

REDUCIR EL RIESGO DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL

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

MARTHA L. LLANOS
SAÚL MARTÍNEZ
ÁNGELA Y. VELASCO Q.
Equipo Técnico

**INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO
(CLÍNICA MONTSEERRAT)**

Agradecimiento por su participación



MINSALUD

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. OBJETIVO GENERAL	15
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4. GLOSARIO DE TÉRMINOS	19
5. ESCENARIO PROBLÉMICO	28
6. METAS DE APRENDIZAJE (COMPETENCIAS)	30
7. MARCO TEÓRICO.....	32
7.1 Antecedentes	33
7.2 Justificación	38
7.3 Análisis de causas en atención en salud “Protocolo de Londres”	39
7.4 Seguimiento y Monitorización	78
7.4.1 Mecanismos de monitoreo	78
7.4.2 Indicadores	78
8. APROPIACIÓN	82
9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS	93
10. EXPERIENCIAS EXITOSAS	100
11. CONCLUSIONES.....	105
12. ANEXOS	107

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



1. INTRODUCCIÓN

8



MINSALUD

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 la 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:

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:

Enfoque de expertos técnicos: en ésta 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 realimentación 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 de fallas activas, prácticas seguras y factores contributivos de los paquetes aplicables a su experticia clínica.

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 soporta 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 y 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 parte de los expertos y epidemiólogos, para sinterizar la información relevante y para los casos que aplique la calificación de la evidencia y poder emitir la recomendaciones.

b. 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.

Está 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 será de gran ayuda para el desarrollo de su proceso de aprendizaje. [\(Hacer click aquí\)](#).

La salud mental es el estado de bienestar en que la persona es consciente de sus capacidades, afronta de manera efectiva las presiones de la vida diaria, trabaja activamente y contribuye al desarrollo de su comunidad.¹ La salud mental es un asunto de todos pues afecta la vida, no solo de las personas que padecen enfermedades mentales, sino también la de sus cuidadores influyendo de forma negativa en la productividad de la sociedad.

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, en muchos países occidentales los trastornos mentales han sido identificados como la principal causa de discapacidad de 30% a 40% de bajas por enfermedad crónica que les cuestan cerca de un 3% del producto interno bruto, PIB.² A nivel mundial, también se ha identificado que estos trastornos y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias son la principal causa de

1 http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ consultado el 25 de noviembre de 2014

2 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health> consultado el 25 de noviembre de 2014

discapacidad ocasionando, aproximadamente, un 23% de los años perdidos por esta razón.³

Comúnmente las personas que sufren enfermedades mentales son víctimas de discriminación y estigmatización social, a pesar de existir tratamientos eficaces para el manejo de estas patologías, se cree que estos padecimientos son imposibles de tratar e incluso se menosprecian las habilidades y capacidades de la persona enferma; como resultado de esta situación, se dan el maltrato, rechazo y aislamiento que disuaden a los pacientes de acudir a los servicios de salud mental privándolos de atención médica y apoyo interdisciplinario. Frecuentemente estos pacientes reciben tratamiento en instituciones que no cuentan con las características ni los recursos para brindar una atención basada en el entendimiento integral del paciente y sus cuidadores desde los aspectos biopsicosociales. En países de bajos y medianos ingresos la escasez de personal de salud competente para la atención de pacientes con enfermedad mental es una de las principales limitantes; en estos países se estima que solamente se cuenta con 0,05 psiquiatras y 0,42 enfermeros psiquiátricos por cada 100.000 habitantes, mientras que en países de ingresos altos la tasa de psiquiatras es 170 veces mayor y la de enfermeras 70 veces mayor.⁴

3 http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/ consultado el 25 de noviembre de 2014

4 http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/ consultado el 25 de noviembre de 2014



2. OBJETIVO GENERAL

15



MINSALUD

IR AL ÍNDICE



Fortalecer el conocimiento técnico para reducir el riesgo en la atención al paciente con enfermedad mental y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud, con el fin de prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir los riesgos de la misma haciendo énfasis en el entendimiento de las características diferenciales de esta población.



3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

17



IR AL ÍNDICE



- Identificar los errores o fallas más comunes e impactantes en la atención del paciente con enfermedad mental.
- Identificar los factores contributivos más comunes y de mayor impacto que favorecen la aparición de errores o fallas en la atención del paciente con enfermedad mental.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces así como su aplicación para mitigar las fallas en la atención del paciente con enfermedad mental.
- Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados tanto para el seguimiento a la aplicación de prácticas seguras como para la disminución de fallas en la atención de esta población.
- Presentar experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.



4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

19



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.⁵

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

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.⁷

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.⁸

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 tiene 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)⁹

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)¹⁰

- **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.

⁹ 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).

¹⁰ 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).¹¹ 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 (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

¹¹ 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).

- **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.

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 lo procesos de atención.¹²

CONDUCTA AGRESIVA: aunque la agresividad puede tomar diversas formas de expresión, siempre tendrá como característica más sobresaliente el deseo de herir. El agresor sabe que a su víctima no le gusta lo que está haciendo y, por lo tanto, no tiene que esperar a que el grupo evalúe su comportamiento como una violación de las normas sociales, sino que la víctima ya le está proporcionando información directa sobre las consecuencias negativas de su acción, lo cual hace que, con frecuencia, se refuercen y se mantengan esas mismas conductas. Es lo que se conoce como «agresividad hostil o emocional», y habrá que distinguirla de otro tipo de conducta agresiva que no tiene la finalidad de herir, la llamada «agresividad instrumental», que es «la que sirve de instrumento para...». Es por ello, que hay que distinguir los agresores con orientación instrumental, que suelen

¹² 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

ser aquellos que quieren demostrar ante el grupo su superioridad y dominio, de los agresores hostiles o emocionalmente reactivos, aquellos que usan la violencia porque se sienten fácilmente provocados o porque procesan de forma errónea la información que reciben y, además, no cuentan con respuestas alternativas en su repertorio. No son frecuentes los comportamientos agresivos mixtos, es decir, los que reúnen ambas condiciones.¹³

ABUSO DE SUSTANCIAS (drogas, alcohol, sustancias químicas o sustancias psicoactivas): Grupo de términos de uso extendido, pero con varios significados. En el DSM-III-R1, el “abuso de sustancias psicoactivas” se define como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso”. Se trata de una categoría residual, siendo de elección el término “dependencia” cuando procede. El término “abuso” se utiliza, a veces, con desaprobación para referirse a cualquier tipo de consumo, particularmente de drogas ilegales. Debido a su ambigüedad, este término no está recogido en el CIE-10 (ICD-10), excepto en el

¹³ Gonzales J. El origen de la conducta agresiva.

caso de las sustancias que no producen dependencia, (véase más adelante); las expresiones “consumo perjudicial” y “consumo de riesgo” («hazardous use») son equivalentes en la terminología de la OMS aunque normalmente hacen referencia sólo a los efectos sobre la salud y no a las consecuencias sociales. La Office of Substance Abuse Prevention de Estados Unidos también desaconseja el empleo del término “abuso”, aunque expresiones tales como “abuso de sustancias” siguen utilizándose de forma extendida en Norte América para referirse generalmente a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. En otros contextos, se ha utilizado el término “abuso” para referirse a patrones de uso no autorizados o con fines no médicos, con independencia de sus consecuencias. Así pues, la definición publicada en 1969 por el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS fue “consumo excesivo, persistente o esporádico de drogas, que no es consecuente ni está relacionado con una práctica médica aceptable” (véase uso inadecuado de drogas o alcohol).¹⁴

- **DEPRESIÓN:** trastorno caracterizado por sentimientos extremos de tristeza, falta de autoestima y desaliento. La depresión grave se define como el afectivo o trastorno del estado de ánimo que supera los altibajos cotidianos, convirtiéndose en una seria condición médica y un importante tema preocupante de la salud.¹⁵

¹⁴ Glosario de términos de alcohol y drogas. OMS – Gobierno de España. 1994

¹⁵ <http://www.onsm.gov.co/index.php/publicacionesxmestudios-libros-articulosxm/glosario/Glosario-1/> consultado el 25 de noviembre de 2014

- **PRÓDROMO:** es el período de tiempo que se presenta antes de la crisis que puede variar entre varios días e incluso meses.¹⁶
- **EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CRISIS:** identificación de los individuos susceptibles de sufrirlas y evaluación de los factores que influyen en el riesgo de padecerlas. También se revisan las actuaciones protocolizadas existentes en las instituciones de salud para la atención a los pródromos de la enfermedad mental y la evaluación de riesgos.¹⁷
- **INTERVENCIÓN:** se establecen recomendaciones en las intervenciones de los equipos asistenciales para el seguimiento de pacientes con enfermedad mental en riesgo de crisis, se aplican protocolos de seguridad para los servicios de hospitalización y se regulan las diversas medidas restrictivas.¹⁸
- **FACTORES QUE AUMENTAN LA PROBABILIDAD DE APARICIÓN DE CRISIS:**
 - No adherencia terapéutica: relacionada con las características de la organización de los servicios de salud, factores relacionados con el entorno del paciente, factores relacionados con el paciente y características del régimen terapéutico.
 - Negación o abandono del tratamiento.
 - Ausencia o precariedad de la red de apoyo del paciente.¹⁹

¹⁶ Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009

¹⁷ Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009

¹⁸ Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009

¹⁹ Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009

- **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.²⁰
- **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.²¹

20 Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009

21 Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir Anexo 13](#))



5. ESCENARIO PROBLÉMICO

28



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



¿FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA?

¿Por qué es importante garantizar una atención segura al paciente con enfermedad mental?

¿Cuáles son las enfermedades mentales que se presentan con mayor frecuencia en la población?

¿Qué población presenta mayor riesgo de desarrollar enfermedades mentales?

¿Cuáles son las fallas más comunes relacionadas con la atención al paciente con enfermedad mental?

¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces para evitar eventos adversos en la atención al paciente con enfermedad mental?

¿Cuáles mecanismos de monitoreo y seguimiento más eficaces para vigilar la implementación de prácticas seguras y el comportamiento de eventos adversos relacionados con la atención de pacientes con enfermedad mental?

¿Cómo se implementan prácticas seguras para evitar errores en la atención a pacientes con enfermedad mental?

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir Anexo 14](#))



6. METAS DE APRENDIZAJE

30



IR AL ÍNDICE



- Identifica y analiza los factores contributivos que favorecen la aparición y las acciones inseguras (fallas activas) 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

32



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



7.1 ANTECEDENTES

¿Por qué es importante garantizar una atención segura al paciente con enfermedad mental? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

Según la OMS, cerca del 50% de las enfermedades mentales se manifiestan antes de los 14 años y presentan un perfil similar en todas las culturas; estos trastornos figuran dentro de las cinco primeras causas de discapacidad juvenil, sin embargo, las regiones del mundo con mayores porcentajes de población menor de 19 años disponen de menos recursos para la atención en salud mental; en la mayoría de países con ingresos bajos y medios se cuenta con un psiquiatra infantil por un millón de habitantes. Adicionalmente, los trastornos mentales se han identificado como un factor de riesgo relevante de enfermedades como el VIH, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus e incluso de lesiones no intencionales o autoinflingidas.²²

En la región Europea de la OMS, cerca del 20% de la carga por morbilidad se atribuye a las enfermedades mentales afectando uno de cada cuatro personas en algún momento de sus vidas. En ésta región se ubican seis de los 20 países con tasas de suicidio más altas a nivel mundial.²³

Según revisiones estadísticas realizadas en los países de la Unión Europea (UE), Islandia, Noruega y Suiza, el 27% de los adultos (18 – 65 años) experimentó al menos uno de los diversos trastornos mentales entre los cuales se encontraban problemas

22 http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/ consultado el 25 de noviembre de 2014

23 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health> consultado el 25 de noviembre de 2014

derivados del uso de sustancias, psicosis, depresión, ansiedad y trastornos de la alimentación durante el último año; con base en estos hallazgos se estima que al menos 83 millones de personas (solo dentro de este rango de edad) resultan afectadas por estos trastornos. También se logró establecer que el 32% de los pacientes padecía una enfermedad mental adicional, el 18% tenía dos patologías de este tipo y el 14% tres o más.²⁴

Según el estudio nacional de salud mental realizado en Colombia en el año 2003, el 40,1% de la población participante presentó uno de los 23 trastornos mentales incluidos en el estudio alguna vez en la vida; el 16,0% lo reportó en los últimos 12 meses y el 7,4% refirió haber sufrido trastornos mentales en los últimos 30 días. El estudio también reveló que la edad de inicio de las enfermedades mentales varía de una a la otra; se logró establecer que la edad media de aparición de los trastornos del estado de ánimo está entre los 20 y los 24 años, para los trastornos de ansiedad entre los seis y los 24 años, en los trastornos relacionados con sustancias entre los 18 y 26 años; los trastornos que afectaron a los participantes con edades más tempranas fueron el trastorno negativista desafiante (mediana 10 años), la fobia social (mediana de 14 años), la bulimia nerviosa (mediana de 15 años) y la agorafobia (mediana de 16 años).²⁵

El Observatorio Nacional de Salud Mental y Drogas presentó, en 2011, los avances en diagnósticos de salud mental de las nueve entidades territoriales participantes en el Diplomado de Indicadores de Salud Mental del Ministerio de Salud que

24 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>

25 Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia 2003. Ministerio de la Protección Social – Fundación FES Social. 2005

se encuentran disponibles para consulta en <http://www.onsm.gov.co/index.php/datos-y-estadisticas/diagnosticos-de-salud-mental>.

Las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol o abuso de sustancias, son los factores de riesgo más comunes del suicidio que se ha considerado como el principal riesgo en salud mental. Según la OMS cada año se suicidan cerca de un millón de personas en el mundo, es decir una tasa global de mortalidad de 16 por 100.000 habitantes, figurando ésta entre las 20 causas de defunción más importantes en todas las edades; las tasas de mortalidad por suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial durante los últimos 45 años. Se ha evidenciado que el 75% de los suicidios ocurren en países de bajos y medianos ingresos.²⁶ En Colombia, para el 2012, la tasa de suicidios por 100.000 habitantes fue de 9,1 en los hombres y 1,9 en las mujeres, la tasa global fue de 5,4.²⁷

¿Cuáles son las enfermedades mentales que se presentan con mayor frecuencia en la población? [\(regresar al escenario problémico\)](#)

En la Región Europea de la OMS se ha identificado que cuatro de las 15 principales patologías responsables del 19% de la discapacidad ajustada en años de vida perdidos (AVAD) son trastornos mentales, encontrando la siguiente participación:

Trastornos depresivos unipolares causantes del 5,6% de todos los AVAD ocupando la tercera posición.

26 http://www.who.int/mental_health/prevention/es/; http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/; http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/ consultado el 26 de noviembre de 2014

27 <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en> consultado el 26 de noviembre de 2014

Trastornos por consumo de alcohol responsables de un 3,3% de los AVAD se posicionan en el sexto lugar.

Lesiones autoinflingidas con un 2% de los AVAD ocupan el lugar número 11.

El Alzheimer y otras patologías son responsables de un 2% de los AVAD y se posicionan en el lugar 14.²⁸

En Colombia, según el tipo de trastorno, los más frecuentes que alguna vez han sido padecidos son los trastornos de la ansiedad en un 19,3%, los trastornos del estado de ánimo 15% y los trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas referidos por un 10,6% de los participantes en el estudio. En cuanto a los últimos 12 meses y 30 días, la ansiedad fue el trastorno más común seguida de los trastornos afectivos y los relacionados con el uso de sustancias psicoactivas. Al analizarlos de forma individual se observó que en la población total las fobias específicas fueron la patología más común que había sido sufrida alguna vez en la vida con un 12,6%, seguidas del trastorno depresivo mayor 5,3%, trastorno de ansiedad por separación del adulto y el abuso de alcohol. Al analizar los trastornos por sexo las tres principales para las mujeres fueron el episodio depresivo mayor, la fobia específica y el trastorno de ansiedad por separación del adulto; en cuanto a los hombres los tres trastornos más frecuentes fueron el abuso de alcohol, la fobia específica y los trastornos de conducta.²⁹

28 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>

29 Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia 2003. Ministerio de la Protección Social – Fundación FES Social. 2005

¿Qué población presenta mayor riesgo de desarrollar enfermedades mentales? (regresar al escenario problémico)

La OMS ha estimado que en la región Europea la prevalencia de los trastornos mentales en general es significativamente más alta en las mujeres que en los hombres, a excepción de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas que en los hombres presentan cifras de 5,6% mientras que en las mujeres tan solo de 1,3% y los trastornos psicóticos con cifras muy similares. Las tasas globales de enfermedad mental en la población general son de aproximadamente 33,2% en las mujeres frente a un 21,7% en los hombres.³⁰

En Colombia, la prevalencia global para cualquier trastorno, alguna vez en la vida, es más alta en los hombres 41% que en las mujeres 39,5%. En cuanto a los últimos 12 meses y últimos 30 días, las mujeres presentan cifras más elevadas que los hombres 16,3% y 15,6% respectivamente. Se concluye que los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad fueron las patologías más frecuentes en las mujeres mientras que los trastornos relacionados con el uso de sustancias son más frecuentes en los hombres.³¹

30 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics> consultado el 27 de noviembre de 2014

31 Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia 2003. Ministerio de la Protección Social – Fundación FES Social. 2005

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP [\(Ir a Anexo 15\)](#)

7.2 JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta los antecedentes mundiales y nacionales presentados anteriormente, con el fin de disminuir los errores en la atención al paciente con enfermedad mental, se presentan a continuación tanto las fallas activas como las fallas latentes más frecuentes y 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"¹

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

SIGUIENTE FALLA



39

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 conllevaron 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

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia de políticas institucionales para documentación, actualización y socialización de guías y protocolos de manejo.
- Ausencia de políticas para construcción de modelos de atención.
- Omisión en el cálculo de la capacidad instalada del recurso humano frente a la demanda de los usuarios.
- Políticas institucionales para establecer tiempos de consulta inferiores a los requeridos para la atención.
- Ausencia de políticas institucionales para contratación de personal competente y entrenado para la atención del paciente con enfermedad mental.
- Ausencia de recursos para la ejecución de programas de psicoeducación al paciente y su familia o red de apoyo.

Contexto Institucional

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Políticas de aseguradoras que establecen tiempos fijos entre un control y otro lo cual dilata los tiempos de atención.
- Políticas y coberturas de entidades aseguradoras: no coberturas en casos de intento de suicidio, consumo de sustancias, entre otros.
- Déficit de personal médico y de enfermería especializado en atención a pacientes con enfermedad mental.
- Ausencia de lineamientos nacionales que definan el número de integrantes del equipo de salud (medicos, enfermeras, auxiliares).

Tarea y tecnología

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia, desactualización o no socialización de guías de manejo que incluyan directrices para disminuir el período de tiempo sin tratamiento.
- Ausencia, desactualización o no socialización de protocolos de manejo enfocados a la identificación de síntomas iniciales de la crisis.
- No disponibilidad de citas de control con psiquiatría posteriormente a la hospitalización en institución de salud mental.
- Tiempo de consulta insuficiente.
- Ausencia de un consenso general en Psiquiatría para definir los periodos prodrómicos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Paciente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- No consciencia de los síntomas y/o patología.
- Juicio alterado.
- Familia disfuncional o ausencia de red de apoyo.
- Condiciones propias de la patología como: impulsividad, déficit cognitivo, etc.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.1 - Factores Contributivos

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

Organización y Gerencia

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia de políticas institucionales para documentación, actualización y socialización de guías y protocolos de manejo.
- Ausencia de políticas para construcción de modelos de atención.
- Omisión en el cálculo de la capacidad instalada del recurso humano frente a la demanda de los usuarios.
- Políticas institucionales para establecer tiempos de consulta inferiores a los requeridos para la atención.
- Ausencia de políticas institucionales para contratación de personal competente y entrenado para la atención del paciente con enfermedad mental.
- Ausencia de recursos para la ejecución de programas de psicoeducación al paciente y su familia o red de apoyo.

Contexto Institucional

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Políticas de aseguradoras que establecen tiempos fijos entre un control y otro lo cual dilata los tiempos de atención.
- Políticas y coberturas de entidades aseguradoras: no coberturas en casos de intento de suicidio, consumo de sustancias, entre otros.
- Déficit de personal médico y de enfermería especializado en atención a pacientes con enfermedad mental.
- Ausencia de lineamientos nacionales que definan el número de integrantes del equipo de salud (medicos, enfermeras, auxiliares).

Individuo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Desconocimiento de guías de atención o protocolos de manejo.
- Inadecuadas competencias o desconocimiento de síntomas prodrómicos en personal de niveles básicos de atención.
- Omisión en la ejecución de actividades de intervención, identificación de situaciones de riesgo, detección de signos y síntomas de crisis.
- Desconocimiento del modelo de atención primaria integral o no adherencia al mismo.
- Desconocimiento o no adherencia a programas de psicoeducación.
- Omisión de diligenciamiento o consulta de registros clínicos.
- Competencias, formación o entrenamiento insuficiente del personal médico y de enfermería para la atención al paciente con enfermedad mental.
- Cansancio.
- Estrés.
- Miedo al paciente con enfermedad mental por estigma o desconocimiento de la patología.
- Desmotivación o poco compromiso.

Equipo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Inexistencia de canales de comunicación entre el equipo que atiende al paciente en consulta externa y el que atiende al paciente de forma intrahospitalaria.
- Inadecuada comunicación entre los miembros del equipo de trabajo.
- Falta de supervisión.
- Ausencia de personal de soporte competente y entrenado para la atención al paciente con enfermedad mental.

Ambiente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia de espacios para el diálogo terapéutico con el paciente y su familia.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.1 - Barreras y defensas

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

HUMANAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ejecutar actividades de intervención primaria para la detección y tratamiento precoz de los síntomas.
- Identificar durante la consulta situaciones que generan riesgo de recaída.
- Detectar signos y síntomas de crisis.
- Aplicar el modelo de atención primaria integral haciendo participe a la familia y entorno del paciente / red de apoyo.
- Incluir al paciente y su red de apoyo en programas de psicoeducación.
- Diligenciamiento y consulta de registros clínicos para identificar: fuentes de estrés, amenazas habituales, circunstancias o riesgos conducentes a crisis o factores que aumentan su probabilidad, necesidades psicosociales del paciente y establecimiento de medidas de actuación frente a las mismas.

ADMINISTRATIVAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Documentar, actualizar y socializar guías de manejo que incluyan directrices para disminuir el período de tiempo sin tratamiento.
- Documentar, actualizar y socializar protocolos de manejo enfocados a la identificación de síntomas iniciales de la crisis.
- Construir un modelo de atención primaria integral al paciente que incluya acciones de colaboración con la familia y el entorno del paciente.
- Definir políticas que garanticen el acceso del paciente a cita de control por psiquiatría posteriormente a una hospitalización en institución de salud mental.
- Definir programas de psicoeducación dirigidos al paciente y su familia o red de apoyo con el fin de que estos identifiquen, de forma precoz, signos y síntomas de crisis.
- Definir tiempos de consulta con psiquiatra no menores a 40 minutos.
- Capacitar al personal de salud en técnicas de comunicación efectiva con sus compañeros, paciente y familia o red de apoyo.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Disponer de una historia clínica (física o electrónica) completa e integrada.
- Contar con material para la ejecución del programa de psicoeducación al paciente y su familia o red de apoyo.

NATURALES

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Espacios naturales de comunicación con el paciente en la consulta.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

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



43

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 conllevaron 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

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia de políticas institucionales para documentación, actualización y socialización de protocolos de manejo.
- Políticas de manejo de personal inadecuadas.
- Omisión en el cálculo de la capacidad instalada del recurso humano frente a la demanda de los usuarios.
- Sporte administrativo y gerencial deficiente.

Contexto Institucional

- Estigmatización del paciente con enfermedad mental y personal que se desempeña en el área.

Individuo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Omisión en la adherencia al protocolo institucional para manejo del paciente en crisis.
- Actuación temeraria o insuficiente.
- Competencias o formación insuficiente del personal para la atención en crisis.
- Cansancio.
- Estrés.
- Desmotivación o poco compromiso.

Tarea y tecnología

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia, desactualización o no socialización del protocolo institucional para manejo del paciente en crisis.
- Ausencia, desactualización o no socialización de guías de práctica clínica.
- Imposibilidad de la estandarización del riesgo en el paciente con enfermedad mental debido a la inexistencia de métodos diagnósticos que garanticen la fiabilidad completa del diagnóstico clínico.
- Inexistencia de pruebas gold estándar para el diagnóstico.
- Escalas de valoración del riesgo no validadas para el país y no aplicables a todos los pacientes.

Paciente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Alteración del juicio.
- Cronicidad de la patología.
- Pluripatología.

Equipo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Inexistencia de canales de comunicación entre el equipo que atiende al paciente en consulta externa y el que atiende al paciente de forma intra-hospitalaria.
- Inadecuada comunicación entre los miembros del equipo de trabajo.
- Falta de supervisión.
- Ausencia de un líder que coordine la atención.
- Deficiente coordinación en el equipo de trabajo.
- Ausencia de personal de soporte.

Ambiente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Sobrecarga de trabajo relacionada con fluctuación de pacientes que acuden al servicio y cantidad insuficiente de recurso humano.
- Inadecuado clima laboral.
- Infraestructura deficiente.

FALLAS LATENTES



Falla Activa No.2 - Barreras y defensas

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

HUMANAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Realizar un análisis global de la situación para establecer el diagnóstico y plan de manejo.
- Precisar el origen de la crisis (patologías, antecedentes, consumo de sustancias psicoactivas, origen orgánico).
- Realizar entrevista a los familiares, acompañantes o testigos del episodio.
- Valorar los riesgos asociados a la crisis, factores desencadenantes o agravantes, apoyos situacionales existentes, factores de protección del medio, factores propios del paciente.
- Realizar intervenciones (plan de manejo) que faciliten el proceso cognitivo y emocional del paciente con el fin de conseguir su colaboración.
- Aplicar actuaciones aisladas, combinadas o secuenciales según la intensidad sintomatológica, las circunstancias y la respuesta del paciente: contención verbal, física, farmacológica, contención y apoyo del entorno, medidas de protección y apoyo del paciente en crisis.
- Compromiso continuado para mejorar sus competencias.
- Informar al paciente, familiares o red de apoyo del diagnóstico (valoración de la situación) y del plan de manejo.
- Aplicar escalas de diagnóstico, tamizaje y riesgos inminentes según sintomatología del paciente.

NATURALES

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Entorno habilitante.
- Espacios naturales de comunicación con el paciente y la familia o red de apoyo.

ADMINISTRATIVAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Definir, actualizar y socializar protocolos de intervención en crisis que incluyan análisis, detección del origen, participación de familiares o acompañantes, valoración de riesgos asociados, factores desencadenantes o agravantes, apoyos situacionales existentes, factores de protección del medio, factores propios del paciente, ejecución de actividades que favorezcan el proceso cognitivo y emocional del paciente, respeto por los derechos del paciente y su dignidad.
- Documentación, socialización y actualización de guías de práctica clínica que incluyan implementación de terapia comportamental en pacientes con diagnóstico de psicosis e ira.
 - (Ross, J. Quayle E., et al., The impact of psychological therapies on violent behaviour in clinical and forensic settings: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*. [Calificación de la evidencia: ⊕⊕⊕⊕ alta](#))
- Documentar, revisar, socializar y hacer seguimiento a la adherencia de aplicación de escalas de diagnóstico y tamizaje (Test de CAGE, AUDIT, Hamilton) y riesgos inminentes (auto – heteroagresión, evasión, caídas).

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Historia clínica (física o electrónica) completa integrada que permita la consulta del historial del paciente.
- Disponibilidad de escalas de diagnóstico, tamizaje y riesgos inminentes.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 3 [\(regresar al escenario problemático\)](#)



46

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 conllevaron 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.3 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 3](#)

Organización y Gerencia

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia de políticas institucionales para la definición de planes de prevención de crisis.
- Ausencia de políticas institucionales para documentación, actualización y socialización de guías de práctica clínica.
- No destinar recursos para la implementación de planes de prevención de crisis.
- Ausencia de soporte administrativo y gerencial.

Contexto Institucional

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- No disponibilidad de atención en el nivel requerido por el paciente.
- Políticas y coberturas de las entidades aseguradoras: limitantes del POS para la cobertura de medicamentos de depósito que garantizan la adherencia en pacientes con diagnósticos crónicos.

Individuo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Desconocimiento o falta de adherencia al plan de prevención de recurrencia de crisis.
- Desconocimiento o falta de adherencia a guías de práctica clínica.
- Desconocimiento o falta de adherencia a directrices de niveles de remisión del paciente una vez es dado de alta.
- Desconocimiento o falta de adherencia a estrategias de educación del paciente.

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de planes de prevención para la recurrencia de crisis.
- Ausencia, desactualización o no socialización de guías de práctica clínica.
- Ausencia de estrategias de educación al paciente y su familia o red de apoyo.
- Ausencia de programas que incluyan la intervención de grupos de terapia ambulatoria.

Ambiente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Sobrecarga de trabajo relacionada con fluctuación de pacientes que acuden al servicio y cantidad insuficiente de recurso humano.
- Inadecuado clima laboral.

Paciente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Juicio alterado.
- Desconocimiento de la enfermedad.
- Falta de consciencia de la enfermedad: cronicidad de la patología y necesidad de manejo permanente.
- Inadecuada estructura familiar o de la red de apoyo.
- Cambios de la estructura familiar o de la red de apoyo.
- Desconocimiento o inhabilidad para identificar factores de riesgo para recaídas.
- Desconocimiento o inhabilidad para activar medidas o recursos alternativos ante prodromos de crisis.
- Estigmatización propia del paciente con enfermedad mental.
- Cronicidad de la patología.

Equipo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Fallas en la comunicación entre los miembros del equipo de trabajo.
- Inexistencia de canales de comunicación entre el equipo que atiende al paciente en hospitalización y el que atiende al paciente en los diferentes niveles de atención a los cuales es remitido una vez es dado de alta.
- Falta de supervisión.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.3 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 3](#)

HUMANAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Realización y revisión completa de la historia clínica que incluya las necesidades psicosociales del paciente.
- Implementación de un plan de prevención de recurrencia de crisis.
- Adherencia a guías de práctica clínica.
- Definir planes de manejo individualizados a cada paciente al ser dado de alta.
- Remitir al paciente al nivel de atención que requiere, una vez es dado de alta.
- Implementar estrategias de educación al paciente para la identificación de factores de riesgo para recaídas y las medidas a adoptar ante pródomos de crisis.
- Verificar la asignación oportuna de citas de seguimiento.
- Psicoeducación al paciente enfocada a disminuir el estigma y aumentar la consciencia de la enfermedad.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Disponibilidad de materiales para ejecutar las estrategias del programa de educación del paciente y su familia o red de apoyo

ADMINISTRATIVAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Documentar, actualizar y socializar planes de prevención para la recurrencia de crisis o prevención de recaídas que incluya: medidas de actuación ante riesgos clínicos específicos, intervenciones psicoterapéuticas relacionadas con la respuesta del paciente a estos estresores.
- Documentar, actualizar y socializar guías de práctica clínica.
- Documentar, actualizar y socializar la ruta de atención del paciente que es dado de alta.
- Diseño, socialización y seguimiento a la implementación de un programa de educación y psicoeducación al paciente y su familia o red de apoyo.
- Disponer mecanismos que garanticen la asignación de cita para seguimiento del paciente en el nivel de atención requerido antes del alta.
- Diseño de programas de atención ambulatoria que incluyan la intervención de grupos de terapia.

NATURALES

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Espacios de comunicación con el paciente y su familia o red de apoyo.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 4 ([regresar al escenario problemático](#))



49

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 conllevaron 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.4 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 4](#)

Organización y Gerencia

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia de políticas institucionales para documentación, actualización y socialización de protocolos o herramientas de acuerdo a la evaluación de riesgos institucionales y del paciente.
- Ausencia de políticas institucionales para estructuración de programas de educación continuada con énfasis en seguridad del paciente.
- Inadecuados canales de comunicación institucional para el aprendizaje a partir de eventos anteriores.
- Cultura institucional punitiva.
- Ausencia de políticas para la implementación de un sistema de notificación, investigación, análisis y emisión de planes de acción ante incidentes o eventos adversos.
- Ausencia de programas de capacitación y educación continuada.

Contexto Institucional

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Políticas deficientes y cobertura de las entidades aseguradoras.

Individuo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Inadecuado grado de cualificación o competencia del personal.
- Entrenamiento insuficiente.
- Fatiga.
- Estrés.
- Errores en la identificación del paciente.

Paciente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Pacientes homónimos.
- Juicio alterado.
- Naturaleza de la enfermedad mental.
- Desconocimiento de su patología.
- Ausencia de la consciencia de su patología.
- Negación y desconocimiento del paciente y su familia o red de apoyo de los riesgos.
- Minimización de síntomas.

Equipo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Comunicación deficiente entre los miembros del equipo de trabajo y los diferentes niveles de atención.
- Ausencia de un líder en el equipo de trabajo.
- Coordinación deficiente del equipo de trabajo.

Tarea y tecnología

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia, desactualización o no socialización de protocolos o herramientas de evaluación de factores ambientales y de equipamiento, factores del recurso humano, riesgos en el traslado de pacientes, riesgos de vulneración de los derechos de los pacientes, identificación del paciente en los diferentes momentos de la atención, verificación y custodia de objetos peligrosos (que incluya una lista de chequeo), valoración de factores de riesgo asociados al cuadro clínico (fuga, auto-heteroagresión, evasión, riesgo de agitación o comportamientos antisociales, riesgo de caídas, riesgo de actin o conducta sexual), valoración del riesgo de vulnerabilidad sexual, valoración de riesgos al alta.
- Ausencia de programas de educación continuada enfocados a la seguridad del paciente.
- Ausencia de un sistema de notificación, investigación, análisis y emisión de planes de acción ante incidentes o eventos adversos.
- Ausencia, desactualización o no socialización de un procedimiento de verificación sistemática de factores de riesgo.

Ambiente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Sobrecarga laboral.
- Patrón de turnos.
- Ausencia de áreas con acceso restringido para el almacenamiento de elementos de custodia.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.4 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 4](#)

HUMANAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Adherencia a protocolos o herramientas de evaluación de factores ambientales y de equipamiento, factores del recurso humano, riesgos en el traslado de pacientes, riesgos de vulneración de los derechos de los pacientes, identificación del paciente en los diferentes momentos de la atención, verificación y custodia de objetos peligrosos (que incluya una lista de chequeo), valoración de factores de riesgo asociados al cuadro clínico (auto-heteroagresión, evasión, riesgo de agitación o comportamientos antisociales, riesgo de caídas, riesgo de conducta sexual), valoración del riesgo de vulnerabilidad sexual, valoración de riesgos al alta.
- Implementar directrices institucionales de seguridad del paciente.
- Implementación de directrices del sistema de notificación, investigación, análisis y emisión de planes de acción ante incidentes o eventos adversos.
- Implementación y verificación en cada turno (personal de enfermería) de la pertinencia de dispositivos para la correcta identificación del paciente: censos de pacientes que incluyan datos de identificación del paciente (nombres, apellidos, número de documento de identidad, fecha de nacimiento).
- Realizar una historia clínica exhaustiva al ingreso del paciente al servicio, realizando verificación sistemática de factores de riesgo asociados al cuadro clínico.
- Implementar herramientas de comunicación efectiva y canales entre los diferentes niveles de atención.

ADMINISTRATIVAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Documentar, actualizar y socializar protocolos o herramientas de evaluación de factores ambientales y de equipamiento, factores del recurso humano, riesgos en el traslado de pacientes, riesgos de vulneración de los derechos de los pacientes, identificación del paciente en los diferentes momentos de la atención, verificación y custodia de objetos peligrosos (que incluya una lista de chequeo), valoración de factores de riesgo asociados al cuadro clínico (fuga, auto-heteroagresión, evasión, riesgo de agitación o comportamientos antisociales, riesgo de caídas, riesgo de actin o conducta sexual), valoración del riesgo de vulnerabilidad sexual, valoración de riesgos al alta.
- Establecer canales de comunicación para el aprendizaje institucional a partir de los cuales se retroalimente a todo el personal asistencia con una cultura no punitiva.
- Documentación, actualización, socialización y seguimiento a la implementación de un sistema de notificación, investigación, análisis y emisión de planes de acción ante incidentes o eventos adversos.
- Documentación, actualización, socialización y seguimiento a la implementación de un procedimiento de verificación sistemática de factores de riesgo.
- Capacitar al personal en comunicación efectiva.
- Establecer mecanismos de comunicación entre los diferentes niveles de atención del paciente.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Disponibilidad de censos de pacientes actualizados en cada turno ya sean en físico o a través de aplicativos que incluyan nombres completos y número de identificación.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 5 [\(regresar al escenario problemático\)](#)



52

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 conllevaron 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.5 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 5](#)

Organización y Gerencia

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia de políticas para la documentación de un protocolo para el transporte de pacientes.

Individuo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Personal sin experiencia o competencias deficientes para el manejo de pacientes con enfermedad mental.
- No implementación del protocolo para traslado del paciente.
- Estigma del paciente con enfermedad mental que puede predisponer el incumplimiento de guías clínicas o protocolos de manejo: uso de sedación excesiva, uso inadecuado de medidas de contención física.
- No adherencia o conocimiento deficiente de esquemas de sedación en pacientes con episodios de agitación derivados de la patología o consumo de sustancias.

Tarea y tecnología

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia, desactualización o no socialización de un protocolo de traslado del paciente que incluya indicaciones para la sedación en pacientes agitados y aplicación de mecanismos de sujeción.
- Medios de transporte (silla de ruedas, cama, camillas) insuficientes o en inadecuadas condiciones para su óptimo funcionamiento.

Paciente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Juicio alterado o falta de consciencia de su enfermedad.
- Minimización de síntomas y riesgo por parte de familiares o red de apoyo.
- Familiares que se oponen a las intervenciones terapéuticas instauradas.

Equipo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Inadecuadas técnicas de comunicación entre los miembros del equipos de trabajo.
- Trabajo en equipo deficiente.
- Ausencia de personal de soporte para el traslado del paciente.

Ambiente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Inadecuados canales de comunicación entre instituciones de traslado del paciente.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No. 5 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 5](#)

HUMANAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Adherencia al protocolo institucional para el traslado inter o intra institucional de pacientes.
- Valorar la pertinencia del medio de transporte a utilizar (silla de ruedas, camilla, cama).
- Valorar las medidas de contención a implementar (química o física).
- Valorar la necesidad de personal requerido para el traslado seguro.
- Informar al servicio o institución receptora del paciente acerca de la condición clínica del mismo.
- Aplicar el protocolo institucional de manejo y custodia de objetos peligrosos.

ADMINISTRATIVAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Documentar, actualizar, socializar y hacer seguimiento a la implementación del protocolo para traslado de pacientes que incluya indicaciones para sedación e implementación de medidas de sujeción.
- Definir adecuados canales de comunicación interinstitucionales que garanticen la adecuada transmisión de información relacionada con el traslado del paciente.
- Implementar políticas de administración del recurso humano que garanticen las competencias del personal asistencial y la disponibilidad de personal de soporte.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Disponer de medios de transporte (silla de ruedas, cama, camillas) suficientes o en adecuadas condiciones de funcionamiento.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 6 ([regresar al escenario problemático](#))



55

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 conllevaron 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.6 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 6](#)

Organización y

Gerencia

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia de políticas para el mantenimiento preventivo y correctivo de mobiliario e infraestructura.
- Ausencia de políticas institucionales para la prevención de caídas.
- Falta de medición de índices de ocupación del servicio para la asignación de personal asistencial.



Individuo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Personal sin experiencia o competencias deficientes para el manejo de pacientes con enfermedad mental.
- No implementación de escala para valoración del riesgo de caídas.
- No adherencia a políticas institucionales de acompañamiento a pacientes.
- No adherencia a protocolos para inmovilización del paciente según la valoración del riesgo de caídas.
- Inadecuado acompañamiento al paciente derivado de estigmatización a partir del cual se considera que todos son violentos.

Tarea y tecnología

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia del instrumento para valoración del riesgo de caída.
- Ausencia de protocolos para inmovilización del paciente en casos que aplique según la valoración del riesgo de caídas.
- Inadecuado entrenamiento al personal asistencial para la valoración del riesgo de caídas.
- Ausencia de dispositivos para inmovilización del paciente según protocolo institucional.

Paciente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Naturaleza de los síntomas de la enfermedad mental.
- Efectos secundarios de farmacoterapia instaurada o interacciones medicamentosas (neurolépticos, benzodiacepinas, beta bloqueadores, IMAOS, antidepresivos tricíclicos, diuréticos, hipotensores, etc).
- Polifarmacia. (Seguridad del paciente y gestión de riesgos en salud mental. Junta de Extremadura. 2011)
- Juicio alterado o falta de consciencia de su enfermedad.
- Familiares que se oponen a las intervenciones terapéuticas instauradas.

Equipo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Inadecuada comunicación entre compañeros del equipo de trabajo.
- Ausencia de personal de soporte o flotante para el acompañamiento a pacientes mayores de 65 años.

Ambiente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Entorno físico con factores de riesgos que predisponen la caída del paciente.
- Entorno no habilitante.
- Ausencia de dispositivos para prevención de caídas (pasamanos, antideslizantes, agarraderas, etc).
- Ausencia de dispositivos de señalización de áreas.
- Mobiliario en condiciones deficientes para la prestación del servicio.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.6 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 6](#)

ADMINISTRATIVAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Diseñar o adaptar el instrumento para valoración del riesgo de caída.
- Evaluación permanente de factores de riesgo de caídas presentes en el entorno físico.
- Documentar, implementar y hacer seguimiento a la ejecución de un cronograma de mantenimiento de mobiliario e infraestructura.
- Realizar el cálculo de la capacidad instalada del personal asistencial teniendo en cuenta la demandada de usuarios al servicio.
- Diseñar planes de manejo que permitan la participación de la familia del paciente.
- Educar al personal asistencial en adecuadas técnicas de comunicación con el paciente, su familia y compañeros del equipo de trabajo.
- Documentar, socializar y hacer seguimiento a la adherencia a un programa de psicoeducación para la deambulación y marcha especialmente enfocado a pacientes que reciben fármacos con efectos sedantes que incluyan directrices como: marcha cuidadosa y pausada, evitar correr, uso de calzado antideslizante, etc)
- Definir lineamientos para el acompañamiento permanente por enfermería o manejo en unidades especiales a pacientes mayores de 65 años.
- Documentar un protocolo de inmovilización del paciente para la prevención del riesgo de caídas.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Instrumento para valoración del riesgo de caída.
- Historia clínica completa (física o electrónica).
- En caso de sedación o deterioro cognitivo usar barandas o mecanismos físicos de sujeción. (Seguridad del paciente y gestión de riesgos en salud mental. Junta de Extremadura. 2011)
- Garantizar la disponibilidad para la implementación del programa de psicoeducación para la deambulación y marcha.
- Garantizar la disponibilidad de dispositivos para la inmovilización del paciente según lo definido en el protocolo institucional.

PRÁCTICAS SEGURAS

Falla Activa No.6 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 6](#)

HUMANAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Aplicación del instrumento de valoración del riesgo de caída (Downtown, Morse) durante la valoración de ingreso del paciente y verificación en cada turno.
- Documentar en la historia clínica la valoración y seguimiento del riesgo de caídas y el plan de cuidados a implementar.
- Informar a los procesos de apoyo acerca de factores de riesgo presentes en el entorno físico que predispongan las caídas.
- Informar al paciente y/o la familia acerca de los factores de riesgo detectados y las medidas de prevención.
- Involucrar a la familia del paciente en las actividades para su cuidado permitiendo su compañía permanente.
- Aplicar los lineamientos del protocolo de transporte del paciente.
- Implementar directrices de adecuada comunicación con el equipo de trabajo.
- Implementar actividades de psicoeducación para la deambulación y marcha.
- Manejo en unidad especial o acompañamiento permanente por enfermería a pacientes mayores de 65 años.
- Adherencia a protocolos para inmovilización del paciente según la valoración del riesgo de caídas.

NATURALES

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ubicar al paciente con riesgo de caídas cerca al control de enfermería.
- Entorno habilitante que garantice la seguridad para la movilización del paciente.
- Garantizar la existencia de áreas para manejo de pacientes inmovilizados en las cuales se pueda realizar control visual permanente.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 7 [\(regresar al escenario problemático\)](#)



59

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 conllevaron 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.7 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 7](#)

Organización y Gerencia

- Ausencia de políticas para documentación, actualización y socialización de protocolos institucionales.
- Ausencia de un programa de educación y evaluación continuada al personal.
- Sobrecarga laboral.

Individuo

- Competencias o entrenamiento deficientes para el manejo de pacientes con enfermedad mental.
- No adherencia al protocolo de identificación redundante del paciente.
- No diligenciamiento y verificación del censo de pacientes.
- Escasa motivación por el trabajo.
- Estrés o cansancio.

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización del protocolo para identificación del paciente.
- Tiempo insuficiente para la ejecución de actividades propias de la atención del paciente con enfermedad mental.

Paciente

- Características propias de la enfermedad mental.
- Apoyo pobre por parte de la familia o red del paciente con patologías crónicas (pobre identificación, ausencia de documentos de identidad).

Equipo

- Alta rotación del personal.

60

FALLAS LATENTES

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

Falla Activa No.7 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 7](#)

HUMANAS

- Adherencia al protocolos de identificación redundante del paciente en los diferentes momentos de atención.
- Diligenciar y mantener actualizado en cada turno (enfermería) el censo hospitalario verificando la presencialidad del paciente en la institución.
- Participar en los programas de educación continuada.

ADMINISTRATIVAS

- Documentar, actualizar y socializar un protocolo de identificación redundante del paciente por doble nombre, doble apellido y número de identificación en los siguientes momentos: al ingreso a la institución, antes de realizar un procedimiento, antes de administrar un medicamento; garantizando un adecuado registro y personalización del paciente. En pacientes con trastornos del pensamiento como psicosis o delirios no se recomienda el uso de manillas o marcaciones especiales ya que pueden aumentar la actividad delirante al sentirse referenciados o señalados.
- Diseñar, socializar y hacer seguimiento a la implementación del censo hospitalario.
- Incluir en el programa de educación continuada actividades enfocadas a fortalecer en el personal de enfermería el conocimiento de los pacientes a su cargo.
- Implementar políticas de administración de personal tendientes a evitar la rotación de personal.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

- Disponibilidad de herramientas físicas o electrónicas para el levantamiento de censos que incluyan: doble nombre, doble apellido, número de identificación, número de habitación y servicio al que pertenece el paciente.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 8 ([regresar al escenario problémico](#))



62

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 conllevaron 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.8 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 8](#)

Organización y Gerencia

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia de políticas para la documentación, actualización y socialización de un protocolo de valoración y manejo del paciente con riesgo suicida y/o de autolesiones, manejo y custodia de objetos potencialmente lesivos.
- Ausencia de políticas para definición de la cantidad de personal asistencial según necesidades del servicio (estado del paciente) y personal de soporte para la monitorización del paciente.
- Ausencia de políticas de contratación de recurso humano altamente calificado.
- Sobrecarga laboral.

Contexto Institucional

- Deficientes planes de cobertura de entidades aseguradoras.

Individuo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ansiedad del evaluador que realiza la identificación del riesgo.
- Personal sin experiencia o competencias deficientes para identificar las ideas o conductas suicidas por las cuales cursa el paciente.
- Inadecuadas competencias o entrenamiento para el manejo de pacientes con riesgo suicida.
- Inadecuada comunicación del entrevistador con el paciente.

Tarea y tecnología

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia, desactualización o no socialización de un protocolo de valoración y manejo del paciente con riesgo suicida y/o de autolesiones, manejo y custodia de objetos potencialmente lesivos.
- Ausencia, desactualización o no socialización de un protocolo de valoración y manejo del paciente con riesgo suicida y/o de autolesiones.
- Ausencia, desactualización o no socialización de protocolos de manejo de acuerdo al riesgo suicida identificado en el paciente.
- Ausencia, desactualización o no socialización de herramienta de evaluación del riesgo (escala SAD persons).
- Inadecuadas medidas de observación o monitoreo de pacientes con riesgo suicida.

Paciente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Presencia de falsos positivos o falsos negativos como resultado de la evaluación del riesgo.
- Naturaleza de la patología mental grave.

Equipo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia de personal de soporte para la monitorización del paciente.
- Inexistencia de canales de comunicación entre el equipo que atiende al paciente en hospitalización y el que atiende al paciente en los diferentes niveles de atención a los cuales es remitido una vez es dado de alta.

Ambiente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia de sistemas de bloqueo en puertas o ventanas de acceso a espacios de riesgo.
- Ausencia de áreas con acceso restringido para el almacenamiento de elementos de custodia.
- Infraestructura que dificulte el monitoreo visual constante del paciente por parte del personal asistencial.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.8 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 8](#)

ADMINISTRATIVAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Documentar, actualizar, socializar y hacer seguimiento a la implementación del protocolo de valoración del paciente con riesgo suicida y/o de autolesiones enfocado a identificar las ideas o conductas suicidas por las cuales cursa el paciente: ideas de muerte, ideas suicidas, planes suicidas, tentativas de suicidio, suicidios consumados, equivalencias suicidas, suicidios disfrazados o encubiertos; exploración psicopatológica; valoración de los factores de riesgo; valoración de los factores de protección; perfil de alto riesgo suicida; intervención para el control de síntomas psicóticos.
- Documentar, actualizar, socializar y hacer seguimiento a la implementación de protocolos de manejo de acuerdo al riesgo suicida identificado en el paciente.
- Documentar, actualizar, socializar y hacer seguimiento a la implementación del protocolo de manejo y custodia de objetos potencialmente lesivos (pertenencias del paciente).
- Capacitar al paciente para la implementación de protocolos institucionales.
- Capacitar al personal encargado de la valoración del riesgo en técnicas de comunicación asertiva con el paciente.
- Evaluar permanentemente la infraestructura física en busca de riesgos.
- Diseñar actividades terapéuticas para pacientes con riesgo suicida y/o de autolesiones.
- Disponer la cantidad de personal asistencia fijo y de soporte según necesidades del servicio y requerimientos de monitorización de pacientes.
- Diseñar un plan de seguimiento post alta enfocado a mantener el equilibrio de los factores de riesgo y protección.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Disponer del instrumento para evaluación del riesgo (escala de SAD personas u otras).
- Historia clínica física o electrónica de fácil acceso.
- Contar con sistemas de bloqueo de apertura de puertas o ventanas de acceso a espacios de riesgo.
- Disponibilidad de recursos para la ejecución de actividades terapéuticas para pacientes con riesgo suicida y/o de autolesiones.

PRÁCTICAS SEGURAS

Falla Activa No.8 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 8](#)

HUMANAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Adherencia al protocolo de valoración y manejo del paciente con riesgo suicida y/o de autolesiones.
- Aplicar protocolos de manejo de acuerdo al riesgo suicida identificado en el paciente,
- Aplicar, por parte del psiquiatra o psicólogo, la herramienta de evaluación del riesgo (escala SAD persons) al ingreso del paciente a la institución, en cada cambio de servicio; debe ir acompañada de una valoración clínica detallada del experto pues no la reemplaza.
- Verificación de la evaluación siempre que se mantenga el riesgo elevado.
- Registrar en la historia clínica los hallazgos de la valoración del riesgo así como un plan de manejo individualizado para el paciente.
- Establecer un plan de manejo que incluya: establecer una relación terapéutica de confianza, identificar el problema central, establecer un compromiso terapéutico con el paciente.
- Implementar técnicas de comunicación asertiva con el paciente iniciando por un tema neutro, dando espacio para las respuestas, evitando asaltos de preguntas, realizar preguntas abiertas, pidiendo las aclaraciones pertinentes para evitar interpretaciones subjetivas, realizar un interrogatorio indirecto.
- Desarrollar relaciones terapéuticas con el paciente basadas en la confianza. (Seguridad del paciente y gestión de riesgos en salud mental. Junta de Extremadura. 2011)
- Implementar el protocolo para manejo y custodia de elementos potencialmente lesivos (pertinencias del paciente).
- Identificar permanentemente riesgos ambientales e informarlos a los procesos de apoyo.
- Establecer el nivel de vigilancia, control de permanencia y/o observación continuada.
- Incluir al paciente en actividades terapéuticas.
- Realizar intervención para el control de síntomas psicóticos.
- Elaborar el plan de alta y hacer seguimiento post alta.

NATURALES

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Entorno habilitante: unidades de cuidado intensivo psiquiátrico que garanticen un entorno tranquilizador, contenedor y supervisión constante.
- Espacios naturales de comunicación con el paciente.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 9 ([regresar al escenario problémico](#))



66

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.9 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 9](#)

Organización y Gerencia

- Ausencia de políticas para documentación, actualización, socialización y seguimiento a la adherencia al protocolo de valoración del paciente con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales.
- Ausencia de políticas para documentación, actualización, socialización y seguimiento a la adherencia al instrumento de valoración del riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales.
- Ausencia de políticas para definición de la cantidad de personal asistencial según necesidades del servicio (estado del paciente) y personal de soporte para la monitorización del paciente.
- Ausencia de políticas de contratación de recurso humano altamente calificado.

Individuo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Personal sin experiencia o competencias deficientes para identificar signos de alarma de posible conducta violenta y en general su valoración y manejo.
- Fala de adherencia a protocolos institucionales para valoración y manejo de pacientes con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales.

Paciente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Juicio alterado.
- Falta de voluntad de colaboración con las intervenciones terapéuticas.
- Falta de capacidad para colaborar con las intervenciones terapéuticas.
- Componentes cambiantes de la conducta agresiva/violenta.
- Naturaleza impredecible de la heteroagresión en la mayoría de los casos.

Tarea y tecnología

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Ausencia, desactualización o no socialización de un protocolo de valoración del paciente con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales.
- Ausencia, desactualización o no socialización de un instrumento para valoración del riesgo de agitación y/o comportamientos antisociales.
- Inexistencia de escalas validadas para estimación del riesgo de heteroagresión de forma previa al evento.

Equipo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Inadecuada comunicación entre servicios en los cuales es atendido el paciente.
- Ausencia de personal de soporte para atender emergencias durante la valoración o manejo del paciente.

Ambiente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Espacio físico para la valoración del paciente inadecuado.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.9 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 9](#)

HUMANAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Adherencia al protocolo de valoración y manejo del paciente con riesgo agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales.
- Aplicar el instrumento para valoración del riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales.
- Verificación de la evaluación siempre que se mantenga el riesgo elevado.
- Registrar los hallazgos de la valoración y el plan de manejo instaurado en la historia clínica del paciente.
- Definir un plan de protección y tratamiento acordes a las necesidades del paciente.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Disponibilidad del instrumento para valoración del riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales..
- Historia clínica física o electrónica de fácil acceso en los diferentes servicios.
- Espacio físico para la valoración: no aislado, dotado de mecanismos de alarma, desprovisto de seguro interno, evitar la presencia de varias personas, verificar que no existan objetos que en su momento puedan ser usados como armas, distribución del mobiliario que facilite la activación de mecanismos de alarma e ingreso de personal de soporte, evitar que el paciente se sienta acorralado (trastorno paranoico), valorar si los acompañantes del paciente ejercen una función desestabilizadora o sirven de apoyo y ayudan al control. Espacio tranquilizador, contenedor, que evite el contacto con la mayoría de los estresores externos que puedan exacerbar la sintomatología agresiva del paciente.

ADMINISTRATIVAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Documentar, actualizar, socializar y hacer seguimiento a la implementación del instrumento para valoración del riesgo de agitación y/o comportamientos antisociales.
- Diseñar, actualizar, socializar y hacer seguimiento a la adherencia de un instrumento institucional para la valoración del riesgo de heteroagresión que teniendo en cuenta su impredecibilidad.
- Documentar, actualizar, socializar y hacer seguimiento a la implementación del protocolo de valoración del paciente con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales que incluya: identificación de signos de alarma; exploración psicopatológica (grado de inquietud o agitación del paciente, existencia o no del deseo de agredir, medios de los cuales dispone para dañar a los demás, antecedentes de violencia o conductas agresivas); evaluación de la etiología de la situación de agitación (trastorno mental orgánico subyacente, consumo de sustancias, trastorno psicótico, trastorno de personalidad); entrevista estructurada y sensible no solo al paciente sino también a familiares, acompañantes, autoridades, etc para garantizar la adecuada identificación de conductas disruptivas y factores de riesgo; espacio físico adecuado para la valoración; realización de exámenes complementarios; valoración de factores de riesgo; definición de un plan de protección y tratamiento que incluya: definir manejo hospitalario o ambulatorio para disminuir la exposición al factores de riesgo; en caso de conductas antisociales confrontar al paciente con las mismas explicando sus consecuencias y definiendo con el paciente el plan de acción a seguir; medidas de desescalada o reducción de la agresividad: hablar al paciente con voz baja y pausada, dejarle tomar decisiones, manifestar señales de empatía e inexistencia de conductas hostiles, mostrar tranquilidad y control, manejo de la comunicación no verbal para no ser amenazante ni provocador, mostrar preocupación e interés mediante respuestas verbales y no verbales buscando empatía, detectar factores apaciguadores y detonantes; si las medidas de desescalada no son efectivas y según los hallazgos de la valoración aplicar medidas de contención: mecánica, aislamiento estimular y relacional, química (administración de psicofármacos); establecer niveles de observación y seguimiento; discusión del episodio con el paciente una vez este se haya resuelto.

NATURALES

- Entorno habilitante: tranquilizador, contenedor, libre de estresores externos.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 10 ([regresar al escenario problémico](#))



69

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 conllevaron 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.10 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 10](#)

Organización y Gerencia

- Ausencia de políticas institucionales para documentación, actualización, socialización y seguimiento a la adherencia de un instrumento para la evaluación del riesgo de evasión de acuerdo a los factores de riesgo y criterios institucionales.
- Ausencia de políticas para documentación, actualización, socialización y seguimiento a la adherencia al protocolo para la evaluación del riesgo de evasión.
- Personal insuficiente para la prestación del servicio, sobrecarga laboral.

Individuo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Fatiga o cansancio.
- Estrés.
- Omisión en la aplicación de protocolos institucionales que conlleva a una inadecuada valoración y desconfianza por parte del paciente.

Paciente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Baja o nula consciencia de la enfermedad.
- Alteraciones de la percepción de la realidad.
- Internación involuntaria del paciente.

Equipo

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Inadecuada comunicación entre servicios en los cuales es atendido el paciente.
- Ausencia de personal de soporte para la atención del paciente.

Tarea y tecnología

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Inexistencia de escalas validadas para estimación del riesgo de evasión.
- Ausencia, desactualización o no socialización de un protocolo de inmovilización y sedación en caso de riesgo alto de evasión.
- Ausencia, desactualización o no socialización de un protocolo de valoración del paciente con riesgo evasión.

Ambiente

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Entorno físico que provea la sensación de inseguridad.
- Seguridad del entorno físico deficiente o fallas en los sistemas de seguridad de la institución.
- Ambiente no contenedor, poco estable, que exacerbe la sintomatología del paciente.
- Patrón de turnos deficiente.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.10 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 10](#)

HUMANAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Realizar evaluación de los factores de riesgo de evasión por medio de la aplicación del instrumento en la valoración de ingreso del paciente de acuerdo a los factores de riesgo y criterios institucionales.
- Verificación de la evaluación siempre que se mantenga el riesgo elevado.
- Adherencia al protocolo de valoración y manejo del paciente con riesgo de evasión.
- Informar a los procesos de apoyo la existencia de riesgos no clínicos identificados.
- Definición del plan de tratamiento personalizado para el paciente.
- Realizar seguimiento a la medida de contención.
- Aplicar el protocolo de inmovilización y sedación en caso de riesgo alto de evasión.
- Implementación del protocolo de inmovilización y sedación en caso de riesgo alto de evasión.

ADMINISTRATIVAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Documentar, actualizar, socializar y hacer seguimiento a la adherencia al instrumento para la evaluación del riesgo de evasión de acuerdo a los factores de riesgo y criterios institucionales.
- Documentar, actualizar, socializar y hacer seguimiento a la implementación del protocolo de valoración del paciente con riesgo evasión que incluya: evaluación de los factores de riesgo clínicos y no clínicos, valoración del nivel de riesgo; elaboración de un plan de protección y tratamiento orientado a la atención de las necesidades específicas del paciente en relación con el riesgo de evasión (aburrimiento, miedo a otros pacientes, sentimiento de claustrofobia, atrapamiento o confinación, responsabilidades en sus hogares, sentimiento de abandono por parte de familiares o red de apoyo, preocupación por la seguridad del hogar y sus propiedades); establecimiento del nivel de observación y vigilancia (protocolos para la comprobación de sistemas de seguridad, rutinas y rondas de comprobación de la permanencia del paciente, medidas de seguridad para el traslado del paciente, control de ingresos y salidas de la institución); Implementación de medidas relacionales de seguridad: generales, a pacientes con baja o nula consciencia de la enfermedad, para control de estados de consciencia, confusionales y desorientación, para control de síntomas psicóticos o alteraciones sensoroperceptivas.
- Documentar, actualizar, socializar y hacer seguimiento a la implementación del protocolo de inmovilización y sedación en caso de riesgo alto de evasión.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Disponibilidad del instrumento para valoración del riesgo de evasión.

NATURALES

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Entorno provisto de un clima de seguridad que tranquilice al paciente.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 11 [\(regresar al escenario problemático\)](#)



72

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 conllevaron 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.11 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 11](#)

Organización y Gerencia

- Ausencia de políticas para la documentación, actualización, socialización y de un protocolo para la aplicación de medidas restrictivas.
- Ausencia de políticas de contratación de recurso humano altamente calificado.
- Ausencia de un programa de educación continuada.
- Políticas de compras que no garantizan la disponibilidad de dispositivos para la aplicación de medidas de sujeción.

Contexto Institucional

- Políticas de cobertura de entidades aseguradoras.

Individuo

- Inadecuadas competencias o falta de experiencia.
- No solicitar el apoyo de los compañeros del equipo de trabajo.
- Implementación de inadecuadas técnicas de sujeción física.
- Omisión en la adherencia a protocolos institucionales.

Tarea y tecnología

- Ausencia, desactualización o no socialización de un protocolo para la aplicación de medidas restrictivas.
- Ausencia de dispositivos para la sujeción o inmovilización física.
- Ausencia de mecanismos de fácil administración durante episodios de agitación psicomotora: medicamentos intramusculares o inhalados.
- Ausencia, desactualización o no socialización de protocolos que indiquen sedación farmacológica en pacientes a quienes se indique la inmovilización física.

Paciente

- Incapacidad del paciente para comunicarse.
- Incapacidad del paciente para brindar datos clínicos como antecedentes, datos de identificación, otros.
- Desviación del juicio de realidad del paciente.
- Condiciones inherentes a la patología del paciente.

Equipo

- Inadecuadas técnicas de trabajo en equipo
- Inadecuada comunicación entre compañeros del equipo de trabajo

Ambiente

- Sobrecarga de trabajo.
- Ambiente físico que no cumple con las características para la aplicación de la medida. (Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.11 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 11](#)

HUMANAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Adherencia al protocolo para la aplicación de medidas restrictivas.
- Registrar el procedimiento en la historia clínica del paciente.
- Aplicación de directrices de trabajo en equipo y comunicación.
- Informar al paciente y familiares o red de apoyo acerca del procedimiento a realizar incluyendo los motivos y objetivos de éste.
- Implementación de adecuadas técnicas de sujeción física.

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

(Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2009)

- Historia clínica física o electrónica de fácil acceso.
- Disponer de camas fijadas al piso o con sistemas de frenado.
- Disponibilidad de juegos de sujeción que incluyan: una sujeción o cinturón de tronco, dos sujeciones o cintas para las muñecas, dos sujeciones o cintas para los tobillos, cuatro alargaderas, ganchos para la sujeción y un botos de fijación.

ADMINISTRATIVAS

- Documentar, actualizar, socializar y hacer seguimiento a la adherencia al protocolo para la aplicación de medidas restrictivas (restricción terapéutica de estímulos y movimientos – contención mecánica. (Seguridad del paciente y gestión de riesgos en salud mental. Junta de extremadura. 2011), restricción de comunicaciones con el exterior, contención física, contención química o farmacológica que incluya: elementos para garantizar el respeto por la dignidad del paciente y el cumplimiento de sus derechos; contemplarlas como medidas terapéuticas excepcionales aplicadas previa valoración exhaustiva e integral del paciente con el respectivo seguimiento, indicar la medida menos restrictiva posible entre las disponibles, debe especificarse un límite de tiempo para su aplicación (Seguridad del paciente y gestión de riesgos en salud mental. Junta de extremadura. 2011), no se deben utilizar como medida de castigo ni de intimidación o para compensar carencias de personal.
- Capacitar al personal en técnicas de trabajo en equipo y comunicación.
- Capacitar al personal asistencial en técnicas de sujeción o inmovilización física y su mantenimiento.
- Incluir en el protocolo indicaciones para la administración de sedación farmacológica en pacientes con indicación de inmovilización o sujeción física.

NATURALES

- Habitación provista de sistemas de seguridad necesarios y que garantice la intimidad del paciente.
- Entorno habilitante.

PRÁCTICAS SEGURAS

7.3 ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ACCIÓN EN SALUD "PROTOCOLO DE LONDRES"¹

Falla activa No. 12 ([regresar al escenario problémico](#))

ANTERIOR
FALLA



75

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 conllevaron 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.12 - Factores Contributivos

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 12](#)

Organización y Gerencia

- Ausencia de políticas institucionales para documentación de guías de práctica clínica, protocolos de manejo y programas institucionales.
- Ausencia de políticas para estructuración de programas de monitoreo y seguimiento a pacientes.

Contexto Institucional

(Seguridad del paciente y gestión de riesgos en salud mental. Junta de extremadura. 2011)

- Políticas deficientes de cobertura de empresas aseguradoras relacionadas con servicios de laboratorio para monitoreo de medicamentos psicotrópicos.
- Ausencia de cobertura en el POS de opciones farmacológicas con menores efectos secundarios.

Individuo

(Seguridad del paciente y gestión de riesgos en salud mental. Junta de extremadura. 2011)

- Falta de experiencia o competencias inadecuadas.
- Ausencia de consciencia de la importancia del seguimiento al régimen farmacológico establecido.
- Inadecuadas técnicas de comunicación con el paciente.
- Desconocimiento de los efectos secundarios de los medicamentos psicotrópicos.

Paciente

(Seguridad del paciente y gestión de riesgos en salud mental. Junta de extremadura. 2011)

- Ausencia de consciencia de su enfermedad.
- Ausencia de motivación para asistir a programas de monitoreo y seguimiento.
- Condiciones idiosincráticas de pacientes bajo tratamiento con medicamentos que afectan el SNC.

Equipo

(Seguridad del paciente y gestión de riesgos en salud mental. Junta de extremadura. 2011)

- Inadecuados canales de comunicación entre los diferentes niveles de atención.

Tarea y tecnología

Seguridad del paciente y gestión de riesgos en salud mental. Junta de extremadura. 2011)

- Ausencia, desactualización o no socialización de guías de práctica clínica o protocolos de manejo (medico y de enfermería) que incluyan actividades de seguimiento al régimen farmacológico establecido.
- Ausencia de programas institucionales para monitoreo y seguimiento de pacientes con tratamiento farmacológico especialmente con psicotrópicos.
- Ausencia de un programa de farmacovigilancia o no engranaje del mismo con el programa de seguridad del paciente.
- Ausencia, desactualización o desconocimiento de lineamientos claros que indiquen la obligatoriedad del conocimiento por parte de todos actores del sistema de los efectos secundarios de medicamentos psicotrópicos.

FALLAS LATENTES

Falla Activa No.12 - Barreras y defensas

[clic para regresar al Protocolo de Londres - Falla Activa No. 12](#)

HUMANAS

(Seguridad del paciente y gestión de riesgos en salud mental. Junta de extremadura. 2011)

- Adherencia a guías de práctica clínica y protocolos de manejo.
- Adherencia al protocolo de identificación redundante del paciente específicamente al momento de la administración del medicamento.
- Implementar las actividades del programa institucional para monitoreo y seguimiento de pacientes con tratamiento farmacológico.
- Aplicación de las directrices del programa de farmacovigilancia.
- Prestar especial atención al seguimiento de pacientes a quienes se les prescriben medicamentos psicotrópicos.
- Consignar los hallazgos del seguimiento del paciente en la historia clínica.
- Implementar técnica de comunicación asertiva con el paciente que permita su adherencia al programa de seguimiento y monitoreo.

ADMINISTRATIVAS

- Documentar, socializar y hacer seguimiento a la adherencia a guías de práctica clínica y protocolos de manejo que incluyan la prescripción de medicamentos de baja toxicidad (Seguridad del paciente y gestión de riesgos en salud mental. Junta de extremadura. 2011)
- Documentar, socializar y hacer seguimiento a la adherencia al programa de farmacovigilancia engranándolo con el programa de seguridad del paciente.
- Diseñar programas institucionales para monitoreo y seguimiento de pacientes con tratamiento farmacológico especialmente con psicotrópicos en los diferentes niveles de atención (Seguridad del paciente y gestión de riesgos en salud mental. Junta de extremadura. 2011) que incluyan: realización de análisis de sangre (monitoreo de función hepática, línea blanca, electrolitos, triglicéridos, función tiroidea, hemoglobina glicosilada, examen físico detallado (TA, peso, IMC), electrocardiograma. (Con la seguridad en mente: servicios de salud mental y seguridad del paciente. NHS. 2006)
- Diseñar e implementar programas de educación continuada al personal asistencial.
- Definir canales de comunicación eficientes entre los diferentes niveles de atención que garanticen la transmisión completa de información clínica del paciente. (Seguridad del paciente y gestión de riesgos en salud mental. Junta de extremadura. 2011)

FÍSICAS Y TECNOLÓGICAS

(Seguridad del paciente y gestión de riesgos en salud mental. Junta de extremadura. 2011)

- Disponer de los recursos físicos necesarios para la implementación de las actividades del programa institucional para monitoreo y seguimiento de pacientes con tratamiento farmacológico.
- Disponer de historia clínica física o electrónica unificada de fácil acceso.
- Historia clínica unificada que garantice el acceso en los diferentes niveles de atención.
- Garantizar la disponibilidad de recursos para la operatividad del programa de farmacovigilancia.

PRÁCTICAS SEGURAS

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP [\(Ir a Anexo 16\)](#)

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

7.4.1 Mecanismos de monitoreo

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

78

7.4.2 Indicadores

- Muerte del paciente o daño serio asociado con su evasión o desaparición.
- Suicidio del paciente o intento suicida o auto daño que resulta en una discapacidad mientras es atendido en la institución.
- Homicidio intra-institucional.
- Asalto físico o violación intra-institucional.

Indicadores propuestos por la Organización para la Cooperación del Desarrollo Económico, OCDE:

Tratamiento:

- Visitas durante la fase aguda del tratamiento de la depresión.
- Readmisiones en internación para paciente psiquiátrico.
- Duración del tratamiento en trastornos por uso abuso de sustancias.
- Uso de medicamentos anticolinérgicos como antidepresivos en pacientes ancianos.

Continuidad:

- Seguimiento ambulatorio oportuno después de la internación psiquiátrica.
- Continuidad de las visitas después de internación psiquiátrica y por abuso de sustancias.
- Continuidad de las visitas después de internación en salud mental.

Coordinación:

- Gestión de casos por trastornos psiquiátricos severos.

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

NÚMERO DE CASOS DE SUICIDIO EN PACIENTES INTERNADOS.

DOMINIO

Seguridad del paciente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Total de pacientes que se suicidan en la institución durante un periodo determinado.

DENOMINADOR

N.A

UNIDAD DE MEDICIÓN

Entero.

FACTOR

N.A

FÓRMULA DE CÁLCULO

Conteo de casos de suicidio intrainstitucional.

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

NÚMERO DE CASOS DE ASALTOS SEXUALES EN LA INSTITUCIÓN.

DOMINIO

Seguridad del paciente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de pacientes que en un mismo periodo de tiempo y lugar presentaron algún tipo de asalto sexual consumado o no.

DENOMINADOR

N.A

UNIDAD DE MEDICIÓN

Entero.

FACTOR

N.A

FÓRMULA DE CÁLCULO

Conteo de casos de evasión en pacientes institucionalizados,

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

DOMINIO

Seguridad del paciente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de planes de manejo pertinentes de acuerdo a guías de práctica clínica.

DENOMINADOR

Número de planes de manejo auditados.

UNIDAD DE MEDICIÓN

%

FACTOR

100.

FÓRMULA DE CÁLCULO

 $\text{Numerador} / \text{denominador} * 100$ **ASPECTOS GENERALES**

NOMBRE

ADHERENCIA A PROTOCOLOS DE ATENCIÓN.

DOMINIO

Seguridad del paciente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número casos de cumplimiento de protocolos (según tipo de protocolo).

DENOMINADOR

Total de procedimiento realizados.

UNIDAD DE MEDICIÓN

%

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

 $\text{Numerador} / \text{denominador} * 100$



8. APROPIACIÓN

82



 **MINSALUD**

IR AL ÍNDICE



Resultado:

- Mortalidad en personas con trastornos psiquiátricos severos.

A continuación se presentará un caso a ser desarrollado por el alumno para la apropiación del conocimiento aquí expuesto.

Este caso fue construido 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 considera correcta. Puede encontrar opciones que en otras situacio-

CASO 1 [\(conocer respuestas correctas\)](#)

nes pueden ser la respuesta correcta pero no están descritas en el caso, por lo tanto no debe seleccionarl

Paciente de 16 años hospitalizado en la unidad de cuidados agudos, con un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, quien solicita entrar al baño; el médico de la unidad observa que hay una demora de dos a tres minutos y alerta al personal de enfermería. A la verificación se encuentra al paciente autolesionándose con la cuchilla de una maquina de afeitar en antebrazo izquierdo. Se retira objeto cortante, se realiza contención verbal y por persistencia de ansiedad, ideas suicidas y acciones auto-lesivas se da contención física y farmacológica. Se administran 10 mg OLANZAPINA oro dispersables. Al examen físico se encontró paciente con heridas lineales de poca profundidad con escaso sangrado en antebrazo izquierdo y escoriaciones en muñeca izquierda, no existían lesión de tendones o paquete vascular ni déficit neurológico. Se realizó limpieza de heridas con solución salina estéril y se deja gasa cubriéndolas, adicionalmente el médico sugiere no traslado a otras unidades hasta que el nivel de riesgo haya disminuido tanto clínicamente como en las escalas de evaluación.

INVESTIGACIÓN:

La coordinadora asistencial (referente de seguridad) realiza revisión de la historia

clínica encontrando que el día anterior se había trasladado el paciente de la unidad de psiquiatría general a unidad de agudos, debido a que se evidencio exacerbación de la sintomatología y presencia de riesgo de auto-lesión. La referente de seguridad identifica que la cadena de custodia de la máquina de afeitar no es clara según los protocolos, razón por la cual decide entrevistar al personal de la unidad de agudos, al personal que realizó el traslado del paciente y la auxiliar especial que le acompañaba de forma permanente en psiquiatría general por ser menor de edad.

Referente: ¿Por qué se tomó la decisión de trasladar al paciente a la unidad de agudos?

Auxiliar especial: el paciente el día nueve de octubre se agitó mucho hasta el punto de manifestar querer acabar con su vida y se agrede dándose puños en la cara, por lo cual es valorado por los médicos y se decide trasladar; trasladé el paciente a la unidad y se lo entregue a la auxiliar de la unidad.

Referente: ¿Cómo hizo usted el traslado de las pertenencias del paciente?

Auxiliar especial: yo me dirigí a la unidad general por las pertenencias del paciente y me encontré con la auxiliar volante (responsable de realizar los traslados e ingresos) quien me informa que ella lleva los medicamentos y papelería del paciente, que queda pendiente solo sacar la cuchilla de afeitar de la central de enfermería y las cosas que el paciente tiene en la habitación. Yo tomé las cosas incluida la cuchilla y

la llevé a la unidad agudos, se las entregué a las auxiliares y pregunté si debía rotularlas con el nombre del paciente, ellas me dijeron que como faltaban cinco minutos para las 7 p.m. (cambio de turno), los del turno de las 7 p.m. deberían marcarlas y organizarlas.

Referente: ¿Usted dónde dejó la cuchilla?

Auxiliar especial: yo deje las pertenencias del paciente y la cuchilla de afeitar en la mesa adentro de la central de enfermería.

Referente: ¿Sobre la mesa o dentro de algún cajón?

Auxiliar especial: sobre la mesa.

Referente: muchas gracias, es importante resaltar que esta información será para nuestra retroalimentación en pro de la seguridad del paciente y sabemos que errar es humano.

La referente se dirige entrevistar a la auxiliar de la unidad de agudos responsable en el momento del evento.

Referente: ¿Por qué no se rotularon y guardaron las pertenencias del paciente?

Auxiliar de unidad de agudos: porque ya faltaban cinco minutos para las siete y estaba organizando todo para entregar el turno.

Referente: ¿Informó el pendiente de guardar las pertenencias a sus compañeros del turno de la noche?

Auxiliar de unidad de agudos: dentro de la entrega de turno informe la novedad.

Referente: Muchas gracias, te estaremos invitando al comité.

La referente se dirige a hablar con la auxiliar que recibió el turno.

Referente: ¿Se guardaron las pertenencias?

Auxiliar de unidad de agudos de la noche: sí, nosotros las guardamos.

Referente: ¿Y verificó que estuviera la cuchilla?

Auxiliar de unidad de agudos de la noche: no, realmente nosotros marcamos lo que había y lo guardamos.

Referente: ¿La auxiliar de turno anterior le advirtió que allí estaba una cuchilla?

Auxiliar de unidad de agudos de la noche: no, ella solo me dijo que quedaban las pertenencias, que se rotularan y guardaran.

Referente: ¿En algún momento la unidad quedo sola?

Auxiliar de unidad de agudos de la noche: no, todo el tiempo estábamos allí.

Referente: ¿Cuando se guardaron las pertenencias, la puerta quedo con llave?

Auxiliar de unidad de agudos de la noche: No recuerdo.

Referente: ¿Ustedes cumplen con el protocolo de manejo de pertenencias de pacientes hospitalizados en donde dice que siempre se debe cerrar la puerta y verificar que esté cerrada?

Auxiliar de unidad de agudos de la noche: Pues sí, un lo hace inconscientemente. El referente realiza la entrevista al médico de unidades.

Referente: Doctor, ¿qué sucedió cuando el paciente ingresó al baño?

Medico de turno: el paciente cuando ingresó se demoró mas de tres minutos y me pareció extraño.

Referente: ¿La auxiliar se encontraba pendiente del paciente?

Medico de turno: no, ella le abrió la puerta como está en el protocolo pero la verdad no cumplió con acompañar como esta documentado porque salió a atender otro paciente.

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:

- **Paciente:** impulsividad propia de la personalidad del paciente, patología, antecedentes de intento de suicidio.
- **Tarea y tecnología:** deficiencia de protocolo de entrega de pertenencias al no contar con una exigencia de la verificación de entrega de elementos de riesgo para los pacientes, protocolos y guías no socializados.
- **Individuo:** no se siguió lo definido en el procedimiento con respecto al manejo de pertenencias en cada turno. No adherencia a guías y protocolos de pacientes con depresión, no vigilancia del paciente con enfermedad mental, incumplimiento del protocolo de transferencia del paciente.
- **Equipo de trabajo:** la comunicación fue deficiente al no advertir que dentro de las pertenencia se encontraban elementos de riesgo para el paciente.
- **Ambiente:** La central de enfermería no se encuentra protegida del ingreso del paciente totalmente, al tener vidrio a media altura puede permitir la violación de esta barrera.

Posterior a la identificación de las causas se realizó la priorización de las mismas utilizando la escala de probabilidad e impacto, teniendo los siguientes resultados:

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

- **Paciente:** impulsividad propia de la personalidad del paciente en probabilidad tres e impacto cinco = 15
- **Individuo:** no se siguió lo definido en el procedimiento con respecto al manejo de pertenencias en cada turno. Se calificó la probabilidad cinco e impacto cinco = 25
- **Equipo de trabajo:** la comunicación fue deficiente al no advertir que dentro de las pertenencia se encontraban elementos de riesgo para el paciente. Probabilidad cinco e impacto cinco = 25
- **Ambiente:** la central de enfermería no se encuentra protegida del ingreso del paciente totalmente al tener vidrio a media altura que podría permitir la violación de esta barrera. Probabilidad uno e impacto cinco = 5

PREGUNTAS

1. ¿La conducta de la auxiliar en no disponer de manera adecuada de elementos de riesgo para el paciente con enfermedad mental es?:

a. Una conducta adecuada porque dejó las pertenencias en un lugar con restricción para el paciente lo que no genera riesgo de acceso a esta. Adicionalmente la marcación era responsabilidad del otro turno.

b. Una falla latente porque la auxiliar no marcó las pertenencias estando aun dentro del tiempo de su turno.

c. Una falla activa porque la auxiliar no marcó las pertenencias estando aun dentro del tiempo de su turno.

d. B y C son ciertas.

2. Clasifique las siguientes situaciones entre los diferentes tipos de factores contributivos:

- No comunicación de la presencia de la cuchilla dentro de las pertenencias del paciente.
- No verificación del cierre de la puerta donde se ubicaron las pertenencias.

3. ¿Qué otras personas deberían haber sido invitadas al comité aparte de los miembros permanentes (referente de calidad, referente de seguridad del paciente, representante del área asistencial y representante del área administrativa)?

- a. El médico encargado de la unidad en el momento del evento.
- b. El paciente.
- c. El Gerente.
- d. Todas las anteriores.

4. Según la descripción del reporte y del caso, ¿qué otro factor de individuo se debe identificar en el análisis?

- a. Estrés del personal asistencial.
 - b. Sobrecarga laboral.
 - c. Personal del paciente.
 - d. No adherencia al procedimiento de manejo de pertenencias de pacientes hospitalizados en donde indica la verificación de cierre de puerta.
5. ¿Cuáles de las siguientes barreras y defensas (prácticas seguras) fallaron?
- a. No guardar las pertenencias del paciente en el momento del traslado, no advertir al personal sobre el elemento de riesgo en el cambio de turno.
 - b. No advertir al personal sobre el elemento de riesgo en el cambio de turno, no verificación del cierre de la puerta donde se almacenan las pertenencias, no cumplir con el procedimiento de acompañar al paciente en el baño.
 - c. No guardar las pertenencias del paciente en el momento del traslado, no advertir al personal sobre el elemento de riesgo en el cambio de turno, no verificación del cierre de la puerta donde se almacenan las pertenencias, no cumplir con el procedimiento de acompañar al paciente en el baño.
 - d. Ninguna de las anteriores.

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

9. EVIDENCIAR LOS RESULTADOS

93



 MINSALUD

IR AL ÍNDICE



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

1. La conducta de la auxiliar en no disponer de manera adecuada de elementos de riesgo para el paciente con enfermedad mental es:

a. Una conducta adecuada porque dejó las pertenencias en un lugar con restricción para el paciente lo que no genera riesgo de acceso a esta. Adicionalmente la marcación era responsabilidad del otro turno.

Justificación: es incorrecta porque el lugar en el cual dejo las pertenencias del paciente no tenía totalmente restringido lo que permitió el acceso del paciente.

b. Es una falla latente porque la auxiliar no marcó las pertenencias estando aun dentro del tiempo de su turno.

Justificación: esta opción es incorrecta pues las fallas latentes son errores por acción u omisión del personal perteneciente a los procesos de apoyo y estratégico, la auxiliar pertenece al proceso misional.

c. Es una falla activa porque la auxiliar no marcó las pertenencias estando aún dentro del tiempo de su turno

Justificación: esta opción es correcta pues la decisión tomada por la auxiliar de no marcar y disponer adecuadamente las pertenencias del paciente es una omisión en la aplicación de los protocolos institucionales

d. B y c son ciertas.

Justificación: es incorrecta pues únicamente la opción c responde satisfactoriamente a la pregunta.

2. Clasifique las siguientes situaciones entre los diferentes tipos de factores contributivos.

- No comunicación de la presencia de la cuchilla dentro de las pertenencias del paciente

Justificación: este es un factor contributivo de tipo equipo de trabajo pues hace referencia al déficit de comunicación evidenciado entre el personal que entrega al paciente y quienes los reciben al momento del traslado.

- No verificación del cierre de la puerta donde se ubicaron las pertenencias.

Justificación: es un factor contributivo de tipo individuo dado que es una causa que predispone desde las acciones de la auxiliar la ocurrencia del evento.

3. ¿Qué otras personas deberían haber sido invitadas al comité aparte de los miembros permanentes (referente de calidad, referente de seguridad del paciente, representante del área asistencial y representante del área administrativa)?

a. El médico encargado de la unidad en el momento del evento

Justificación: esta respuesta es correcta porque dentro de las estrategias para el análisis de los incidentes y eventos adversos se cuenta con la inclusión de todas las personas que estuvieron presentes durante los hechos ya que ellos pueden brindar información relevante.

b. El paciente.

Justificación: en este caso no se considera pertinente involucrar al paciente debido a la alteración de su juicio de la realidad derivada de la enfermedad mental. Esta opción es incorrecta.

c. El Gerente.

Justificación: esta respuesta es incorrecta pues el Gerente no puede brindar aportes importantes relacionados con los hechos, adicionalmente no se evidenciaron factores relacionados con organización y gerencia.

d. Todas las anteriores.

Justificación: respuesta incorrecta debido a que la única opción válida es la a.

4. Según la descripción del reporte y del caso, ¿qué otro factor de individuo se debe identificar en el análisis?

a. Estrés del personal asistencial.

Justificación: dentro de la investigación y análisis no se evidenciaron datos relacionados con estrés en el personal por lo cual esta afirmación no es correcta.

b. Sobrecarga laboral.

Justificación: esta opción es incorrecta pues no hay hallazgos que sugieran sobrecarga laboral en el personal relacionado con el evento.

c. Personal del paciente.

Justificación: respuesta equivocada pues durante el análisis se tuvieron en cuenta los factores relacionados con el paciente.

d. No adherencia al procedimiento de manejo de pertenencias de pacientes hospitalizados en donde indica la verificación de cierre de puerta.

Justificación: la falla mencionada como no verificación del cierre de la puerta por parte de la auxiliar es derivada de un incumplimiento o falta de adherencia a los protocolos institucionales, por esto la respuesta es correcta.

5. ¿Cuáles de las siguientes barreras y defensas (prácticas seguras) fallaron?

a. No guardar las pertenencias del paciente en el momento del traslado, no advertir al personal sobre el elemento de riesgo en el cambio de turno.

Justificación: esta opción es incorrecta pues no se tienen en cuenta todas las barreras que fallaron durante el evento.

b. No advertir al personal sobre el elemento de riesgo en el cambio de turno, no verificación del cierre de la puerta donde se almacenan las pertenencias, no cumplir con el procedimiento de acompañar al paciente en el baño.

Justificación: esta opción es incorrecta pues no se tienen en cuenta todas las barreras que fallaron durante el evento.

c. No guardar las pertenencias del paciente en el momento del traslado, no advertir al personal sobre el elemento de riesgo en el cambio de turno, no verificación del cierre de la puerta donde se almacenan las pertenencias, no cumplir con el procedimiento de acompañar al paciente en el baño.

Justificación: esta es la opción correcta debido a que contempla todas las barreras mencionadas en el caso que fallaron y responde completamente a la pregunta planteada.

d. Ninguna de las anteriores.

Justificación: es incorrecta porque sí existe una opción que responde satisfactoriamente a la pregunta planteada.

6. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones son falsas y verdaderas?

- Equipo de trabajo: no se siguió lo definido en el procedimiento con respecto al manejo de pertenencias en cada turno. Se califica la probabilidad dos cuando se muestra que el equipo es muy comprometido generalmente y sigue los procedimientos.

Justificación: es verdadera, según los hechos narrados, el equipo normalmente cumple con los protocolos y se le asignó una calificación de dos.

- Equipo de trabajo: la comunicación fue deficiente al no advertir que dentro de las pertenencia se encontraban elementos de riesgo para el paciente. El impacto se califica en cinco porque si llegase a fallar la comunicación entre el equipo de trabajo puede generar daños en el paciente.

Justificación: es verdadera, según los hechos narrados se consideró un alto potencial de daño en los errores de comunicación para la salud del paciente y se le asignó una calificación de cinco.



10. EXPERIENCIAS EXITOSAS

100



MINSALUD

IR AL ÍNDICE



MONITOREO - INDICADORES

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

Implementación del comité de seguridad del paciente

E.S.E HOSPITAL LAUREANO PINO DE SANJOSÉ DE LA MONTAÑA

Laureanito en Casa.

Lugar: San José de la Montaña, Antioquia, Colombia.

Antecedentes:

Teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de nuestra comunidad donde las patologías de mayor prevalencia e incidencia son las crónicas y mentales y debido a que en estas patologías además del tratamiento farmacológico intervienen muchos otros factores en su control como por ejemplo los hábitos de vida saludable, el apoyo o colaboración de la familia o cuidador del usuario, el nivel educativo del usuario y su familia, la información detallada que posean sobre su enfermedad, etc., se crea el programa “Laureanito en tu casa” como una estrategia para acercar los servicios de salud a la comunidad, especialmente al usuario con enfermedad crónica y mental y a su familia. Este programa integra los programas institucionales de promoción y prevención, de uso racional de medicamentos, de fármaco vigilancia, el modelo institucional de atención centrado en el usuario e interdisciplinario y el programa de

seguridad institucional; además está diseñado para identificar a los usuarios consultadores crónicos e incluir también a los usuarios con enfermedades mentales, todo esto con el fin de promover el cuidado integral de la salud para estos pacientes y en especial hacer seguimiento y control de la variedad de factores que intervienen en su enfermedad.

Objetivos:

- Identificar factores de riesgo y factores protectores dentro del núcleo familiar y comunitario.
- Identificar las necesidades del usuario crónico y mental y su familia, para resolverlas con la intervención de un equipo interdisciplinario de salud.
- Medir la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en el programa Laureanito en casa.

Practica:

Este Programa se desarrolla con pacientes que padecen enfermedades mentales, que viven solos o que tienen poca adherencia al tratamiento. Consiste en la realización de visitas periódicas por parte del equipo de salud a las casas de los pacientes

anteriormente mencionados, con tres fines principales: reforzar información sobre la patología, manejo y cuidados en casa al usuario y su familia, verificar adherencia al plan de manejo y la detección de factores protectores y de riesgo. Estas visitas se realizan por sectores para facilitar el desplazamiento del personal que las ejecuta.

A las visitas asisten siempre el enfermero Jefe y la Regente de farmacia, el resto de los miembros del equipo de salud son citados de acuerdo a las necesidades identificadas en el usuario. Durante las visitas se diligencia un formato de seguimiento y control para adultos crónicos “Laureanito en tu casa”, visitas domiciliarias y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Para ello se elaboró un formato para medición de la adherencia al plan individual e integral de tratamiento. Esta estrategia, como parte de todo un programa para el seguimiento de usuarios crónicos, realiza además el seguimiento de adherencia del usuario al programa con la verificación del cumplimiento de las tareas asignadas al usuario y su familia en cada control, en las reuniones educativas o en las visitas domiciliarias.

Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir a Anexo 17](#))



11. CONCLUSIONES

105

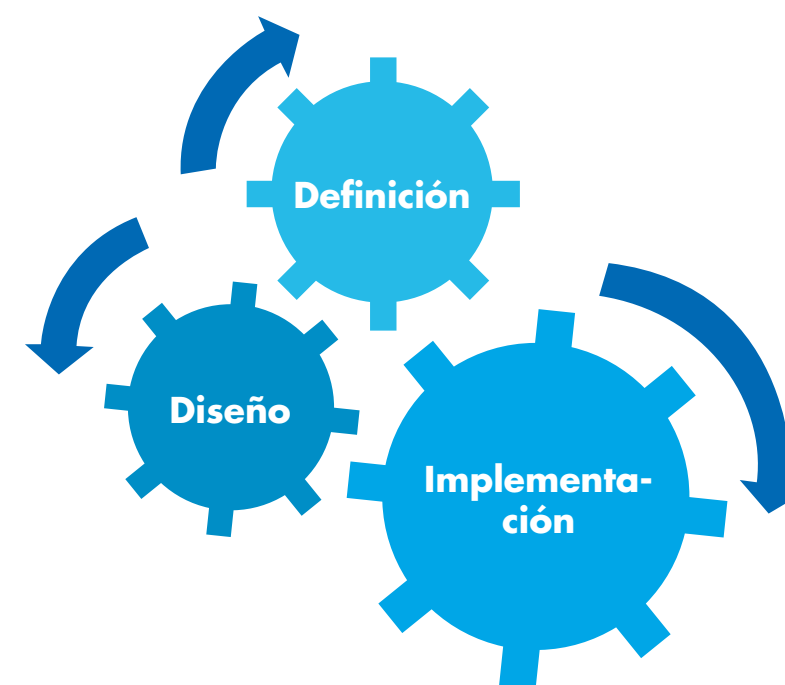


MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- En la región Europea de la OMS cerca del 20% de la carga por morbilidad se atribuye a las enfermedades mentales afectando uno de cada cuatro personas en algún momento de sus vidas. En esta región se ubican seis de los 20 países con tasas de suicidio más altas a nivel mundial.
- En Colombia, para el año 2003 el 40,1% de la población estudiada presentó un trastorno mental alguna vez en la vida, el 16,0% lo reportó en los últimos 12 meses y el 7,4% refirió haberlo sufrido en los últimos 30 días.
- Las enfermedades mentales y los trastornos relacionados con el abuso de alcohol y drogas psicoactivas son los factores de riesgo más importantes del suicidio.



Realice el ejercicio siguiendo el modelo pedagógico ABP ([Ir a Anexo 18](#))



12. ANEXOS

107



MINSALUD

IR AL ÍNDICE



- ANEXO 1 - [ESCALA DE BECK](#)
- ANEXO 2 - [ESCALA DE AGRESIVIDAD OAS](#)
- ANEXO 3 - [ESCALA DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES](#)
- ANEXO 4 - [ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS \(J.H. DOWNTON\)](#)
- ANEXO 5 - [ESCALA RIESGO VIOLENCIA DE PLUTCHIK](#)
- ANEXO 6 - [ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT](#)
- ANEXO 7 - [ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE PLUTCHIK](#)
- ANEXO 8 - [ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK](#)
- ANEXO 9 - [ESCALA SAD PERSONS](#)
- ANEXO 10 - [TEST AUDIT Y CAGE](#)
- ANEXO 11 - [TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL](#)
- ANEXO 12 - [CALIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA](#)

ANEXO 13 - **MODELO PEDAGÓGICO: GLOSARIO DE TÉRMINOS** (regresar al glosario de TÉRMINOS)

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.

109

ANEXO 14 - **MODELO PEDAGÓGICO: ESCENARIO PROBLÉMICO** ([regresar al escenario problémico](#))

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 16 - 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?

ANEXO 17 - **MODELO PEDAGÓGICO: EXPERIENCIAS EXITOSAS** ([regresar a Experiencias exitosas](#))

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.