo a notificar los eventos adversos temiendo las represalias. También destaca la preocupación de los profesionales por la seguridad de los pacientes.

A partir de aquí, se planteó identificar y analizar cuales son los eventos adversos que pueden ocurrir en nuestra UGCSM mas frecuentemente y cuantificar la gravedad y así realizar un mapa de riesgos. En este mapa resalta la fuga del paciente como elemento adverso más destacado y

#### » Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Resumen de sucesos:

F., mujer de 40 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide de curso crónico-defectual de 20 años de evolución, que ha requerido ingreso en la Unidad de hospitalización de Salud Mental (UHSM) por la difícil contención domiciliaria.

Durante su estancia en esa unidad se acuerda retomar nuevamente la asistencia a la URSM por las mañanas mientras continúa hospitalizada.

Tras una semana de asistencia protagonizó un episodio de fuga.

Cronología de los hechos

Los días 14, 15,16 y 17:

Acude en ambulancia a la URSM desde la UHSM donde estaba ingresada y se queda sin personal específico a cargo

Día 18:

Según consta en las anotaciones de enfermería de la unidad donde estaba ingresada (UHSM), F. pasó parte de la tarde golpeando la puerta de salida y manifestando su voluntad de irse (dato que no se comunicó a la URSM donde estaba acudiendo por las mañanas)

Día 19:

A las 9.30 desayuna en la UHSM y viene en ambulancia a la URSM donde entra en una de las actividades de la mañana y después permanece en el centro de día.

A las 13 horas la hermana nos llama por teléfono para avisar que F. estaba en su casa y nos informa que han llamado a una ambulancia para su regreso al hospital, aunque F. se resiste.

La enfermera de la URSM contacta con la enfermera de la UHSM y comunica la fuga, así como que la familia la va a llevar de nuevo a dicha unidad. Finalmente tenemos constancia de que llega a la misma a las 14 horas acompañada por su madre.

Intervenciones:

1. Notificación de la fuga al observatorio para la seguridad del paciente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) según protocolo (3)

2. Análisis de la causa raíz aplicando el diagrama causa-efecto o diagrama de Ishikawa:

Factores del paciente:

Condición clínica: complejidad del estado del paciente. Gravedad/severidad del estado del paciente. La paciente tiene una enfermedad compleja y grave, de muchos años de evolución.

Factores mentales y psicológicos: presencia de desordenes mentales. Stress/ansiedad

Factores individuales:

Aspectos físicos: fatiga

Aspectos psicológicos o factores cognitivos. Falta de atención; muchas cosas en la cabeza.

Factores ligados a la tarea:

Guías y procedimientos: no disponible e inaccesible. Como estaba en la UHSM no nos informan de su comportamiento durante la tarde anterior.

Factores de formación y entrenamiento:

Falta de cursos actualizados

Horario inadecuado de la formación

Factores de equipamiento y recursos:

La URSM tiene varias puertas y hay poco personal para la supervisión de ellas.

Condiciones de trabajo:

Diseño del entorno físico: diseño de zona incorrecta con varias puertas de salida.

Entorno: Proximidad de la autovía y acceso peatonal

Plantilla: ratio inadecuado del personal/paciente

Tiempo: presión del tiempo y la tarea

Factores organizativos y estrategias:

Estructura organizativa: no hay responsabilidades claramente definidas

Prioridades: no orientadas hacia la seguridad del paciente

Comunicación:

Falta de comunicación efectiva entre el personal de la UHSM y el de la URSM: avisar de la tarde anterior que la paciente estaba todo el rato en la

**» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

Después del análisis se toman una serie de medidas correctoras:

A la familia se le debe informar del traslado de la UHSM a la URSM y firmar un consentimiento.

Que haya un profesional responsabilizado del Centro de Día, que irá rotando cada día.

Que en momentos puntuales de mayor riesgo se cierren las puertas de entrada

**» Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Lo más desatacado ha sido la concienciación a los compañeros de la necesidad de reconocer y notificar el evento adverso ocurrido. Para conseguir esto se ha hecho imprescindible fomentar el concepto de cultura de seguridad basada en un cambio de un sistema punitivo a un sistema explicativo donde se toma conciencia de que el error existe y que todos nos podemos equivocar, perder el miedo a de ser culpado y/o ser tachado de mal profesional.

Es importante concienciar de que la única manera de poder evitar que un error pueda volver a ocurrir es hablándolo, es contar lo que ha pasado para poder poner las soluciones adecuadas y así evitar reincidir en él, tanto nosotros como otros compañeros. Esto se consigue tras notificar e

**» Oportunidad de participación del paciente y familia.**

La estrategia de seguridad incorpora la transición del paciente/familia como elemento pasivo a elemento activo que participa en su asistencia mediante el consentimiento informado de asistencia a la URSM, asimismo participando en la comisión de participación ciudadana, desarrollando estrategias educativas que orienten y faciliten a los ciudadanos el conocimiento necesario para aprender a vivir con mayor calidad de vida y

**» Propuestas de líneas de investigación.**

Un elemento clave en la mejora de la seguridad del paciente en cualquier marco político que sea coherente y completo debe promover una cultura de seguridad en todos los niveles de la atención sanitaria.

1.Mejora de la comunicación entre profesionales

2.Formación: la reducción y prevención de los incidentes de seguridad del paciente, requiere que los profesionales sanitarios tengan la capacidad de analizar su proceso de decisión y de hacer frente a situaciones problemáticas que puedan surgir en sus actividades diarias. La formación continua debe contribuir a conformar una cultura de la seguridad en la atención sanitaria alentando un cambio de actitudes.

3.Elaborar plan de seguridad del paciente en la UGCSM

Investigar en seguridad es como cortar una cebolla: cuanto más miras, mas capas encuentras y mas te hace llorar (Haigk).

**» Bibliografía.**

1) Estrategia para la seguridad del paciente. (Sevilla): consejería de Salud (2006). Edita: Consejería de Salud. Junta de Andalucía: D.L.:SE-4751-06

(2) Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y