

# PREVENIR EL CANSANCIO EN EL PERSONAL DE SALUD.

PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



MINSALUD



**TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS**  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# CÓMO USAR ESTA GUÍA



CLIC PARA VOLVER AL ÍNDICE

*http://www.*

CLIC PARA IR AL URL



FLECHAS  
DEL TECLADO

PULSE PARA MOVERSE ENTRE  
LAS PÁGINAS

**ESC**

PULSE PARA SALIR DEL MODO  
PANTALLA COMPLETA

**CTRL+L**

PULSE PARA VOLVER AL MODO  
PANTALLA COMPLETA

**CTRL+W**

PULSE PARA CERRAR LA  
VENTANA ACTUAL



**MINSALUD**

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**

Ministro de Salud y Protección Social

**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

**NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ**

Viceministro de Protección Social

**GERARDO BURGOS BERNAL**

Secretario General

**JOSÉ FERNANDO ARIAS DUARTE**

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

**SAMUEL GARCÍA DE VARGAS**

Subdirector de Prestación de Servicios



**MINSALUD**

**MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS**

Consultora de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

**ANA MILENA MONTES CRUZ**

Profesional Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

## UNIÓN TEMPORAL



**DIANA CAROLINA VÁSQUEZ VÉLEZ**  
Dirección General del Proyecto

**SILVIO HERNÁN VÉLEZ G.**  
**ÁNGELA Y. VELÁSICO QUIRÓZ**  
Equipo Técnico



**INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT  
CLÍNICA FOSCAL**

Agradecimiento por su participación



# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>2. OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>15</b>
<b>3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>17</b>
<b>4. GLOSARIO DE TÉRMINOS .....</b>	<b>19</b>
<b>5. ESCENARIO PROBLÉMICO .....</b>	<b>25</b>
<b>6. METAS DE APRENDIZAJE (COMPETENCIAS) .....</b>	<b>27</b>
<b>7. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>29</b>
7.1 Antecedentes .....	30
7.2 Justificación .....	36
7.3 Análisis de causas en atención en salud “Protocolo de Londres” ....	37
7.4 Seguimiento y Monitorización .....	45
7.4.1 Mecanismos de monitoreo .....	45
7.4.2 Indicadores .....	45
<b>8. APROPIACIÓN .....</b>	<b>47</b>
<b>9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS .....</b>	<b>56</b>
<b>10. EXPERIENCIAS EXITOSAS .....</b>	<b>60</b>
<b>11. CONCLUSIONES.....</b>	<b>62</b>
<b>12. ANEXOS .....</b>	<b>65</b>

Este pdf es interactivo.  
Se puede ingresar a cada uno de los contenidos dando clic sobre el título que desee buscar.



# 1. INTRODUCCIÓN

8



IR AL ÍNDICE





El presente paquete se elaboró con la orientación de expertos técnicos, entrevista a líderes en la implementación de prácticas seguras y revisión sistemática de literatura.

El marco teórico está basado en el Protocolo de Londres como metodología (teoría) sugerida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el análisis de eventos adversos e incidentes. Bajo este modelo interactivo se presentan las fallas en la atención en salud más relevantes, las barreras de seguridad que evitan su ocurrencia y los factores contributivos que predisponen a dicha falla.

Para la actualización del paquete instruccional que se presenta se siguió la siguiente metodología:

1. Revisión y recolección de la propuesta de ajuste de los paquetes instruccionales vigentes e identificación de nuevas fallas, barreras de seguridad y factores contributivos.

La revisión se realizó desde los siguientes dos enfoques:

- a. Enfoque de expertos técnicos: en esta participaron tres actores:
  - IPS acreditadas o de alto reconocimiento en el país: se invitó a identificar fortalezas según la IPS y se correlacionó con un paquete instruccional o varios. Las IPS sugirieron según su práctica clínica y recomendación de sus expertos, incluir, modificar o eliminar fallas activas o prácticas seguras y factores contributivos según apique.

- Agremiaciones: se invitó a las agremiaciones como expertos técnicos en el tema, para la retroalimentación en la inclusión, eliminación o modificación de fallas activas, prácticas seguras y factores contributivos de los paquetes aplicables a cada agremiación.
  - Experto técnico: dentro del equipo de la unión temporal se cuenta con un experto técnico con especialidad en el tema relacionado al paquete, de amplia trayectoria clínica. Este experto según su experiencia clínica realizó recomendaciones en la inclusión, eliminación o modificación fallas activas, prácticas seguras y factores contributivos de los paquetes aplicables a su experticia clínica.
- b. Revisión sistemática de la literatura que a su vez se realizó con dos enfoques:
- Validación de las recomendaciones de los expertos y de lo ya existente.

La unión temporal cuenta con un equipo de epidemiólogos con amplia experiencia en revisión de literatura. Una vez finalizada la etapa de revisión se realizó consolidación de todas las fallas activas o prácticas seguras, factores contributivos y barreras de seguridad sugeridos por los diferentes actores como expertos técnicos más los que contienen los actuales paquetes y se aplicó una matriz de priorización en donde los criterios fueron:

- En fallas activas o acciones inseguras: se priorizaron para búsqueda de soporte bibliográfico las fallas activas o acciones inseguras que requerían soporte bibliográfico que a criterio de los expertos técnicos no hay evidencia conocida sobre el impacto y frecuencia de esta falla.
- En las barreras de seguridad: se priorizaron para búsqueda de soporte bibliográfico las barreras de seguridad que a criterio de los expertos técnicos no cuentan con evidencia de su efectividad.

Como resultado de este ejercicio se eligieron:

- Preguntas PICOT para calificación de la evidencia de los artículos que soportan la barrera de seguridad y falla activa.
- PICOT: es una sigla en donde la P significa población, la I significa: Intervención, la C significa: comparación y Out come: Desenlace y la T significa el tiempo al que se evalúa el desenlace. Esta metodología permite construir preguntas de fácil respuesta que facilitan la búsqueda de literatura en diferentes bases de datos.
- Preguntas de referenciación bibliográfica para validar la aplicación de las barreras de seguridad, la frecuencia e impacto de las mismas.

Para esto el equipo de epidemiólogos realizó búsquedas en bases de datos como Medline Y Embase de cada una de las preguntas., prefiriendo por su nivel de evidencia, artículos cuyos métodos de estudio fuesen: revisiones sistemáticas, meta análisis, y ensayos clínicos aleatorios y guías de práctica clínica basadas en evidencia. De esta búsqueda se procede a la lectura, por los expertos y epidemiólogos, para sinterizar la información relevante y para los casos que aplique la calificación de la evidencia y poder emitir las recomendaciones.

## 2. Búsqueda de recomendaciones en la literatura.

Dentro de las preguntas se incluyeron las búsquedas de las fallas más comunes y de mayor impacto para cada tema y las prácticas seguras más comunes y de mayor impacto.

El presente paquete instruccional motiva al lector a identificar los errores más comunes y de alto impacto (fallas en la atención), sus factores contributivos, las barreras o prácticas seguras a implementar para evitar su expresión en forma de daños a la salud, así como los mecanismos de monitoreo y medición de las prácticas seguras sugeridas. Adicionalmente se presentan algunas experiencias exitosas de IPS nacionales que reflejan diferentes metodologías para la implementación de barreras de seguridad en la atención en salud a la población en mención.

Esta dirigido a todo el personal de salud (especialistas, profesionales, técnicos y tecnólogos), así como al personal administrativo (directivo y operativo) que participa en las diferentes fases del proceso de atención a pacientes en los diferentes niveles de atención en salud.

El modelo pedagógico en el que se ha diseñado el paquete instruccional es el **Aprendizaje Basado en Problemas**, ABP. Este modelo está centrado en el aprendizaje que busca incluir a la reflexión distintos aportes para que se mire la realidad desde una dimensión más compleja e integral. Pretende llevar los temas de análisis a la formulación de **grandes preguntas-problemas** que enriquecen la discusión en función de resolver un problema. El problema es el punto de partida del estudio pero no con el objetivo de dar una respuesta y cerrar la discusión, sino de **buscar nuevos problemas** para que se eternicen las preguntas y así se incentive el permanente aprendizaje que promueve un conocimiento dinámico acorde a la cambiante realidad. Para profundizar en este tema lo invitamos a leer el paquete del modelo pedagógico que le será de gran ayuda para el desarrollo de su proceso de aprendizaje. [\(Hacer click aquí\)](#).

Según datos del CDC, el sector salud es el segundo sector de más rápido crecimiento en Estados Unidos empleando aproximadamente 18 millones de trabajadores, de los cuales el 80% son mujeres. Los trabajadores de la salud se exponen a múltiples riesgos en su entorno laboral que los predisponen al cansancio encontrando, como uno de los más relevantes, el estrés ocupacional; aunque estos factores de riesgo pueden ser mitigados, actualmente los trabajadores de la salud presentan cada vez mayor número de lesiones y enfermedades laborales que han mostrado un incremento en la última década en comparación con otros sectores económicos.<sup>1</sup>

Shanafeit et, según un artículo publicado en el 2012, describe que los médicos comparados con la población general son más propensos a tener agotamiento físico y estar inconformes con su estilo de vida laboral; una de las principales razones de esta situación es que los médicos no le ponen cuidado a sus necesidades de bienestar y no están dispuestos a pedir ayuda de otros. Un ejemplo de esta situación es el estudio de Wallace et, al. 2009, que encontró que del 25% de los médicos con depresión solo el 2% pidió ayuda.<sup>2</sup>

Esta situación es aun más crítica para los médicos del servicio de urgencias en donde, en el inventario de agotamiento de Maslach, los médicos de urgencias tienen niveles de agotamiento superior al 60% comparándolos con los médicos generales que tienen el 38%<sup>3</sup>, los profesionales entre los 30 y 50 años o al inicio de su vida laboral 14%, los profesionales en el turno de la noche y las mujeres 14%.

1 <http://www.cdc.gov/spanish/niosh/topics/trabajadores.html> consultado 5 1 de diciembre de 2014

2 Intervenciones Para Reducir Las Consecuencias De Estrés En Medicos, Shanafeit et 2012.

3 BURONOUT IN EMERGENCY MEDICINE PHYSICIANS

El cansancio del equipo asistencial en sí es un factor contributivo del individuo, que puede predisponer la ocurrencia de fallas activas o acciones inseguras como lo sustenta un estudio realizado por Arora et,al 2010 y Pottier,et,al.2013, en donde describen: “Cuando hay mayor tensión hay mayores daños procesales y a nivel del razonamiento clínico”, por otro lado, de acuerdo a un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, cuando el individuo está sometido a estrés laboral, puede:

- Incrementar su estado de irritabilidad y angustia.
- Ser incapaz de relajarse o concentrarse.
- Tener dificultad para pensar con lógica y tomar decisiones.
- Disminuir su compromiso con el trabajo y su elaboración.
- Sentir cansancio, depresiones e intranquilidad.
- Tener dificultad para dormir.

Sufrir trastornos físicos.<sup>4</sup>

Por ellos, es importante trabajar en garantizar que el personal de salud se encuentre en condiciones de alerta adecuadas para la atención de los pacientes.

4 Guía sobre el manejo y prevención del estrés laboral. Secretaria de salud, Gobierno Federal de México. 2010.



## 2. OBJETIVO GENERAL

15



---



MINSALUD

---

IR AL ÍNDICE



Fortalecer en todos los trabajadores de la salud el conocimiento técnico sobre el cansancio del personal de salud, así como las competencias y habilidades para su prevención, reducción y/o detección temprana, por medio de la aplicación de prácticas seguras.





## 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

17



IR AL ÍNDICE



- Identificar los errores o fallas más comunes e impactantes en la práctica de atención que se relacionan con cansancio en el personal de salud.
- Identificar los factores contributivos más comunes y de mayor impacto que favorecen la aparición de errores o fallas relacionados con cansancio en el personal de salud.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces así como su aplicación para mitigar las fallas en la atención relacionadas con cansancio en el personal de salud.
- Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados durante el seguimiento tanto para la aplicación de prácticas seguras como la disminución de fallas relacionadas con cansancio en el personal de salud.
- Presentar experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.



# 4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

19



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.<sup>5</sup>

**ATENCIÓN EN SALUD:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.<sup>6</sup>

**INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.<sup>7</sup>

**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.<sup>8</sup>

5 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

6 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

7 Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

8 Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia.

**FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS:** son acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño u evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc)<sup>9</sup>.

**FALLAS LATENTES:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (personal administrativo)<sup>10</sup>.

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

- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

<sup>9</sup> Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

<sup>10</sup> Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

**FACTORES CONTRIBUTIVOS:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).<sup>11</sup> 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. Como la tecnología o insumos ausentes, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa que contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.

**Individuo:** como el 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.

<sup>11</sup> Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

**Equipo de trabajo:** como las 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 (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

**Ambiente:** cómo el ambiente físico contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.

**Organización y gerencia:** como las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.

**Contexto institucional:** como las 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.

**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.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> [http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos\\_para\\_Implementaci%C3%B3n\\_de\\_Pol%C3%ADtica\\_de\\_Seguridad\\_del\\_Paciente.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos_para_Implementaci%C3%B3n_de_Pol%C3%ADtica_de_Seguridad_del_Paciente.pdf) consultado el 4 de diciembre de 2014

**ESTRÉS OCUPACIONAL:** se define como las reacciones nocivas físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador.<sup>13</sup>

**SINDROME DEL QUEMADO PROFESIONAL (BURNOUT SYNDROME):** es una respuesta a una situación de estrés laboral crónico, esto es prolongado en el tiempo. Esta respuesta se caracteriza por desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, así como hacia el propio papel o rol profesional; es sinónimo de encontrarse emocionalmente agotado.<sup>14</sup>

13 Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH)

14 Guía sobre el síndrome del quemado, Comisión Ejecutiva Confederal de UGT C/ Hortaleza, 88 (28004 Madrid).2006

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir Anexo 3](#))





# 5. ESCENARIO PROBLÉMICO

25



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



---

## ¿FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA?

---

¿Por qué es importante detectar, prevenir y reducir el estrés en el personal de salud?

¿Cuáles son las consecuencias del estrés ocupacional en los trabajadores de la salud?

¿Cuáles son los principales aspectos relacionados con cansancio en el personal de salud?

¿Cómo se puede controlar el estrés y el cansancio en el personal de salud?

¿Cuáles son las fallas más comunes relacionadas las con cansancio en los profesionales de salud?

¿Cuáles son las prácticas más seguras para controlar el estrés y el cansancio en el personal de salud?

¿Cuáles mecanismos de monitoreo y seguimiento son más eficaces para controlar el estrés y el cansancio en el personal de salud?

¿Cómo se implementan las prácticas seguras para controlar el estrés y el cansancio en el personal de salud?

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir Anexo 4](#))



## 6. METAS DE APRENDIZAJE

27



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- Identifica y analiza los factores contributivos que favorecen la aparición, las acciones inseguras o falla activa y ayuda a identificar las fallas latentes relacionadas con la cultura y los procesos organizacionales.
- Identifica y propone nuevas barreras de seguridad y planes de acción para promover la política de seguridad del paciente.
- Implementa y aplica en su desempeño buenas prácticas (institucionales, asistenciales, las que involucran al usuario y su familia y las que mejoran la actuación de los profesionales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la seguridad del paciente.
- Asume el reto de trabajar y aportar en equipos interdisciplinarios, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.



# 7. MARCO TEÓRICO

29



IR AL ÍNDICE



---

## 7.1 ANTECEDENTES

---

**¿Por qué es importante detectar, prevenir y reducir el estrés en el personal de salud? [\(regresar al escenario problémico\)](#)**

El estrés ocupacional es uno de los principales factores predisponentes del cansancio en el personal de salud. Algunos estudios indican que los trabajadores de la salud presentan tasas más altas de abuso de sustancias psicoactivas y suicidio que otros trabajadores. Adicionalmente se han encontrado en este grupo elevadas tasas de depresión y ansiedad.<sup>15</sup>

**¿Cuáles son las consecuencias del estrés ocupacional en los trabajadores de la salud? [\(regresar al escenario problémico\)](#)**

Se ha identificado que el estrés es un factor predisponente de diversos fenómenos no solo en el personal de salud sino también en el paciente, entre los cuales se encuentran:

- Psicológicos: agotamiento o cansancio, irritabilidad, descontento en el trabajo, depresión, tensión emocional, ganas de abandonar el trabajo.
- Conductuales: problemas para dormir, ausentismo laboral, errores en el diagnóstico, errores en el tratamiento.

<sup>15</sup> DHHS (NIOSH) No. de Publicación 2008-136

- Físicas: dolor de cabeza, malestar estomacal, cambios en la presión sanguínea.
- Menor satisfacción del paciente.<sup>16</sup>

### ¿Cuáles son los principales aspectos relacionados con estrés en el personal de salud? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

Los siguientes factores o estresantes laborales se relacionan con estrés y por ende con cansancio en el personal de salud en general, factores que varían entre los trabajadores dependiendo de sus funciones o las labores que realicen:

- Niveles inadecuados de dotación.
- Largas jornadas de trabajo, dentro o fuera de una misma institución.
- Patrón de trabajo por turnos.
- Ambigüedad en las funciones.
- Exposición a sustancias peligrosas y patógenos infecciosos.<sup>17</sup>

La calidad de los cuidados de los pacientes por parte del hospital que se relacionan con presión y la sobrecarga laboral, dado que una atención de mayor calidad se refleja en más apoyo y disponibilidad de recursos.

<sup>16</sup> DHHS (NIOSH) No. de Publicación 2008-136

<sup>17</sup> [http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2008-136\\_sp/](http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2008-136_sp/) consultado el 5 de diciembre de 2014

Algunos estudios en el personal de enfermería han relacionado los siguientes estresantes laborales:

- Sobrecarga de trabajo.
- Presión por tiempo.
- Falta de apoyo social en el trabajo (especialmente de supervisores, enfermeras a cargo y dirigentes de la gerencia).
- Exposición a enfermedades infecciosas.
- Lesiones por punciones con agujas.
- Exposición a violencia relacionada con el trabajo o amenazas.
- Falta de sueño.
- Ambigüedad y conflicto en las funciones.
- Escasez de personal.
- Preocupaciones de crecimiento profesional.
- Trato de pacientes difíciles o gravemente enfermos.

En los médicos los siguientes factores se han relacionado con el estrés:

- Largas jornadas de trabajo dentro o fuera de una misma institución.
- Carga de trabajo excesiva.



- Trato de pacientes terminales o el tema de la muerte.
- Conflictos interpersonales con otros empleados.
- Expectativas de los pacientes.
- Amenaza de demandas por mala práctica.

Otros estudios demuestran que el médico de consulta externa puede presentar, con mayor frecuencia, el síndrome de quemado, por la inflexibilidad en el horario, al igual que el alto nivel de diligenciamiento de papelería son factores que aumentan el nivel de estrés.

Antecedente normativo de Colombia. [Ley 269 de 1996](#), por la cual se regula parcialmente el artículo 128 de la Constitución Política, en relación con quienes prestan servicios de salud en las entidades de derecho público que establece, para el sector salud, la jornada máxima de trabajo diaria y semanal.

### **¿Cómo se puede controlar el estrés y el cansancio en el personal de salud?** [\(regresar al escenario problémico\)](#)

La principal acción para reducir el estrés ocupacional es un cambio organizacional para mejorar las condiciones de trabajo, sin embargo es necesario combinar el cambio organizacional con estrategias de manejo del estrés. Esta combinación ha demostrado un enfoque exitoso en la prevención del estrés laboral.

Las intervenciones para el cambio organizacional deben ir orientadas a eliminar los factores causantes del estrés, entre ellas se encuentran:

- Definir claramente los roles y responsabilidades del trabajador incluso rediseñando las funciones laborales.
- Asegurar un volumen de trabajo coherente con la capacidad del trabajador y los recursos de los cuales dispone para su ejecución.
- Incluir a los trabajadores en la toma de decisiones relacionadas con su rol (formación de grupos).
- Implementar estrategias para mejorar la comunicación.
- Reducir la incertidumbre sobre el crecimiento profesional y estabilidad laboral.
- Proveer espacios para la interacción social entre los trabajadores.
- Garantizar la disponibilidad de grupos multidisciplinarios para la prestación del servicio.
- Implementación de intervenciones de componentes múltiples de amplio alcance como evaluaciones de riesgos, técnicas de intervención y educación.
- Analizar la mejora salarial de los profesionales de la salud o incluso los contratos de exclusividad.

Las intervenciones para el manejo del estrés centradas en el trabajador suelen estar compuestas por técnicas como las que se mencionan en seguida:

- Capacitación en estrategias para sobrellevar situaciones estresantes.
- Relajación progresiva.
- Bio retroalimentación
- Técnicas conductuales cognoscitivas.
- Manejo del tiempo.
- Destrezas interpersonales.
- Cambios en los métodos de trabajo.
- Adquisición de destrezas para reducir las demandas excesivas .

Si bien estas intervenciones ayudan a los trabajadores a controlar el estrés ocupacional de una manera eficaz, no resuelven el problema raíz por lo cual, con el paso del tiempo, pueden perder su efecto.

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP [\(Ir a Anexo 5\)](#)

---

## 7.2 JUSTIFICACIÓN

---

Teniendo en cuenta los antecedentes nacionales e internacionales presentados anteriormente, con el fin de fomentar el conocimiento, las competencias y habilidades para una práctica de atención que permita detectar, prevenir y reducir el cansancio en el personal de salud, se presentan a continuación tanto las fallas activas como las fallas latentes más frecuentes relacionadas, así como las prácticas seguras para mitigar el riesgo de errores en la atención.

## 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

### Falla activa No. 1 [\(regresar al escenario problemático\)](#)

SIGUIENTE FALLA



37

1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevarán a la presencia de la falla activa o acción insegura. *Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol.  
Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)

# Falla Activa No.1 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 1](#)

## Organización y Gerencia

- Omisión en el cálculo de la capacidad instalada del recurso humano asistencial.
- Políticas no claras para determinar la proporción de pacientes en relación al personal de salud que presta el servicio.
- Políticas inadecuadas de contratación y manejo de personal temporal o flotante.
- No control organizacional al horario laborado por día, por cada persona dentro o fuera de la entidad.
- Ausencia de una política de seguridad y salud en el trabajo.
- Ausencia de un sistema de seguridad y salud en el trabajo funcional que controle el riesgo psicosocial, con actividades como pausas activas, entrenamiento en manejo del estrés, entre otras.
- Ausencia de políticas de vacaciones y descansos.
- Ausencia de políticas y mecanismos de verificación de tiempo de los profesionales en otras instituciones que aseguren que no excedan jornadas de más de 12 horas diarias.
- Ausencia de políticas y espacios de descanso y esparcimiento del personal.
- Meaningfulness, appropriateness and effectiveness of structured interventions by nurse leaders to decrease compassion fatigue in healthcare providers, to be applied in acute care oncology settings: a systematic review protocol Lori Hodge MSN, RN, OCN, NEA-BCI Suzy Lockwood, PhD, MSN, OCN, CHPNT 1. Texas Christian University Center for Evidence Based Practice and Research: a collaborating centre of the Joanna Briggs Institute. 2013
- Burocracia organizacional enfocada no a resultados si no a como se desea que se hagan las cosas.
- Pobre reconocimiento profesional o recompensa, claridad en la retroalimentación y tipo de liderazgo por parte supervisor o coordinador.
- Cultura organizacional con alto enfoque a la rentabilidad.

## Individuo

- Cansancio por trabajo mayor a 12 horas diarias o por largos periodos de trabajo sin descanso o vacaciones.
- Competencias técnicas deficientes lo que genera aumento del estrés.
- Estado de salud física y mental, deteriorado lo que genera aumento del estrés.
- Actitud negativa, baja motivación.
- Presiones en el tiempo, malos hábitos de sueño, expectativas de alto rendimiento.
- Presión por juicio por mala praxis.
- Miedos personales en cuanto a capacidades.
- El resolver dilemas éticos resultantes de las nuevas tecnologías, así como la falta de formación para usarlas.
- Nuevas formas de contratación laboral e inseguridad en el puesto de trabajo. La aparición de contratos de trabajo más precarios, la tendencia a la producción ajustada y a la subcontratación, pueden afectar a la salud y la seguridad de los trabajadores.

## Tarea y tecnología

- Ausencia de procedimientos claros y de fácil consulta lo que genera ambigüedad en el momento de la atención y por lo tanto estrés.
- Socialización inexistente o deficiente que genera ambigüedad en el momento de la atención y por lo tanto estrés.
- Equipos con fallas o en mal estado que dificultan la atención y por lo tanto generan estrés en el momento de la atención.

## Paciente

- Edad, antecedentes.
- Complejidad de la enfermedad, condición clínica, especialmente paciente terminales.
- Factores sociales y culturales, personalidad ansiosa, agresiva.
- Comunicación deficiente.

## Equipo

- Comunicación deficiente y/o conflictos con el equipo de trabajo.
- Falta de liderazgo.
- Falta de trabajo en equipo.
- Supervisión y orientación deficientes o ausentes.
- Falta de disponibilidad de soporte para interconsultas lo que genera presión en toma de decisiones sin contar con la competencia técnica.
- Falta de comunicación de situaciones de cansancio o estrés para que sea relevado por otra persona.

## Ambiente

- Inadecuado ambiente laboral.
- Sitio de trabajo con baja iluminación, ventilación, ruidoso.
- Sitio de trabajo con espacio reducido.
- Hacinamiento de personal en sitio de trabajo.
- Patrón de turnos mayores a 12 horas diarias, en la misma o en diferente institución.
- Deficiente clima laboral.
- Mezcla de habilidades deficientes en el grupo de trabajo.
- Sobrecarga de trabajo.
- Cambios de roles en el trabajo, horarios laborales largos, alto número de casos.

## FALLAS LATENTES



# Falla Activa No.1 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 1](#)

## ADMINISTRATIVAS

- Definición del número de pacientes por personal asistencial con base en cálculos de su capacidad instalada.
- Definir y aplicar metodologías para determinar la proporción de pacientes en relación al personal asistencial.
- Definir e implementar políticas de contratación y manejo de personal temporal o flotante.
- Definir y desarrollar programas de recurso humano institucionales enfocados a la prevención de los factores desencadenantes de cansancio y el estrés como talleres de meditación, control de la respiración, relajación muscular, técnicas de atención, entre otros.
- Definir, socializar y monitorear la aplicación de la política de seguridad y salud en el trabajo.
- Realizar la identificación del síndrome del quemado mediante la evaluación de riesgos psicosociales.
- Fortalece el sistema de seguridad y salud en el trabajo funcional que controle el riesgo psicosocial, con actividades como pausas activas, entrenamiento en manejo del estrés, entre otras.
- Políticas para disminuir la rotación de personal.
- Interventions to Reduce the Consequences of Stress in Physicians, A Review and Meta-Analysis - Cheryl Regehr, PhD,\*fi Dylan Glancy, BSc,fi Annabel Pitts, MSW,\* and Vicki R. LeBlanc, PhD, The Journal of Nervous and Mental Disease & Volume 202, Number 5, May 2014.
- Control del horario laborado por cada integrante del equipo de salud, incluso en instituciones diferentes para no exceder el máximo permitido.
- Intervenciones cognitivas de atención y conductuales para disminuir la ansiedad en los médicos, ayuda a identificar y modificar creencias disfuncionales que influyen en la respuesta a estímulos y subsecuente estrés psicológico y fisiológico.
- Educación en el síndrome de agotamiento, comportamientos de adaptación y herramientas para prevención y auto cuidado.
- Asesoramiento individual intensivo, en casos especiales.
- Capacitaciones dentro del horario laboral.
- Review article: Burnout in emergency medicine physicians Manjit Arora,<sup>1</sup> Stephen Asha,<sup>1,2</sup> Jason Chinnappa<sup>1</sup> and Ashish D Diwan<sup>1</sup> <sup>1</sup> St George Clinical School, University of New South Wales, Sydney, New South Wales, Australia, and <sup>2</sup> Department of Emergency Medicine, St George Public Hospital, Sydney, New South Wales, Australia 2013 Australasian College for Emergency Medicine and Australasian Society for Emergency Medicine.
- Mejorar el clima de trabajo promoviendo el trabajo en equipo.
- Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones
- Disponer del análisis y definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflictos de rol.
- Establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad.
- Definición de competencias y responsabilidades, de forma precisa y realista, atendiendo a las capacidades reales.
- Mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización, mejorando el ambiente.
- Fomentar la colaboración en la organización.
- Fomentar la flexibilidad horaria.
- Promover la seguridad en el empleo.
- Fortalecimiento de los estilos de liderazgo.
- Redistribución del poder y la autoridad.
- Definición de políticas que eviten discriminación religiosa, étnica, edad, nacionalidad, discapacidades, antecedentes, orientación sexual y niveles socioeconómicos del personal asistencial.
- Programas dirigidos a la adquisición de destreza para la resolución de problemas, asertividad, manejo eficaz del tiempo.
- Programas dirigidos para la adquisición de destrezas en la mejora del control de las emociones para mantener la distancia emocional con el usuario, cliente, paciente, alumno. (Técnicas de relajación, desconexión entre el mundo laboral y el mundo personal).
- Fomentar las relaciones interpersonales.
- Fortalecer los vínculos sociales entre el grupo de trabajo.
- Establecer sistemas participativos y democráticos en el trabajo.
- Facilitar formación e información.
- Evaluación de la eficacia de las medidas de control del estrés.
- Construir una conciencia general sobre el estrés de trabajo (causas, costos y control).
- Conformar un grupo de trabajo que incluya a todo el personal de la organización para la elaboración del programa de control del estrés.
- 6 Burnout in Relation to Specific Contributing Factors and Health Outcomes among Nurses: A Systematic Review Natasha Khamisa 1,2,\*; Karl Peltzer 3,4,5 and Brian Oldenburg 2,6
  - 1 School of Health Sciences, Department of Public Health, Monash South Africa, 144 Peter Road, Roodepoort, Johannesburg 1725, South Africa
  - 2 Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences, Monash University, Victoria, Melbourne 3800, Australia; E-Mail: brian.oldenburg@monash.edu
  - 3 Human Science Research Council, 134 Pretorius Street, Pretoria 0002, South Africa; E-Mail: kpeltzer@hsrsc.ac.za
  - 4 University of Limpopo, University Street, Turfloop, Sovenga, Polokwane 0727, South Africa
  - 5 ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, Salaya 73170, Thailand
  - 6 Monash Alfred Hospital Campus, Level 3 Burnet Tower, 89 Commercial Road, Melbourne 3004, Australia. 31 mayo 2013
- Psicoterapia orientada a modificar la conducta disfuncional y promover la educación en comportamientos adecuados para manejar el estrés y las situaciones emergentes.
- Yoga, terapia de masaje, mantra.
- Promoción del cuidado personal de los funcionarios con capacitaciones enfocadas en el crecimiento personal y reforzamiento de su autoestima.

## PRÁCTICAS SEGURAS

# Falla Activa No.1 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 1](#)

## HUMANAS

- Trabajo de máximo 12 horas al día.
- Participación en las actividades de control de riesgo psicosocial como pausas activas y capacitación de manejo de estrés.
- Respeto de los tiempos de descanso y vacaciones.
- El trabajador debe mejorar sus hábitos como: llevar una alimentación correcta, realizar actividad física moderada de forma gradual y progresiva, respetar sus horarios de sueño, propiciar actividades recreativas y disminuir adicciones (si es que están presentes, considerando en éstas al tabaquismo y alcoholismo principalmente)

## NATURALES

- Instalaciones con adecuadas condiciones de iluminación, ventilación, espacio, control de ruido.

## TECNOLÓGICAS

- Implementación de sistemas de información y tecnología que faciliten el trabajo.

## FÍSICAS

- Información sobre consejos para disminución del estrés visible en la entidad, usando medios audiovisuales, información escrita, prueba/retroalimentación y discusión extendida de los procedimientos.
- Condiciones físicas y ergonómicas adecuadas para su trabajo.
- Adecuados espacios para el descanso del equipo de salud que está en turno.

## PRÁCTICAS SEGURAS



## 7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"<sup>1</sup>

Falla activa No. 2 ([regresar al escenario problemático](#))



1. Lea la **Falla Activa o Acción Insegura**. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
2. Lea las **Barreras y defensas** (Prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si estas existieran en la organización y se cumplieran. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*
3. Lea los **factores contributivos** que conllevarán a la presencia de la falla activa o acción insegura. *(Si no tiene claridad sobre su definición consúltela en el glosario)*

[1] Tomado con modificaciones por UT Praxxis UNAD de System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College)

## Falla Activa No.2 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 2](#)

### Organización y Gerencia

- Omisión en el cálculo de la capacidad instalada del recurso humano asistencial.
- Políticas no claras para determinar la proporción de pacientes en relación al personal de salud que presta el servicio.
- Políticas inadecuadas de contratación y manejo de personal temporal o flotante.
- Ausencia de una política de seguridad y salud en el trabajo.
- Ausencia de un sistema de seguridad y salud en el trabajo funcional que controle el riesgo psicosocial, con actividades como pausas activas, entrenamiento en manejo del estrés, entre otras.
- Ausencia de políticas de vacaciones y descansos.
- Ausencia de políticas y mecanismos de verificación de tiempo de los profesionales en otras instituciones que aseguren que no excedan jornadas de más de 12 horas diarias.
- Ausencia de políticas y espacios de descanso y esparcimiento del personal.
- Burocracia organizacional enfocada no a resultados si no a como se desea que se hagan las cosas.
- Pobre reconocimiento profesional o recompensa, claridad en la retroalimentación y tipo de liderazgo por parte de supervisor o coordinador.
- Cultura organizacional con alto enfoque a la rentabilidad.

### Individuo

- Cansancio por trabajo mayor a 12 horas diarias o por largos periodos de trabajo sin descanso o vacaciones.
- Competencias técnicas deficientes lo que genera aumento del estrés.
- Estado de salud física y mental, deteriorado lo que genera aumento del estrés.
- Actitud negativa, baja motivación.
- Presiones en el tiempo, malos hábitos de sueño, expectativas de alto rendimiento.
- Presión por juicio por mala praxis.
- Miedos personales en cuanto a capacidades.
- El resolver dilemas éticos resultantes de las nuevas tecnologías, así como la falta de formación para usarlas.
- Nuevas formas de contratación laboral e inseguridad en el puesto de trabajo. La aparición de contratos de trabajo más precarios, la tendencia a la producción ajustada y a la subcontratación, pueden afectar a la salud y la seguridad de los trabajadores.

### Tarea y tecnología

- Ausencia de procedimientos claros y de fácil consulta, lo que genera ambigüedad en el momento de la atención y por lo tanto estrés.
- Socialización inexistente o deficiente que genera ambigüedad en el momento de la atención y por lo tanto estrés.
- Equipos con fallas o en mal estado que dificultan la atención y por lo tanto generan estrés en el momento de la atención.

### Paciente

- Edad, antecedentes.
- Complejidad de la enfermedad, condición clínica, especialmente pacientes terminales.
- Factores sociales y culturales, personalidad ansiosa, agresiva.
- Comunicación deficiente.

### Equipo

- Comunicación deficiente y/o conflictos con el equipo de trabajo.
- Falta de liderazgo.
- Falta de trabajo en equipo.
- Supervisión y orientación deficientes o ausentes.
- Falta de disponibilidad de soporte para interconsultas lo que genera presión en toma de decisiones sin contar con la competencia técnica.

### Ambiente

- Inadecuado ambiente laboral.
- Sitio de trabajo con baja iluminación, ventilación, ruidoso.
- Sitio de trabajo con espacio reducido.
- Hacinamiento de personal en sitio de trabajo.
- Patrón de turnos mayores a 12 horas diarias.
- Deficiente clima laboral.
- Mezcla de habilidades deficientes en el grupo de trabajo.
- Sobrecarga de trabajo.
- Cambios de roles en el trabajo, horarios laborales largos, alto número de casos.

## FALLAS LATENTES



# Falla Activa No. 2 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 2](#)

## ADMINISTRATIVAS

- Definición del número de pacientes por personal asistencial con base en cálculos de su capacidad instalada.
- Definir y aplicar metodologías para determinar la proporción de pacientes en relación al personal asistencial.
- Definir e implementar políticas de contratación y manejo de personal temporal o flotante.
- Definir y desarrollar programas de recurso humano institucionales enfocados a la prevención de los factores desencadenantes de cansancio y el estrés como talleres de meditación, control de la respiración, relajación muscular, técnicas de atención.
- Definir, socializar y monitorear la aplicación de la política de seguridad y salud en el trabajo.
- Realizar la identificación del síndrome del quemado mediante la evaluación de riesgos psicosociales.
- Fortalece el sistema de seguridad y salud en el trabajo funcional que controle el riesgo psicosocial, con actividades como pausas activas, entrenamiento en manejo del estrés, entre otras.
- Políticas para disminuir la rotación de personal.
- Interventions to Reduce the Consequences of Stress in Physicians, A Review and Meta-Analysis
- Intervenciones cognitivas de atención y conductuales para disminuir la ansiedad en los médicos, ayuda a identificar y modificar creencia disfuncionales que influyen en la respuesta a estímulos y subsecuente estrés psicológico y fisiológico.
- Educación en el síndrome de agotamiento, comportamientos de adaptación y herramientas para prevención y auto cuidado.
- Educación en el síndrome de agotamiento, comportamientos de adaptación y herramientas para prevención y auto cuidado.
- Asesoramiento individual intensivo, en casos especiales.
- Capacitaciones dentro del horario laboral.
- Review article: Burnout in emergency medicine physicians Manjit Arora,<sup>1</sup> Stephen Asha,<sup>1,2</sup> Jason Chinnappa<sup>1</sup> and Ashish D Diwan<sup>1</sup>
  - <sup>1</sup> St George Clinical School, University of New South Wales, Sydney, New South Wales, Australia, and
  - <sup>2</sup> Department of Emergency Medicine, St George Public Hospital, Sydney, New South Wales, Australia
  - <sup>3</sup> 2013 Australasian College for Emergency Medicine and Australasian Society for Emergency Medicine.
- Mejorar el clima de trabajo promoviendo el trabajo en equipo.
- Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones.
- Disponer del análisis y definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflictos de rol.
- Establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad.
- Definición de competencias y responsabilidades, de forma precisa y realista, atendiendo a las capacidades reales.
- Mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización, mejorando el ambiente.
- Fomentar la colaboración en la organización.
- Fomentar la flexibilidad horaria.
- Promover la seguridad en el empleo.
- Fortalecimiento de los estilos de liderazgo.
- Redistribución del poder y la autoridad
- Definición de políticas que eviten discriminación religiosa, étnica, edad, nacionalidad, discapacidades, antecedentes, orientación sexual y niveles socioeconómicos, del personal asistencial.
- Programas dirigidos a la adquisición de destreza para la resolución de problemas, asertividad, manejo eficaz del tiempo.
- Programas dirigidos para la adquisición de destreza en la mejora del control de las emociones para mantener la distancia emocional con el usuario, cliente, paciente, alumno. (Técnicas de relajación, desconexión entre el mundo laboral y el mundo personal).
- Fomentar las relaciones interpersonales.
- Fortalecer los vínculos sociales entre el grupo de trabajo.
- Establecer sistemas participativos y democráticos en el trabajo.
- Facilitar formación e información.
- Evaluación de la eficacia de las medidas de control del estrés.
- Construir una conciencia general sobre el estrés de trabajo (causas, costos, y control).
- Conformar un grupo de trabajo que incluya a todo el personal de la organización para la elaboración del programa de control del estrés.
- Burnout in Relation to Specific Contributing Factors and Health Outcomes among Nurses: A Systematic Review Natasha Khamisa <sup>1,2,\*</sup>, Karl Peltzer <sup>3,4,5</sup> and Brian Oldenburg <sup>2,6</sup>
  - <sup>1</sup> School of Health Sciences, Department of Public Health, Monash South Africa, 144 Peter Road, Roodepoort, Johannesburg 1725, South Africa
  - <sup>2</sup> Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences, Monash University, Victoria, Melbourne 3800, Australia; E-Mail: brian.oldenburg@monash.edu
  - <sup>3</sup> Human Science Research Council, 134 Pretorius Street, Pretoria 0002, South Africa; E-Mail: kpeltzer@hsrsc.ac.za
  - <sup>4</sup> University of Limpopo, University Street, Turfloop, Sovenga, Polokwane 0727, South Africa
  - <sup>5</sup> ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, Salaya 73170, Thailand
  - <sup>6</sup> Monash Alfred Hospital Campus, Level 3 Burnet Tower, 89 Commercial Road, Melbourne 3004, Australia. 31 mayo 2013
- Psicoterapia orientada a modificar la conducta disfuncional y promover la educación en comportamientos adecuados para manejar el estrés y las situaciones emergentes.
- Yoga, terapia de masaje, mantra.
- Promoción del cuidado personal de los funcionarios con capacitaciones enfocadas en el crecimiento personal y reforzamiento de su autoestima.

## PRÁCTICAS SEGURAS

## Falla Activa No.2 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 2](#)

### HUMANAS

- Trabajo de máximo 12 horas al día dentro o fuera de la entidad.
- Participación en las actividades de control de riesgo psicosocial como pausas activas, capacitación de manejo de estrés.
- Respeto de los tiempos de descanso y vacaciones.
- El trabajador debe mejorar sus hábitos como: llevar una alimentación correcta, realizar actividad física moderada de forma gradual y progresiva, respetar sus horarios de sueño, propiciar actividades recreativas y disminuir adicciones (si es que están presentes, considerando en éstas al tabaquismo y alcoholismo principalmente)

### NATURALES

- Instalaciones con adecuadas condiciones de iluminación, ventilación, espacio, control de ruido.

### TECNOLÓGICAS

- Implementación de sistemas de información y tecnología que faciliten el trabajo.

### FÍSICAS

- Información sobre consejos para disminución del estrés visible en la entidad, usando medios audiovisuales, información escrita, prueba/retroalimentación y discusión extendida de los procedimientos.
- Condiciones físicas y ergonómicas adecuadas para su trabajo.

## PRÁCTICAS SEGURAS

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir Anexo 6](#))

## 7.4 SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN [\(regresar al escenario problémico\)](#)

### 7.4.1 Monitoreo

Dentro de los mecanismos de monitoreo se definen varias estrategias transversales que pueden consultarse en el paquete [“Monitoreo de aspectos claves de la seguridad del paciente”](#).

### 7.4.2 Indicadores

ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE	PROPORCIÓN DE COLABORADORES CON MÁS DE 12 HORAS DE TRABAJO CONTINUO.
DOMINIO	Seguridad.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
NUMERADOR	Número de trabajadores con turnos de más de 12 horas (dentro o fuera de la institución) en el mes.
DENOMINADOR	Total de trabajadores.
UNIDAD DE MEDICIÓN	%
FACTOR	100
FÓRMULA DE CÁLCULO	$\frac{\text{Número de trabajadores con turnos de más de 12 horas (dentro o fuera de la institución) en el mes}}{\text{Total de trabajadores}} \times 100.$

## ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

**AUSENTISMO POR ENFERMEDAD GENERAL.**

DOMINIO

Seguridad.

## DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de trabajadores incapacitados del servicio.

DENOMINADOR

Total de trabajadores del servicio.

UNIDAD DE MEDICIÓN

%

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Número de trabajadores incapacitados por servicio.

**Nota:** Se recomienda realizar un análisis del ausentismo de enfermedad general en donde se identifique cuáles de estas enfermedades son de tipo psicossomático, o estados depresivos que puedan relacionarse con el cansancio laboral.



# 8. APROPIACIÓN

47



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



A continuación se presentarán dos casos a ser desarrollados por el alumno para la apropiación del conocimiento aquí expuesto.

Estos casos fueron contruidos basándose en situaciones reales aportadas por IPS a nivel nacional. Lea con atención el caso, todas las respuestas se encuentran al aplicar los conceptos y en la información suministrada en el mismo, revise cada opción de respuesta, analícela a la luz de los conceptos y del caso y seleccione la respuesta que considere correcta. Puede encontrar opciones que en otras situaciones pueden ser la respuesta correcta pero no están descritas en el caso, por lo tanto no debe seleccionarlas.



---

## CASO 1

---

Paciente de 55 años, que acude al servicio de urgencias a las 11:30 p.m. con un dolor abdominal intenso, es atendido por médico de turno, que tras realizar anamnesis y examen físico: TA: 110/70, FC: 88 por minuto, ordena radiografía de abdomen simple y paraclínicos con reportes normales, diagnostica gastritis, instaura tratamiento con antiácidos y analgésicos y da de alta al paciente.

Una vez en su domicilio los dolores no disminuían, sino al contrario, iban en aumento, por lo que el paciente acudió de nuevo a las cinco de la mañana; es atendido por otro médico, que ordenó realizar un electrocardiograma, sin alteraciones, decide dejarlo en observación con diagnóstico de pancreatitis, y tratamiento médico.

Sin embargo, hacia las nueve de la mañana se solicitan nuevos exámenes por sospecha de dolor de origen cardiogénico, que es corroborado con los resultados dos horas después. A las 11:30 a.m. el paciente presenta paro cardiorespiratorio y a pesar de las maniobras de reanimación realizadas fallece.

### INVESTIGACIÓN:

Posterior al reporte del evento el referente realiza revisión de la historia clínica y realiza entrevista al personal de urgencias, preguntando:

**Referente:** ¿cuantos médicos estaban en el turno en urgencias?

**Médico:** siempre somos tres, pero esa noche uno de los colegas no llego al turno, avisamos al coordinador pero no se consiguió reemplazo.

**Referente:** ¿el turno fue congestionado?

**Médico:** sí, fue uno de mis peores turnos, tuvimos mucho trabajo, los pacientes se quejaron porque debieron esperar mucho tiempo para ser atendidos.

**Referente:** ¿solo trabaja en este servicio?

**Médico:** no, trabajo en otra institución de la que venía de un turno de 24 horas.

**Referente:** ¿durante este tiempo tuvo algún periodo de descanso?

**Médico:** solo dormí dos horas en la otra institución, porque acá nos tienen prohibido el descanso.

**Referente:** ¿en la primera consulta se consideró como posible diagnostico dolor torácico agudo?

**Médico:** No, no lo considere.

## ANÁLISIS

El comité de seguridad posterior a la investigación se reúne y realiza el análisis. Para este caso en particular se invita al coordinador de urgencias.

El comité de seguridad inicia con la presentación del caso y los hallazgos de la investigación realizada por el referente de seguridad; los participantes intervienen en la lluvia de ideas para identificar las fallas activas y por cada factor contributivo las posibles causas, incluyendo lo encontrado en la etapa de investigación. Para el caso presentado se identificó:

FACTORES CONTRIBUTIVOS	FACTORES CONTRIBUTIVOS
Personal insuficiente.	Turno de más de 12 horas.
Sobrecarga laboral.	

Posterior a la identificación de las causas se realizó la priorización de las mismas utilizando la escala de probabilidad e impacto.

[\(Si desea conocer la escala y el procedimiento haga clic aquí\)](#)

El resultado fue:

Sobrecarga laboral en el momento de la calificación se califica en probabilidad cinco y en impacto cinco para un total de 25, quedando como causa Priorizada.

## PREGUNTAS.

1. ¿Cuál es la falla activa o acción insegura?
2. Clasifique las causas identificadas en los diferentes factores contributivos

CAUSAS	FACTORES CONTRIBUTIVOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. ¿Qué personal debía haber sido invitado adicional al descrito en el caso?
4. La calificación dada en el caso es incorrecta porque:
  - a. No se tuvieron en cuenta todos los factores contribuyentes por lo tanto la calificación es incorrecta.
  - b. No es necesario fortalecer las comunicaciones, ya que no es relevante para el resultado final del caso.
  - c. El cansancio y la sobrecarga laboral pueden influir en los errores diagnósticos.

---

## CASO 2

---

Paciente primigestante de 20 años, con embarazo de 40 semanas, quien consulta por contracciones y expulsión de tapón mucoso. Ingresa con TA: 100/60 mmHg, frecuencia cardiaca: 72 por minuto, afebril, altura uterina: 34 cm, frecuencia cardiaca fetal 140 por minuto, actividad uterina positiva, dilatación 8 cm, borramiento 100%. Se atiende parto vaginal obteniéndose recién nacido de 3.680 gramos, apgar 8-9, alumbramiento dirigido, se sutura desgarró, escaso sangrado, con evolución satisfactoria se da de alta.

Regresa cinco días después consultando por olor fétido vaginal, al examinarla se encuentra gasa en canal vaginal que es extraída, se inicia tratamiento antibiótico y control.

### INVESTIGACIÓN:

Posterior al reporte del evento adverso el referente realiza entrevista al médico preguntando:

**Referente:** ¿el parto fue atendido en la sala de partos?

**Médico:** la paciente presentó trabajo de parto precipitado y tuve que atenderla en la camilla.

**Referente:** ¿tuvo algún inconveniente durante esta atención?

**Médico:** sí, realmente fue incomoda la atención en la camilla, no tenía suficiente iluminación y era el único médico a cargo.

**Referente:** ¿cuántas horas llevaba trabajando?

**Médico:** estaba doblado en turno porque cubrí a un compañero en la noche anterior.

## ANÁLISIS

El comité de seguridad inicia con la presentación del caso y los hallazgos de la investigación realizada por el referente de seguridad; los participantes intervienen en la lluvia de ideas para identificar las fallas activas y por cada factor contributivo las posibles causas, incluyendo lo encontrado en la etapa de investigación. Para el caso presentado se identificó:

**FALLA ACTIVA: no retiro de gasa del canal vaginal al no realizar la verificación.**

### FACTORES CONTRIBUTIVOS

Turnos de más de 12 horas.

Infraestructura inadecuada.

Sobrecarga laboral.

Personal insuficiente.

Mala programación de turnos.

Valoración deficiente sin solicitud de exámenes pertinentes.

Posterior a la identificación de las causas se realizó la priorización de las mismas utilizando la escala de probabilidad e impacto.

[\(Si desea conocer la escala y el procedimiento haga clic aquí\)](#)

### PREGUNTAS:

1. ¿Cuál es la falla activa o acción insegura?
1. Clasifique las causas identificadas en los diferentes factores contributivos

CAUSAS	FACTORES CONTRIBUTIVOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. ¿Qué personal debía haber sido invitado adicional al descrito en el caso?

Si desea conocer si su respuesta es correcta diríjase a la sección de [“Evidenciar los Resultados”](#)



# 9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS

56



IR AL ÍNDICE





## CASO 1 [\(regresar a apropiación\)](#)

1. ¿Cuál es la falla activa o acción insegura?

**Respuesta correcta:** falla Activa: error en el diagnostico por cansancio y estrés en el servicio.

2. Clasifique las causas inidentificadas en los diferentes factores contributivos.

CAUSAS	FACTORES CONTRIBUTIVOS
Personal Insuficiente.	Organización y gerencia.
Sobrecarga laboral.	Ambiente.
Turno de más de 12 horas.	Ambiente.

3. ¿Qué personal debía haber sido invitado adicional al descrito en el caso?

**Respuesta correcta:** personal administrativo responsable del personal y programación de turnos.

4. La calificación dada en el caso es incorrecta porque:

a. No se tuvieron en cuenta todos los factores contribuyentes por lo tanto la calificación es incorrecta.

b. No es necesario fortalecer las comunicaciones, ya que no es relevante para el resultado final del caso.

c. El cansancio y la sobrecarga laboral pueden influir en los errores diagnósticos.

## CASO 2.

Preguntas:

2. ¿Cuál es la falla activa o acción insegura?

**Respuesta correcta:** error en el diagnóstico por cansancio de personal asistencial.

4. Clasifique las causas identificadas en los diferentes factores contributivos

CAUSAS	FACTORES CONTRIBUTIVOS
Turnos de más de 12 horas.	Ambiente.
Infraestructura inadecuada.	Ambiente.
Sobrecarga laboral.	Ambiente.

Personal insuficiente.

Organización y Gerencia.

Mala programación de turnos.

Organización y Gerencia.

Valoraciones deficientes.

Individuo.

5. ¿Qué personal debía haber sido invitado adicional al descrito en el caso?

**Respuesta correcta.** personal administrativo responsable del personal y programación de turnos.



# 10. EXPERIENCIAS EXITOSAS

60



---



MINSALUD

---

IR AL ÍNDICE



# INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT

Prevenir el cansancio en el personal de salud.

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir a Anexo 7](#))

INTRODUCCIÓN

IR A  
OBJETIVO  
GENERAL

IR A  
OBJETIVOS  
ESPECÍFICOS

IR A  
GLOSARIO DE  
TÉRMINOS

IR A  
ESCENARIO  
PROBLÉMICO

IR A  
METAS DE  
APRENDIZAJE

IR A  
MARCO  
TEÓRICO

IR A  
APROPIACIÓN

IR A  
EVIDENCIAR  
RESULTADOS

IR A  
EXPERIENCIAS  
EXITOSAS

IR A  
CONCLUSIONES

IR A  
ANEXOS

IR AL ÍNDICE





# 11. CONCLUSIONES

62



 MINSALUD

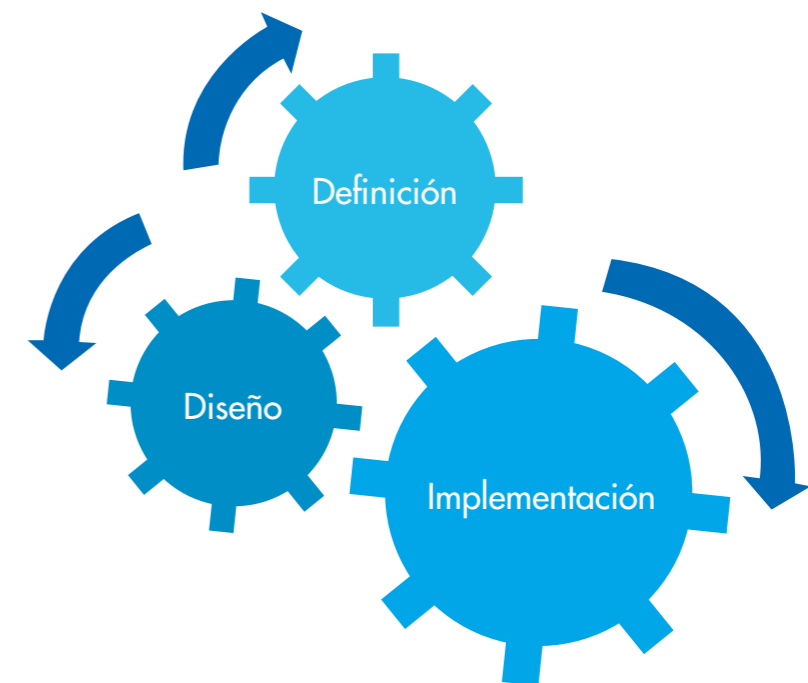
IR AL ÍNDICE



El personal de salud está expuesto a múltiples factores desencadenantes del cansancio, que a su vez es un factor que contribuye a la generación de fallas activas o acciones inseguras en salud, por lo tanto es responsabilidad de las organizaciones implementar barreras que eviten altos niveles de estrés y cansancio en el personal asistencial.

Dentro de las barreras más eficaces en disminuir el cansancio se encuentran:

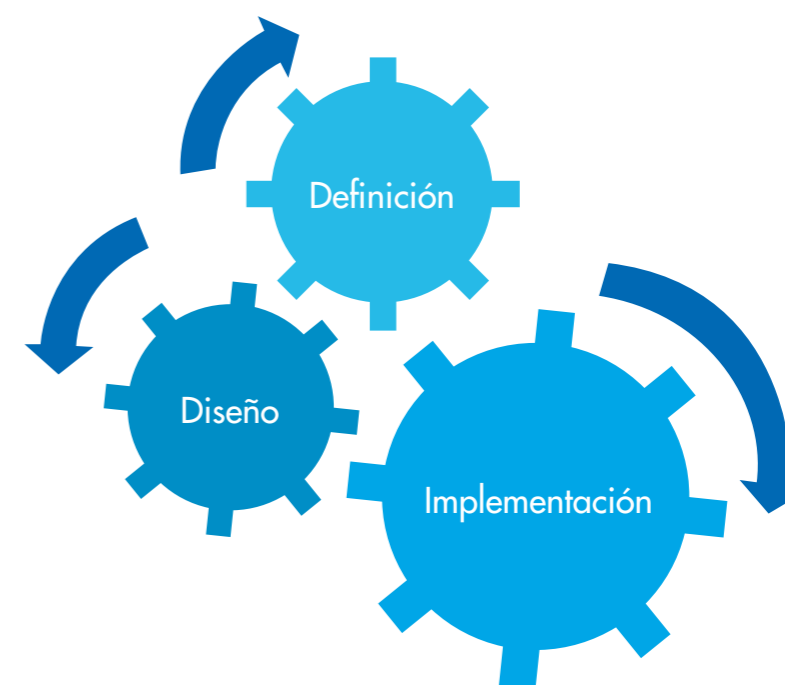
- Garantizar turnos no mayores a 12 horas.
- Definición de responsabilidades y autoridad acorde a las competencias del personal.
- Garantizar condiciones de infraestructura adecuadas en cuanto a iluminación, espacio, ergonomía y control de ruido.
- Intervenciones que promuevan espacios de descanso y espaciamiento en el equipo de trabajadores, como pausas activa, actividades recreativas, cumplimiento de los periodos de vacaciones etc.



El personal de salud con mayor exposición a cansancio por las condiciones de su trabajo son:

- Personal del servicio de urgencias.
- Personal que trabaja en horarios nocturnos.
- Personal femenino con obligaciones familiares (hijos).
- Personal con poca experiencia.

Teniendo en cuenta esta población, las organizaciones deben generar programas encaminados a la disminución de los factores desencadenantes del cansancio acorde a las causas que originan esta condición.



Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir a Anexo 8](#))





# 12. ANEXOS

65



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



## ANEXO 1 - ESCALA DE MASLACH

### ESCALA DE MASLACH

Esta escala mide el desgaste profesional. El tiempo que se toma el diligenciamiento es de 10 a 15 minutos y mide tres aspectos del síndrome de burnout.

1. Cansancio emocional.
2. Despersonalización.
3. Realización personal.

Esta escala tiene una alta consideración interna y una fiabilidad cercana del 0.9. Tiene 22 items en forma de afirmación, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Se consideran puntuaciones bajas las menores a 34.

Se debe responder frente a cada afirmación siguiendo la siguiente escala:

0 = Nunca.

1 = Pocas veces al año o menos.

2 = Una vez al mes o menos.

3 = Unas pocas veces al mes o menos.

4 = Una vez a la semana.

5 = Pocas veces a la semana.

## ANEXO 1 - ESCALA DE MASLACH

6 = Todos los días.

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes / clientes.
5. Trato a algunos pacientes / clientes como si fueran objetos impersonales.
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes / clientes.
8. Me siento "quemado" por mi trabajo .
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas .
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión / tarea.
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
12. Me siento muy activo.
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Creo que estoy trabajando demasiado.

## ANEXO 1 - ESCALA DE MASLACH

15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes / clientes.
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes / clientes.
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes / clientes.
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión / tarea.
20. Me siento acabado.
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
22. Siento que los pacientes / clientes me culpan por alguno de sus problemas.

## ANEXO 2 - [CALIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA](#)

## PASO 1. ANÁLISIS DE OBJETIVOS Y GLOSARIO

Tenga como premisa que el modelo inicia por la formulación de preguntas, por lo tanto se invita a que en el primer ejercicio el lector realice una lluvia de ideas dando respuesta a las preguntas que desea resolver. Una vez finalizada la lectura de los objetivos y el glosario, posteriormente debe registrarlas en una hoja de trabajo.

## PASO 2. ESCENARIO PROBLÉMICO

En el abordaje de la lectura de los paquetes instruccionales, identificar el ESCENARIO PROBLÉMICO hace relación a la presentación del tema en forma de pregunta, de situación dilemática, es un problema que necesita solucionarse. Una pregunta-problema hace las veces de motor de arranque y permite dinamizar los contenidos a trabajar a través de un problema que se identifica. Implica observar, leer, analizar, reflexionar y sintetizar el ambiente del problema y construir un ESCENARIO PROBLÉMICO sobre el cual se pretende actualizar, corregir, o implementar nuevas prácticas en la atención en salud. Esta etapa implica acercarse al marco teórico y entender el problema en el contexto.

### Ejercicio:

**Inicie con la lectura del ESCENARIO PROBLÉMICO planteado en cada paquete. Posteriormente, amplíe sus preguntas con las sugeridas en el documento, adicionando todas las demás inquietudes que surjan individualmente o en el grupo de trabajo. Regístrelas en la hoja de trabajo.**

## PASO 5. MARCO TEÓRICO (ANÁLISIS TÉCNICO)

5.1 Remítase a la lectura del paquete instruccional de seguridad del paciente y atención segura.

5.2 Remítase a la lectura del paquete de monitorio de aspectos claves de seguridad del paciente.

5.3 Remítase al paquete instruccional de seguridad del paciente de la línea tematica clínica de su interes.

Tener en cuenta en 7.3 Análisis de Causas de falles en Atención en Salud- Protocolo de Londres.

1. Lea la falla activa o accion insegura. (Si no tiene claridad sobre su definición, consúltela en el glosario)

2. Lea las barreras y defensas (prácticas seguras) que pudieron evitar la presencia de eventos adversos, si éstas existieran en la organización y se cumplieran.

3. Lea los factores contributivos que conllevarón a la presencia de la falla activa o acción insegura.

Se busca con este análisis que los lectores tomen conciencia de la situación a la que se enfrentan. Que formulen hipótesis de por qué puede ocurrir el problema, las posibles causas e ideas para resolver el problema desde lo que ya se conoce.

## ANEXO 6 - ACTIVIDADES INSTITUCIONALES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

[\(regresar a Falla Activa\)](#)

**En los paquetes de cada línea temática clínica, responda las siguientes preguntas.**

¿Las barreras y defensas o prácticas seguras sugeridas en el documento se encuentran documentadas, socializadas, adoptadas y verificadas en la organización?

¿Se han presentado estas fallas activas o acciones inseguras en nuestra organización y han sido reportadas?

¿Conoce el personal de la institución que estas fallas activas deben ser reportadas?

¿Los factores que contribuyeron en la aparición de la falla activa o acción insegura son factores comunes en nuestra organización?

¿Se cuenta en mi organización con barreras y defensas o prácticas seguras para disminuir los factores contributivos?

¿Qué barreras y defensas debería fortalecer o implementar? (Todas las definidas por la Guía Técnica, las que después de un ejercicio de AMEF queden priorizadas)

¿Qué mecanismos de monitorio tenemos implementados en nuestra institución?

¿Qué información relevante sobre seguridad del paciente ha arrojado estos mecanismos de monitorio?

¿Cuenta la institución con indicadores que permitan monitorizar el desarrollo de las actividades en seguridad del paciente mas relevantes?

¿Cuáles son?

¿Se acercan a los recomendados en el paquete instruccional de seguridad del paciente?

¿Debería ajustarlo?

¿Cómo?

¿La redacción de los indicadores y su resultados aportan información relevante para demostrar los resultados del trabajo en seguridad del paciente?

¿Son fácilmente medibles?

¿Las fuentes de información están disponibles y son de fácil recolección?

¿Esta información puede extraerse de otro indicador con una mayor profundidad en su análisis?





## PASO 8. EXPERIENCIAS EXITOSAS

En cada uno de los paquetes se encuentra una EXPERIENCIA EXITOSA, un ejemplo de una institución prestadora de servicios de salud con altos estándares de calidad. Frente a esta experiencia se sugiere revisar la o las preguntas problemáticas para tratar de analizarlas desde ese contexto.

La inquietud es: si existiera, ¿cómo se resolvería el problema en la institución del ejemplo? Al conservar las preguntas y resolverlas en otro contexto, con el caso que nos presentan en la experiencia exitosa, se puede hacer un ejercicio de comparación de circunstancias, de modos, de oportunidades, de fortalezas y de debilidades para enriquecer el análisis del contexto propio.

¿Cómo la solucionan los otros, con qué recursos, con qué personal, en qué ambiente y en qué condiciones? ¿Qué podemos aprender de la comparación de la experiencia exitosa? ¿Cómo solucionar el problema con lo que somos y tenemos?

Por lo tanto los invitamos a apropiarse el modelo de aprendizaje basado en problemas, ABP, como experiencia exitosa, ya que se ha demostrado en universidades nacionales como la Universidad Nacional Abierta y a distancia, UNAD, y en universidades internacionales como la Universidad Politécnica de Madrid, que este modelo ha sido realmente exitoso. La invitación es a que en la Institución a la que pertenece el lector, este modelo pueda ser adoptado por la organización, complementado con socio-dramas, video clips, presentación en diapositivas, carteleras, protocolos ilustrados, entre otros, sobre el nuevo aprendizaje o cualquier herramienta creativa que permita socializar la comprensión del tema.

## PASO 10. CONCLUSIONES

Se invita al lector a describir sus propias conclusiones de manera concreta, que lleven a la claridad del actuar en la práctica y a responder los siguientes planteamientos.

Enumere tres acciones que ejecutará, gracias a lo aprendido en este ejercicio.

Realice un breve resumen del paso a paso para la aplicación de lo aprendido

Preguntarse y responder de manera individual y grupal

- ¿Qué conocimientos tenía al inicio de la lectura y cuáles conocimientos tengo ahora?
- ¿Cómo procedía antes frente a un caso de seguridad del paciente y como debo proceder ahora que tengo los conocimientos?
- ¿Qué información relevante debo recordar y qué información debo aplicar permanentemente?
- ¿Qué errores he cometido en este proceso de aprendizaje? ¿Cómo los puedo solucionar?

Finalmente recuerde diligenciar la tabla de nivel de cumplimiento de sus metas de aprendizaje y lo que debe ejecutar para profundizar en el tema y lograr un 100% en su meta.