

---

# PROTOCOLO DE ABANDONOS NO PROGRAMADOS

Protocolo de Fuga

---

DE LA RED DE SALUD MENTAL  
DE EXTREMADURA

---

- Versión aplicable a las Unidades de Hospitalización Breve  
(*Entrada en vigor: 19-11- 2018*)
- Versión adaptada al Centros Socio-Sanitario de Mérida (**Anexo 1**)
- Versión adaptada a las Viviendas y Pisos supervisados del CSS de Mérida (**Anexo 2**)
- Versión adaptada al Centros Socio-Sanitario de Plasencia (**Anexo 3**)

---

SERIE: PROTOCOLOS Y PRÁCTICAS SEGURAS EN LA RED DE SALUD MENTAL



**Aviso Legal:** Este documento está sujeto a una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual (CC BY-NC-SA) que permite la descarga desde la página web de la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES (<https://saludextremadura.ses.es/smex/>).

Además se permite entremezclar, ajustar y/o adaptar para generar un nuevo documento a partir de éste, siempre y cuando se cite a la coordinadora técnica del documento (Beatriz Rodríguez Pérez) y al titular de los Derechos (*Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud*), sea con fines no comerciales y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

## ÍNDICE

### 1. PRESENTACIÓN

### 2. MARCO CONTEXTUAL Y PLANIFICADOR

### 3. INTRODUCCIÓN

### 4. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

### 5. VERSIÓN APLICABLE A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

#### 1. **PROTOCOLO PARA LA MINIMIZACIÓN DEL RIESGO DE ABANDONOS NO PROGRAMADOS: IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGOS E INDICACIÓN DEL NIVEL DE VIGILANCIA.**

##### 1. Pautas de actuación

- *Activación del protocolo en el caso de un paciente que ingresa en la Unidad.*
- *Activación del protocolo en el caso de un paciente ya ingresado.*
- *Una vez activado el protocolo.*
- *El cese del protocolo.*

##### 2. Otros factores que aumentan el riesgo de fuga

##### 3. Actuaciones generales para la minimización del riesgo de fuga

##### 4. Momentos para hacer la identificación de los factores de riesgo

##### 5. Hojas de activación/cese y de registro de observación e incidencias

##### 6. Flujograma

#### 2. **PROTOCOLO ANTE UN ABANDONO NO PROGRAMADO: PROCEDIMIENTO DE BÚSQUEDA Y COMUNICACIÓN DEL EVENTO**

##### 1. Pautas de actuación

- *Sospecha de la ausencia de un paciente*
- *Búsqueda dentro de la Unidad*

- *Comunicación de la fuga*
- *Retorno del paciente al centro*
- *Registro y notificación de la incidencia*

2. Hojas de activación / cese y de notificación judicial

3. Flujograma

**3. PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL PROTOCOLO**

**4. IMPLEMENTACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO**

**6. COORDINACIÓN TÉCNICA, AUTORES Y REVISORES**

**7. VIGENCIA Y REVISIÓN**

**8. CLÁUSULA DE GENERO**

**9. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

**10. DOCUMENTOS ANEXOS:**

- ANEXO 1. Versión adaptada al Centro Sociosanitario de Mérida
- ANEXO 2. Versión adaptada a las Viviendas Supervisadas (entorno hospitalario) y a los Pisos Supervisados (entorno comunitario) dependientes del CSS de Mérida.
- ANEXO 3. Versión adaptada al Centro Sociosanitario de Plasencia

## 1. PRESENTACIÓN

En el marco de las acciones para mejorar la Seguridad del Paciente en Salud Mental, presentamos el Protocolo de Abandonos No Programados de la Red de Salud Mental de Extremadura, también conocido como Protocolo de Fuga.

Este documento es el resultado de una amplia tarea de revisión y actualización de las actuaciones a llevar a cabo desde el momento de la detección del riesgo de fuga de algún paciente. Esta actualización del protocolo se ha realizado con la colaboración de los profesionales de la Red de Salud Mental de Extremadura, a los que desde aquí agradecemos su esfuerzo y dedicación para la mejora de las prácticas clínicas asistenciales en salud mental.

Desde el SES y el SEPAD somos conscientes de la necesidad de prestar una atención que, además de respetar la dignidad de las personas y su libertad individual, garantice la minimización del riesgo de daños evitables en los pacientes y usuarios, así como la seguridad de sus profesionales. Y ésta es la esencia que inspira este documento.

Esperamos que este protocolo sea aplicado en todas las Unidades de Hospitalización de la Red de Salud Mental de Extremadura, independiente del organismo al que pertenezca. Del mismo modo, confiamos en que los demás dispositivos de la Red inicien también su puesta en marcha, realizando las adaptaciones que sean necesarias para su aplicación.

**D. Ceciliano Franco Rubio**

Director Gerente

Servicio Extremeño de Salud

**D<sup>a</sup>. Consolación Serrano García**

Directora Gerente

Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.



JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

## 2. MARCO CONTEXTUAL Y PLANIFICADOR

Este documento nace en el contexto de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Salud Mental



Queda respaldada por la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES, la Unidad de Gestión de Programas Asistenciales del SEPAD y el Programa Regional de Seguridad del Paciente de la Dirección General de Salud Pública del SES.



E incluida en el marco planificador existente en materia de salud mental y seguridad del paciente en Extremadura.



SERIE: PROTOCOLOS Y PRÁCTICAS SEGURAS EN LA RED DE SALUD MENTAL

Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria. SES

### 3. INTRODUCCIÓN

La fuga o abandono no programado de un paciente ingresado es considerado uno de los eventos adversos que puede ocurrir en cualquier momento de la hospitalización, siendo más frecuentes en los casos en los que los pacientes desconfían del entorno terapéutico o han sido ingresados de forma involuntaria.

Según el Informe *Con la seguridad en mente: servicios de salud mental y seguridad del paciente* del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, (primer informe de un sistema nacional de información a nivel mundial) el 9% de los incidentes notificados en el Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje del Reino Unido son fugas y desapariciones.

El protocolo de abandonos no programados de la Red de Salud Mental de Extremadura, se elabora ante la necesidad de revisar las actuaciones vinculadas a esta situación de riesgo. La Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES en el contexto de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Salud Mental, en coordinación con los profesionales de salud mental del SES y el SEPAD, elabora este documento que describe el modo de actuación en dos situaciones diferenciadas:

- *Minimización del riesgo de abandonos no programados*: identificación de los factores de riesgos y niveles de vigilancia.
- *Actuación ante un abandono no programado*: procedimiento de búsqueda y comunicación del evento

Este documento contiene la versión aplicable a las Unidades de Hospitalización Breve (SES). Y en sus anexos, la versión adaptada a los Centros Sociosanitarios y a las Viviendas y Pisos Supervisados (SEPAD). De esta manera, el documento queda abierto para incluir como anexos aquellas versiones respaldadas por la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES y la Unidad de Gestión de Programas Asistenciales del SEPAD que se estimen oportunas para la adaptación a la realidad del resto de dispositivos de la Red de Salud Mental de Extremadura.

Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales

Unidad de Gestión de Programas Asistenciales

SES

SEPAD

SERIE: PROTOCOLOS Y PRÁCTICAS SEGURAS EN LA RED DE SALUD MENTAL

#### 4. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

- Disponer de un conjunto de actuaciones sistemáticas a llevar a cabo en el caso de la detección del riesgo de fuga, basadas en la identificación de los factores de riesgo y en la prescripción del nivel de vigilancia que precisa el paciente.
- Establecer los mecanismos de seguridad y comunicación idóneos cuando se detecte la ausencia imprevista de un paciente.
- Considerar las fugas como un incidente de seguridad del paciente, notificando cada caso según el mecanismo establecido en cada dispositivo.
- Permitir la aplicación adaptada a la realidad de cada dispositivo de las actuaciones establecidas en relación a los abandonos no programados en la Red de Salud Mental.



## 5. VERSIÓN APLICABLE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE LA RED DE SALUD MENTAL DE EXTREMADURA

## PROTOCOLO PARA LA MINIMIZACIÓN DEL RIESGO DE ABANDONOS NO PROGRAMADOS

### IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGOS E INDICACIÓN DEL NIVEL DE VIGILANCIA

---

#### 1. PAUTAS DE ACTUACIÓN

Estas actuaciones se pondrán en marcha ante la sospecha de un paciente con riesgo de fuga.

#### **Activación del protocolo en el caso de un paciente que ingresa en la Unidad**

---

El **psiquiatra** mediante la entrevista y la exploración psicopatológica, debe realizar la evaluación general de los riesgos clínicos, haciendo especial énfasis en la identificación de los factores de riesgos de fuga.

Entre los *criterios clínicos a tener en cuenta para establecer el riesgo de fuga* cabe destacar los siguientes:

- Descompensación psicopatológica, prestando especial atención a los episodios psicóticos, episodios maníacos, a las dependencias de sustancias y/o presencia de síndromes de abstinencia de sustancias.
- Baja conciencia de la enfermedad
- Juicio de realidad alterado
- Verbalización de su intención de abandonar la Unidad
- No colaboración en las normas y pautas de la Unidad
- No aceptación de la necesidad de seguir hospitalizado.

En función de estos criterios, el psiquiatra indicará las medidas de actuación y el nivel de vigilancia a llevar a cabo, iniciando una *Hoja de Activación del Protocolo*.

En las Unidades de Hospitalización de Salud Mental se diferencian **tres posibles niveles de vigilancia** a llevar a cabo con los pacientes:

- El **nivel leve o general**: es el nivel mínimo de observación aplicable a todos los pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización, y que debe centrarse, entre otras cosas, en los síntomas claves a monitorizar y en conocer la ubicación de los pacientes. Si bien no es necesario que todos los pacientes se encuentren a la vista, al menos al comienzo y final de cada turno se debe valorar el estado mental y físico de todos los pacientes que tengan prescrito este nivel de vigilancia.
- El **nivel medio**: es el nivel apropiado cuando se ha detectado un riesgo potencial de fuga, pero no inmediato. El paciente precisará una observación de al menos cada 2 horas. Esta vigilancia debe ser discreta y no intrusiva al objeto de mantener una buena relación terapéutica.
- El **nivel intensivo**: necesario para los casos extremos de riesgo de fuga. El paciente precisará una observación continua, en habitación cerrada con cámara que posibilite dicha vigilancia o en zonas comunes a la vista continua de los profesionales. En el caso de activar este nivel, es preciso que el psiquiatra lo revise al menos cada 4 horas, para decidir la continuidad de este nivel y/o la prescripción de otras intervenciones.

Se debe tener en cuenta que, en el momento del cese del nivel de vigilancia medio o intensivo del protocolo, el paciente siempre pasará al nivel leve o general.

Una vez abierta la *Hoja de Activación del Protocolo*, **el psiquiatra** la firmará en el espacio reservado para ello e informará a la enfermera responsable del paciente de los factores de riesgo identificados y de las medidas a llevar a cabo, entregándole la *Hoja* debidamente cumplimentada.

Además, el psiquiatra registrará en JARA la activación del protocolo. Dicho registro deberá quedar reflejado en la NOTA DE TRATAMIENTO (no en la Nota de Evolución) y ser activado como una prestación al paciente [Gama de prestaciones – Programas y protocolos].

La **enfermera** firmará en el espacio reservado a tal efecto en la Hoja, ratificando con ello la activación del protocolo, e informará, a la **auxiliar de enfermería (TCAE) y al celador** responsable del paciente en ese momento, de los factores de riesgos detectados y de las medidas y nivel de vigilancia a seguir. Ellos también deberán firmar en la *Hoja de Activación del Protocolo*, corroborando que han sido informados de la activación del mismo y que transmitirán esta información en cada cambio de turno, así como cualquier incidencia relacionada que sea de carácter reseñable.

En el que caso de que, en ese momento, hubiera más personal en la Unidad (psicólogos clínicos, trabajadores sociales, otros psiquiatras, personal de enfermería, TCAE, celadores, estudiantes, residentes, etc) también se les informará del riesgo de fuga del paciente.

### **Activación del protocolo en el caso de un paciente ya ingresado**

---

**Cualquier profesional de la Unidad** que observe algún comportamiento o verbalización que indique sospecha de riesgo de fuga, deberá notificarlo a la enfermera responsable del paciente.

La **enfermera** realizará una valoración del mismo e informará al **psiquiatra** para que confirme la identificación de factores de riesgo. A continuación se seguirán los pasos descritos en el caso anterior para la activación del protocolo.

### **Una vez activado el protocolo**

---

El **psiquiatra** hará una evaluación de la situación cada 24 horas anotando en Jara si continúa activo, se reajusta o se suspende el protocolo.

En el caso de la suspensión del protocolo, el paciente pasará al Nivel de Vigilancia Leve o General. La enfermera comunicará esta modificación al resto de profesionales.

En el caso de activación del Nivel de Vigilancia Intensivo el psiquiatra deberá realizar la evaluación del riesgo de fuga al menos cada 4h.

Los profesionales de **enfermería, TCAE y celadores** mantendrán, por turnos, las medidas de minimización del riesgo y el nivel de vigilancia indicados, hasta el cese de las mismas.

Los profesionales de la Unidad en cada turno se organizarán para observar al paciente en función del nivel de vigilancia indicado, estableciendo al inicio del turno, quién realizará la supervisión del paciente en cada periodo, así como los momentos horarios en los cuales se debe anotar en la **Hoja de Registro de Observación y Vigilancia** la ubicación del paciente y la incidencia a resaltar en cada observación. La observación se realizará con la periodicidad y en las condiciones en las que estén indicados.

En el caso del Nivel de Vigilancia Intensiva, en el que se precisa una observación continua, se deberá anotar en incidencias el periodo de vigilancia que hace cada profesional, así como si hay alguna interrupción inevitable de la vigilancia por cualquier motivos (salida de un profesional fuera de la Unidad, colaboración en la atención a otro paciente, etc). Véase el ejemplo de cumplimentar la *Hoja de Registro de Observación y Vigilancia*.

En el cambio de turno, por ser un momento de alto riesgo en la Unidad, se realizará una observación y se registrará en la Hoja de Registro, aunque ésta no coincida con la periodicidad indicada, y se pasará la hoja abierta al equipo de trabajo que entre en el siguiente turno, para que continúe con el registro. Cuando hayan sido rellenados todos los huecos de la Hoja, se le entregará a enfermería para que la incluya en la Historia Clínica del paciente y se abrirá una nueva.

La **enfermera y TCAE**, además de anotar en la Hoja de Registro de Observación y Vigilancia, registrarán en Jara al final de cada turno las incidencias ocurridas al respecto, y al menos informarán de la continuidad y/o los reajustes del protocolo.

En el caso que se detecte un cambio de situación que precise revisión del protocolo por parte del psiquiatra, enfermería será la encargada de notificarlo para que realice el reajuste necesario.

La **Hoja de Activación del Protocolo** debe quedar en algún lugar visible de la Unidad, establecido para ello, accesible y disponible para cualquier profesional que quiera consultarlo. Las Hojas de Activación de todos los Protocolos de Minimización del Riesgo de Fuga que están activos en la Unidad deberán estar en el mismo sitio.

La **supervisora de enfermería** revisará a diario las Hojas de Activación y las Historias Clínicas en Jara para confirmar que ambas están cumplimentadas según lo establecido en el presente protocolo. En caso contrario se notificará al profesional responsable la información o registro que falte.

De forma paralela llevará un registro de los pacientes (nombres y nº de Historia Clínica) a los que se les ha activado el protocolo y de forma anual se hará una evaluación de la tasa del riesgo de fuga y de la cumplimentación y calidad de los registros.

En el caso que un paciente se incluya a la vez en el protocolo de minimización del riesgo de fuga y en el de contención mecánica, debe primar el registro de la contención mecánica, y una vez finalice dicha intervención, se volverá al registro del protocolo de fuga, valorando en ese momento el nivel de vigilancia adecuado a dicha situación clínica.

### **El cese del protocolo**

---

Se procederá al cese del protocolo, cuando los responsables del paciente en ese momento (psiquiatría y enfermería) lo estimen oportuno.

El **psiquiatra** registrará la fecha, hora y motivo del cese en la hoja destinada a tal fin y en la NOTA DE TRATAMIENTO, y dará por finalizada la prestación en JARA [Gama de prestaciones – Programas y protocolos].

El psiquiatra informará a **enfermería**, y ésta al resto de profesionales implicados.

## 2. OTROS FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE FUGA.

- En el momento de activar el Protocolo de Minimización del Riesgo de Fuga y proceder a la identificación de los factores de riesgo del paciente, se deben tener en cuenta los **factores de riesgos estructurales y funcionales de la Unidad**, que de forma ocasional o permanente estén presentes en ese momento. Por ejemplo mal funcionamiento o inexistencia de sistemas de bloqueo de apertura de puertas, habitación muy alejada del control de enfermería o sin control por cámara, etc
- A lo largo de la jornada hay **momentos definidos como de alto riesgo en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental**, en los cuales hay que extremar las medidas de vigilancia y quedar siempre algún profesional encargado de la observación directa de los pacientes y su entorno. Algunos de los momentos de alto riesgo son los cambios de turnos, hora del aseo y de la comida, apertura de la puerta de entrada a la Unidad, horario de visita de los familiares, etc
- Del mismo modo existen **circunstancias especiales de sobrecarga de trabajo** que de ocurrir también obligarán a extremar las medidas de vigilancia (aunque conlleve un aumento de la carga de trabajo mayor). Estas circunstancias pueden ser: aumento de la demanda asistencial, exceso del límite de ocupación de la Unidad, coincidencia de varios ingresos en el tiempo, aumento de los requerimientos y necesidades de cuidados de los pacientes y/o familiares, traslado y acompañamiento de pacientes a otros departamentos o consultas, etc.
- También es importante tener en cuenta la **situación y dotación del equipo de profesionales**. Por ejemplo la ausencia de algún miembro del equipo de forma ocasional por estar realizando otra tarea fuera de la Unidad, disminución del número de profesionales en el turno con respecto a lo habitual, suponiendo un aumento del número de pacientes asignados y de la carga de trabajo, situación de los profesionales debido a la prolongación de jornadas, guardias muy seguidas, profesionales de nueva incorporación que no conocen a los pacientes ni están familiarizados con los protocolos y procedimientos de la Unidad, etc.
- Todas estas situaciones son **factores que aumentan el riesgo de fuga** de los pacientes ingresados en la Unidad. Son consideradas situaciones de riesgo a identificar para minimizar la posibilidad de un evento adverso en el paciente.

### 3. ACTUACIONES GENERALES PARA LA MINIMIZACIÓN DEL RIESGO DE FUGA

Actuaciones para minimizar el riesgo de que un paciente abandone sin autorización el lugar de tratamiento cuando esto representa una amenaza para su seguridad o la de otras personas:

- Observar al paciente por si hubiera indicios de riesgo de fuga (comentarios verbales, merodear cerca de las salidas, varias capas de ropa superpuestas, ansiedad de separación, añoranza por el hogar, etc.).
- Confirmar el estado legal del paciente (tratamiento voluntario o involuntario por orden judicial).
- Comunicar el riesgo a todo el personal de la Unidad.
- Disponer de una adecuada supervisión/ vigilancia y control del paciente.
- Registrar la descripción física del paciente y cualquier característica distintiva.
- Familiarizar al paciente con el ambiente y la rutina para disminuir la ansiedad. Ofrecer seguridad y comodidad.
- Limitar al paciente a un entorno seguro si es preciso.
- Aumentar supervisión/vigilancia cuando el paciente se encuentre fuera del ambiente seguro.
- Animar al paciente a que busque la ayuda de los profesionales cuando experimente sentimientos de conflicto (ira, ansiedad, miedo que pueda ocasionar la fuga).
- Identificar con el paciente las consecuencias positivas y negativas del abandono del tratamiento.
- Animar al paciente a que se sienta comprometido a continuar con el tratamiento.



#### 4. MOMENTOS PARA HACER LA IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

- Al ingreso del paciente
- Durante la elaboración de la historia clínica
- Durante la exploración psicopatológica inicial y siguientes
- Durante la valoración de enfermería inicial y siguientes
- Durante la observación y prestación de cuidados diarios

#### 5. HOJAS DE ACTIVACIÓN/CESE Y DE REGISTRO DE LA OBSERVACIÓN E INCIDENCIAS

## PROTOCOLO DE MINIMIZACIÓN DEL RIESGO DE FUGAS

### HOJA DE ACTIVACIÓN Y CESE

Paciente:	NHC:
Habitación:	Fecha ingreso:

Fecha de la activación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_

Hora de la activación \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (de 0 a 24h)

#### FACTORES DE RIESGO CLÍNICOS IDENTIFICADOS:

- Verbalización de ideas o sentimientos de rechazo al equipo de profesionales
- Observación de conductas o comentarios que sugieren claramente el deseo de irse de la Unidad
- Amenazas si se impide la salida
- Ingreso involuntario.
- Baja o nula conciencia de enfermedad
- Alteraciones en la percepción de la realidad
- Inquietud o agitación psicomotriz
- Otros: \_\_\_\_\_

#### MEDIDAS DE MINIMIZACIÓN DEL RIESGO

- Contención verbal
- Restricción de las salidas
- Ubicación en habitación cerca del Control
- Aislamiento en habitación adecuada con cámaras
- Asegurar la retirada de objetos peligrosos
- Contención mecánica (*según protocolo específico*)
- Otras: \_\_\_\_\_

#### NIVEL DE OBSERVACIÓN Y VIGILANCIA

- Nivel Medio*: Observación al menos cada 2 horas. La observación debe ser discreta y no intrusiva al objeto de mantener una buena relación terapéutica.
- Nivel Intensivo*: Observación continua, en habitación cerrada con cámara que posibilite dicha vigilancia o en zonas comunes a la vista continua de los profesionales. **NOTA: Este nivel es revisable por el psiquiatra al menos c/ 4h**

**CAMBIOS DE NIVEL:** Nivel \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

Nivel \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

#### INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DEL PROTOCOLO

Activación: PSIQUIATRA Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Conforme: ENFERMERÍA Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Recibí información: TCAE Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Recibí información: CELADOR Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha del cese: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_ Hora del cese \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

SERIE: **PROTOSCOLOS Y PRÁCTICAS SEGURAS EN LA RED DE SALUD MENTAL**



## PROTOCOLO DE MINIMIZACIÓN DEL RIESGO DE FUGAS

### REGISTRO DE OBSERVACIÓN Y VIGILANCIA

Paciente:	NHC:
Habitación: <b>EJEMPLO</b>	
Fecha ingreso:	

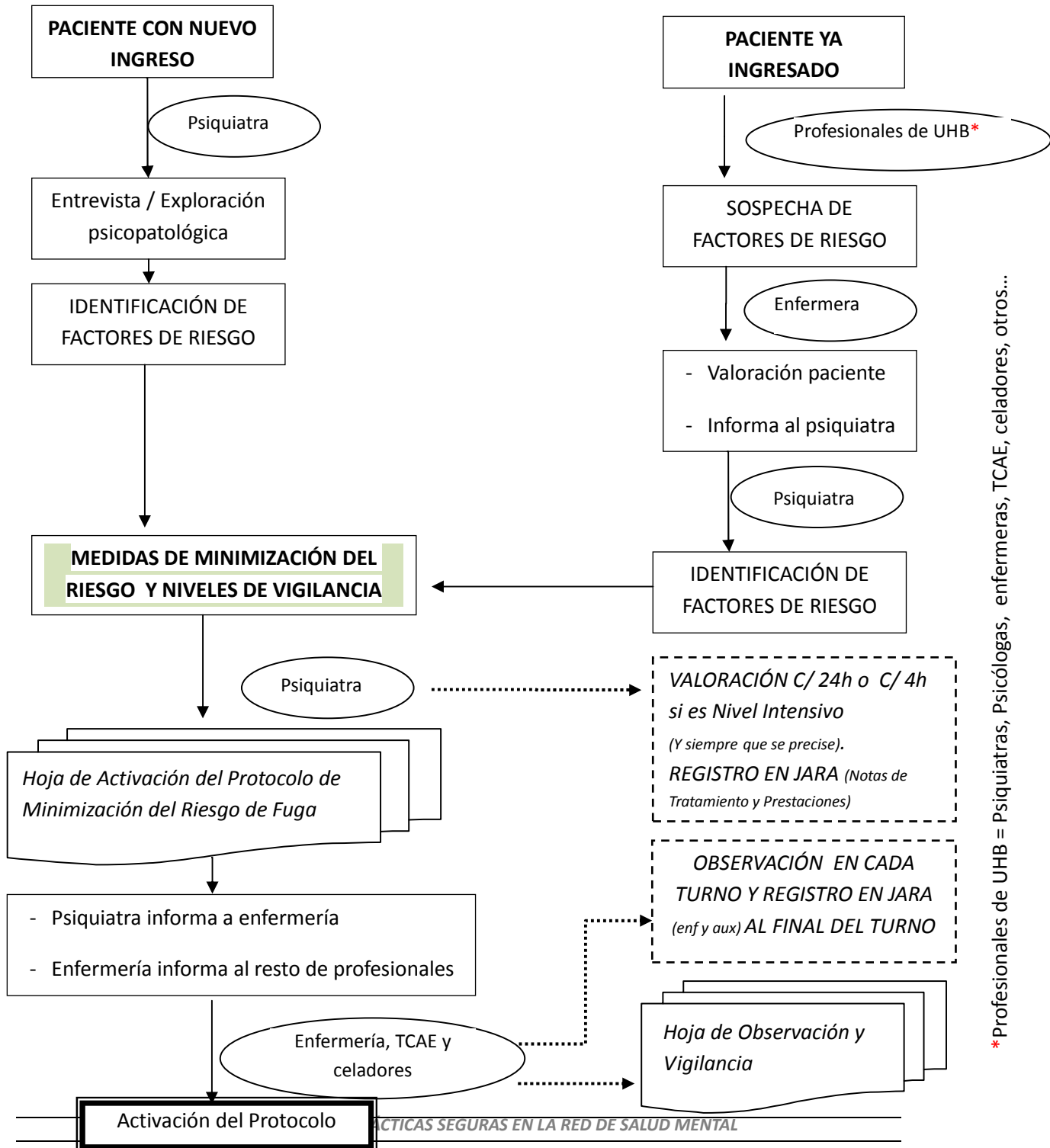
A cumplimentar por los profesionales de la Unidad en cada turno en función del nivel de vigilancia indicado en la Hoja de Activación del Protocolo o en las revisiones sucesivas. El nivel de vigilancia se debe confirmar al inicio de cada turno

Fecha	Nivel de Observ	Hora de Observ	Profesional	Localización del paciente en el momento de la observación	Incidencia a resaltar
7-3-18	Medio	13:50	Psiquiatra	---	<b>Se inicia</b> el protocolo de minimización del riesgo de fuga
7-3-18	Medio	14h	TCAE	En comedor	Se inicia la observación del paciente. Inquieto, verbaliza intención de fuga
7-3-18	Medio	15h	Celador	En su habitación	El paciente descansando. Comento incidencias en el cambio de turno.
7-3-18	Medio	16h	Enfermería	En pasillo	Cambio de actitud tras salir de su habitación. Se habla con psiquiatra. Pasa a nivel intensivo de vigilancia
7-3-18	Intesv	16:30	Celador	En pasillo	Continúa la verbalización sobre fuga
7-3-18	Intesv	17:10	Celador	En terraza	Paciente más tranquilo. Realizo una vigilancia continua hasta las 18:30 que salgo de la unidad para ir al laboratorio a llevar una analítica. Me releva la aux enf
7-3-18	Intesv/ medio	18:30/ 19:40	TCAE	En sala Tv	Más tranquilo. Vigilancia continua hasta 19:40 que viene el psiquiatra a revisarlo y pasa a nivel medio por encontrarlo más tranquilo
7-3-18	Leve	20:50	Psiquiatra	En comedor	<b>Cesa</b> el protocolo. Pasa al nivel general de vigilancia

SERIE: PROTOCOLOS Y PRÁCTICAS SEGURAS EN LA RED DE SALUD MENTAL

## PROTOCOLO DE MINIMIZACIÓN DEL RIESGO DE FUGAS

### FLUJOGRAMA DE ACTIVACIÓN Y SEGUIMIENTO



## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE ABANDONOS NO PROGRAMADOS

### PROCEDIMIENTO DE BÚSQUEDA Y COMUNICACIÓN DEL EVENTO

---

#### 1. PAUTAS DE ACTUACIÓN

##### a. SOSPECHA DE LA AUSENCIA DE UN PACIENTE

Cualquier profesional de la Unidad que sospeche de la ausencia de un paciente lo comunicará a la enfermera responsable del mismo.

Enfermería activará el procedimiento de búsqueda dentro de la UHB y avisará al personal de seguridad [Ext. \_\_\_\_\_] y a los celadores de puerta de urgencias [Ext. \_\_\_\_\_] y de puerta principal [Ext. \_\_\_\_\_], si los hubiera, dándoles una descripción detallada de los aspectos identificativos del paciente.

El personal de seguridad iniciará la búsqueda por fuera de la UHB.

Los celadores de puerta vigilarán que el paciente no salga del Centro por la puerta en la que ellos se encuentran.

##### a. BÚSQUEDA DENTRO DE LA UNIDAD

La enfermera organizará la búsqueda dentro de la Unidad, distribuyendo las tareas de tal manera que el funcionamiento básico y esencial de la Unidad permanezca atendido y cubierto.

Si la fuga se detectara en horario de no descanso para los pacientes, la enfermera ordenará la permanencia del resto de pacientes en la sala de estar-ocio durante todo el tiempo que dure la búsqueda dentro de la Unidad.

Por motivo de protección de los profesionales, la búsqueda se realizará, siempre que sea posible, por 2 profesionales.

En el caso que la Unidad esté cubierta en ese turno con 2 profesionales solamente, la enfermera avisará al psiquiatra de guardia y/o supervisora

*SERIE: PROTOCOLOS Y PRÁCTICAS SEGURAS EN LA RED DE SALUD MENTAL*

---

de guardia para que ayuden en la tarea de búsqueda por todas las dependencias de la Unidad.

#### **b. COMUNICACIÓN DE LA FUGA.**

Si el paciente no aparece dentro de la UHB, de forma inmediata se procederá a informar del caso al resto de agentes implicados.

El **equipo de enfermería** avisará a los siguientes profesionales del Hospital:

- Psiquiatra del paciente o psiquiatra de guardia [Ext. \_\_\_\_\_]
- Supervisora de la UHB o supervisora de guardia [Ext. \_\_\_\_\_]

El **psiquiatra o psiquiatra de guardia** informará por escrito a la Dirección Médica o Jefe de la Guardia y al Coordinador/a de Salud Mental de Área. También avisará a la Policía Nacional [091] informándole de la ausencia del paciente, dándole una descripción detallada de los aspectos identificativos de éste. En cualquier caso, ante la Policía Nacional, se actuará siguiendo las instrucciones necesarias para que las fuerzas y cuerpos de seguridad pertinentes procedan a la búsqueda del paciente.

*NOTA: En el caso de que sea necesario interponer una denuncia por escrito personándose en la Comisaría, será la Dirección del Centro o el profesional en el que delegue quien saldrá del Centro para interponerla.*

En el caso de ser un ingreso involuntario, realizará la notificación por escrito al Juzgado de Guardia. *(Se adjunta modelo)*

También informará a la familia o tutor legal del paciente.

La **supervisora de la UHB o supervisora de guardia** avisará a la Dirección de Enfermería

*NOTA: Se debe disponer de un listado con los teléfonos y extensiones a utilizar, en una zona visible y cercana al teléfono del control de enfermería y en los lugares que se estime oportuno.*

### c. RETORNO DEL PACIENTE AL CENTRO

El **psiquiatra/psiquiatra de guardia** realizará lo siguiente:

Revisión y valoración pertinente del paciente

Analítica de tóxicos en orina y/o test de alcoholemia

Reingreso en la UHB o traslado a la Unidad que estime conveniente

Informar a la familia del paciente y/o tutor legal

Informar a la Dirección Médica o Jefe de la Guardia y al Coordinador/a de Salud Mental de Área (por escrito si es preciso)

Informar a la Policía Nacional

Informar al Juzgado de Guardia (si se ha informado de la fuga previamente)

Valorar la necesidad de activar el protocolo de minimización del riesgo de fuga y activar el nivel de vigilancia pertinente.

La **enfermera** realizará lo siguiente:

Valoración del paciente y aplicar los cuidados necesarios

Informar a los celadores y personal de seguridad

Informar a la Supervisora de la UHB o Supervisora de guardia (por escrito si es preciso)

### d. REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE LA INCIDENCIA

Una vez resuelta la incidencia, los profesionales de la Unidad que estuvieran en el momento de la desaparición y búsqueda del paciente, deberán describir en Jara todo lo ocurrido, así como las actuaciones llevadas a cabo desde el momento de la sospecha de la fuga hasta el retorno del paciente. Fijarán el momento idóneo para que, de forma inmediata, se realice una reunión interna con todos los miembros del

*SERIE: PROTOCOLOS Y PRÁCTICAS SEGURAS EN LA RED DE SALUD MENTAL*



Equipo de la UHB en la que además de analizar todo lo ocurrido se atiendan las necesidades de las segundas víctimas.

Además, el psiquiatra y la enfermera responsables del paciente (o en su caso el psiquiatra de guardia y la enfermera responsable) deberán realizar la notificación a través del **SINASP** (Sistema de Notificación y Aprendizaje de Seguridad del Paciente), detallando todo lo ocurrido. Se realizará el análisis de gestión del riesgo desde la perspectiva de seguridad del paciente, utilizando la metodología del Análisis Causas Raíz (ACR), con el objetivo de detectar áreas de mejoras en este procedimiento e implantar nuevas barreras de seguridad.

Si en cualquier momento se precisara ayuda en la gestión de este incidente, puede solicitarse a la Subdirección de Salud Mental y programas Asistenciales del SES a través del **SAAGRIS-SM** (Servicio de Apoyo y Asesoramiento en la Gestión del Riesgo Sanitario en Salud Mental)

## 2. HOJAS DE ACTIVACIÓN /CESE Y DE NOTIFICACIÓN JUDICIAL

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE ABANDONOS NO PROGRAMADOS

### PROCEDIMIENTO DE BÚSQUEDA Y COMUNICACIÓN DEL EVENTO

#### HOJA DE ACTIVACIÓN Y CESE

Paciente:	NHC:
Habitación:	
Fecha ingreso:	

**Fecha de la activación:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_

**Hora de la activación** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (de 0 a 24h)

**Fecha del retorno:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_

**Hora del retorno** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (de 0 a 24h)

**Descripción de aspectos identificativos del paciente:** (aspectos físicos, indumentaria, medicamentos de urgencias que precisa ej, insulina...)

---



---



---

#### LISTADO DE VERIFICACIÓN DE LAS COMUNICACIONES INSTITUCIONALES REALIZADAS

Se deberá marcar con una X a quién se hace la notificación y si está relacionada con la fuga y/o el retorno del paciente. En cada caso se identificará el profesional que realice la comunicación.

INFORMADO A	INFORMAR SOBRE	INFORMANTE	INFORMAR SOBRE	INFORMANTE
<input type="checkbox"/> Personal de seguridad	<input type="checkbox"/> Fuga		<input type="checkbox"/> Retorno	
<input type="checkbox"/> Celadores	<input type="checkbox"/> Fuga		<input type="checkbox"/> Retorno	
<input type="checkbox"/> Psiquiatra/ Psiq. Guardia	<input type="checkbox"/> Fuga		<input type="checkbox"/> Retorno	
<input type="checkbox"/> Supervisora/ S. Guardia	<input type="checkbox"/> Fuga		<input type="checkbox"/> Retorno	
<input type="checkbox"/> Dº Médica /Jefe Guardia	<input type="checkbox"/> Fuga		<input type="checkbox"/> Retorno	
<input type="checkbox"/> Dº Enfermería	<input type="checkbox"/> Fuga		<input type="checkbox"/> Retorno	
<input type="checkbox"/> Coordinador/a SM Área	<input type="checkbox"/> Fuga		<input type="checkbox"/> Retorno	
<input type="checkbox"/> Juzgado de Guardia	<input type="checkbox"/> Fuga		<input type="checkbox"/> Retorno	
<input type="checkbox"/> Policía Nacional	<input type="checkbox"/> Fuga		<input type="checkbox"/> Retorno	
<input type="checkbox"/> Familia / tutores legales	<input type="checkbox"/> Fuga		<input type="checkbox"/> Retorno	
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Fuga		<input type="checkbox"/> Retorno	

SERIE: *PROTOSCOLOS Y PRÁCTICAS SEGURAS EN LA RED DE SALUD MENTAL*

Por el presente comunicamos a V. I. que el paciente  
\_\_\_\_\_, hospitalizado en este  
Centro

SE HA FUGADO en el día de la fecha, a las \_\_\_ horas,  
**no estando indicada la interrupción de su tratamiento, y considerándose  
necesaria la reintegración al Centro para continuar su tratamiento en  
régimen de hospitalización total desde el punto de vista médico.**

Lo que trasladamos a V. I. a los efectos oportunos.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Fdo: \_\_\_\_\_

PSQUIATRA DE GUARDIA.

**ILMO./A SR./A. MAGISTRADO-JUEZ. JUZGADO DE GUARDIA. \_\_\_\_\_**

*SERIE: PROTOCOLOS Y PRÁCTICAS SEGURAS EN LA RED DE SALUD MENTAL*

Por el presente comunicamos a V. I. que a las \_\_\_\_\_  
horas del día de la fecha se ha REINTEGRADO al Centro, la/el paciente D/D<sup>a</sup>  
\_\_\_\_\_, fugado/a del HOSPITAL  
el día \_\_\_\_\_, cuya fuga fue comunicada al Juzgado de Guardia.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

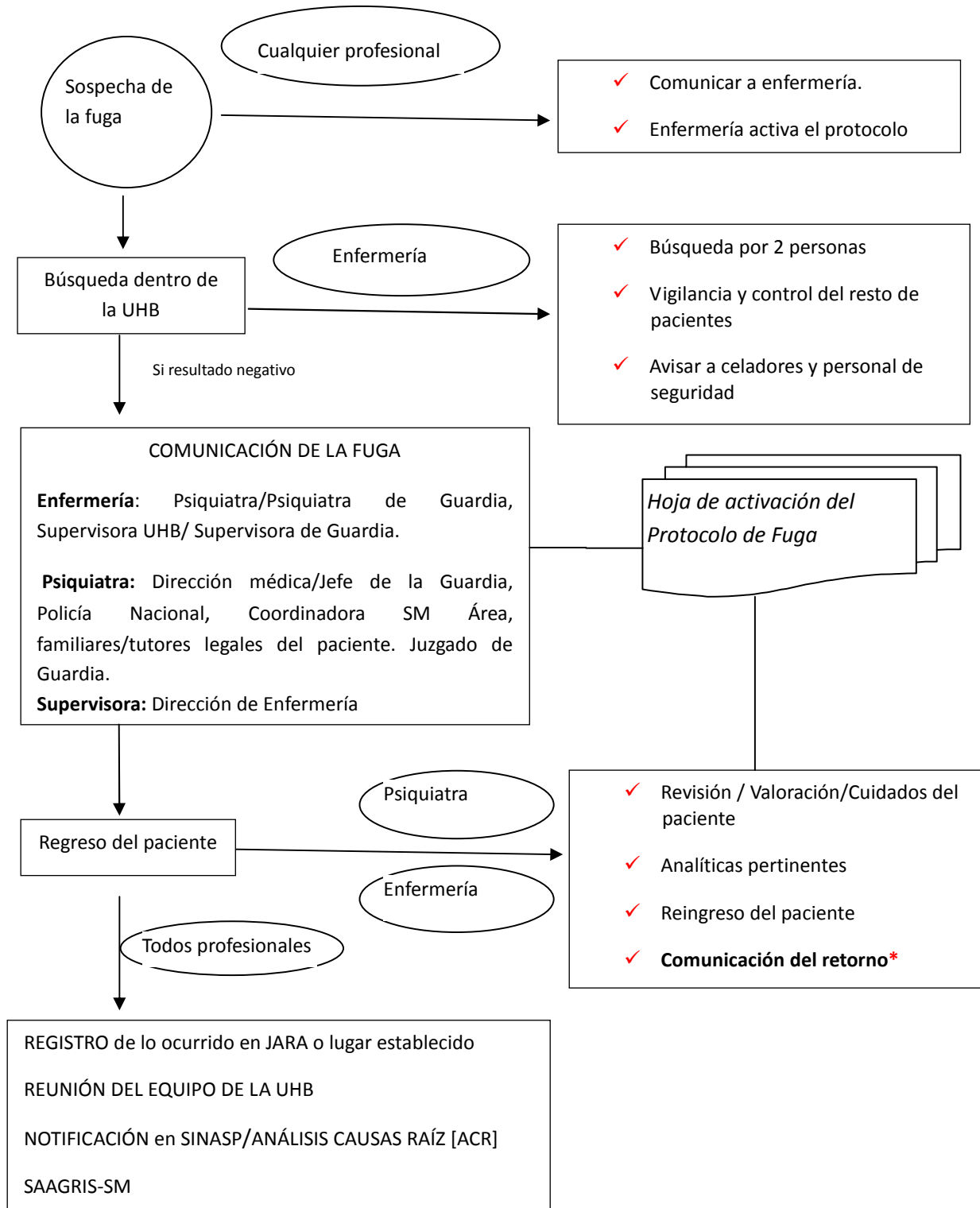
EL PSIQUIATRA DE GUARDIA / DIRECCIÓN

Fdo: \_\_\_\_\_

**ILMO./A SR./A. MAGISTRADO-JUEZ. JUZGADO N<sup>o</sup> \_\_\_\_ y/o DE GUARDIA.**

\_\_\_\_\_

### 3. FLUJOGRAMA DE ACTUACIÓN ANTE UN ABANDONO NO PROGRAMADO (FUGA)



\* La comunicación del RETORNO se realizará del mismo modo que la comunicación de la FUGA

SERIE: PROTOCOLOS Y PRÁCTICAS SEGURAS EN LA RED DE SALUD MENTAL

### 3. PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL PROTOCOLO

- Psiquiatras, psicóloga/os clínicas/os, enfermería, TCAE y celadores.
- Cualquier otro profesional que observe un indicio de sospecha

### 4. IMPLEMENTACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO

Tanto el coordinador como la supervisora de la Unidad son los responsables de la puesta en marcha, implementación, aplicación del protocolo y de la formación del resto de profesionales de la Unidad de Psiquiatría.

El coordinador se encargará de la formación de todos los facultativos que trabajan en la UHB, así como la de todos los que realizan guardias, incluidos los residentes, si los hubiera.

El supervisor se encargará de la formación necesaria dirigida a enfermeras, TCAE y celadores, así como de que se cumpla el protocolo en cada caso que se active.

Se establecerán entre ambos, y si es necesario con todo el personal de la UHB, reuniones de coordinación y seguimiento del protocolo.

## 6. COORDINACIÓN TÉCNICA, AUTORES Y REVISORES.

### Coordinación Técnica:

- **Beatriz Rodríguez Pérez.** Enfermera. Referente de Seguridad del Paciente en Salud Mental. Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales. SES

### Autores y revisores:

- **Beatriz Rodríguez Pérez.** Enfermera. Referente de Seguridad del Paciente en Salud Mental. Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales. SES
- **Beatriz Martín Morgado.** Psiquiatra. Subdirectora de Salud Mental y Programas Asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria. SES
- **Ignacio Torres Solís.** Psiquiatra. Responsable de Salud Mental. Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales. SES
- **Juan José Molina Castillo.** Psiquiatra. Coordinador de la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de Cáceres.
- **M<sup>a</sup> Asunción Rebollo Ambrosio.** Enfermera. Supervisora de la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de Cáceres.
- **Julia García White.** Psiquiatra. Coordinadora Salud Mental de Área de Cáceres.
- **Antonio Barrera Martín-Meras.** Coordinador de Calidad y Seguridad del Paciente del Área de Cáceres.
- Demás profesionales (psiquiatría, psicología, enfermería, TCAE, celadores) de la Unidad de Hospitalización Breve de Hospital Nuestra Señora de la Montaña de Cáceres.
- **Esther Artacho Aznar,** médico de atención primaria del CSS de Plasencia.
- Profesionales del Grupo de Trabajo del Protocolo de Fuga del CSS de Plasencia que participaron en la primera actualización del protocolo de fuga en el año 2014.

## 7. VIGENCIA Y REVISIÓN.

### Trabajo previo a este documento

En el año 2014, en el Centro Sociosanitario de Plasencia, en el contexto de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Salud Mental, se realizó una actualización y mejora del Protocolo de Fuga vigente en ese momento en el CSS, en la que se incluyeron muchas de las modificaciones que aparecen en este documento.

### Fase de pilotaje

Esta versión ha pasado por una fase de pilotaje en la UHB de Cáceres y Badajoz

### Entrada en vigor

Este documento entra en vigor en las Unidades de Hospitalización Breve de la Red de Salud Mental de Extremadura el **19 de noviembre de 2018**.

Los anexos de aplicación al Centro Sociosanitario de Mérida, Viviendas y Pisos Supervisados de Mérida y Centro Sociosanitario de Plasencia entrarán en vigor conforme se redacten las adaptaciones necesarias para su puesta en marcha en los respectivos dispositivos.

### Revisión

Esta actualización se revisará de forma detallada bianualmente y siempre que sea preciso.

## 8. CLÁUSULA DE GÉNERO.

En aquellos casos en los que se utilice el género gramatical masculino o femenino para referirse a colectivos mixtos, debe entenderse que se emplean para designar de forma genérica a individuos de ambos sexos, sin que comporte intención discriminatoria alguna. El único objetivo es facilitar la lectura del documento.



## 9. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Elvira Peña, L, Rodríguez Pérez, B. Cuaderno Técnico de Salud Mental. Seguridad del/de la paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios en Salud Mental. Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales. Servicio Extremeño de Salud. 2011.
- Elvira Peña, L. Cabrera Herrera, A. Cuaderno Técnico de Salud Mental. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria.. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. SES. 2008.
- Elvira Peña, L. Cabrera Herrera, A. Cuaderno Técnico de Salud Mental. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Media Estancia.. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. SES. 2007.
- Informe *Con la seguridad en mente: servicios de salud mental y seguridad del paciente* del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008
- Protocolo de actuación ante abandonos no programados de la unidad y/o centro. Centro Sociosanitario de Plasencia. Sepad. 2014
- Protocolo de prevención de abandonos no autorizados de la Unidad. UHB de Mérida. SES. 2011.
- Protocolo de vigilancia y supervisión periódica de pacientes. UHB de Mérida. SES. 2011.
- Protocolo de fuga. Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia. Servicio Extremeño de Salud. 2011
- Protocolo de fuga. Unidad de Hospitalización Breve del Hospital de Llerena. Servicio Extremeño de Salud. 2008
- Protocolo de Fuga. Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. Servicio Extremeño de Salud. 2007.
- Protocolo de actuación ante fuga de pacientes en el AGSNA. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Servicio Andaluz de Salud. Enero 2018.
- Protocolo de actuación ante fuga de pacientes. Hospital Universitario Central de Asturias. Julio 2011.
- Protocolo de actuación ante la fuga de pacientes. Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava. Osakidetza. Mayo 2010.

---

SERIE: *PROTOCOS Y PRÁCTICAS SEGURAS EN LA RED DE SALUD MENTAL*

- Protocolo de acción frente a fugas de pacientes. Hospital Metropolitano de Santiago de Chile. 2010.
- Guía de Seguridad en la atención de personas con trastornos mentales. Protocolo de actuación ante pacientes con riesgo de fuga. Servicio de Salud de Castilla y León. 2009.
- Guía de Seguridad en la atención de personas con trastornos mentales. Protocolo de observación y vigilancia. Servicio de Salud de Castilla y León. 2009.

## 10. DOCUMENTOS ANEXOS

- **ANEXO 1.** Versión adaptada al Centro Sociosanitario de Mérida.
- **ANEXO 2.** Versión adaptada a las Viviendas Supervisadas (entorno hospitalario) y a los Pisos Supervisados (entorno comunitario) dependiente del CSS de Mérida.
- **ANEXO 3.** Versión adaptada al Centro Sociosanitario de Plasencia.