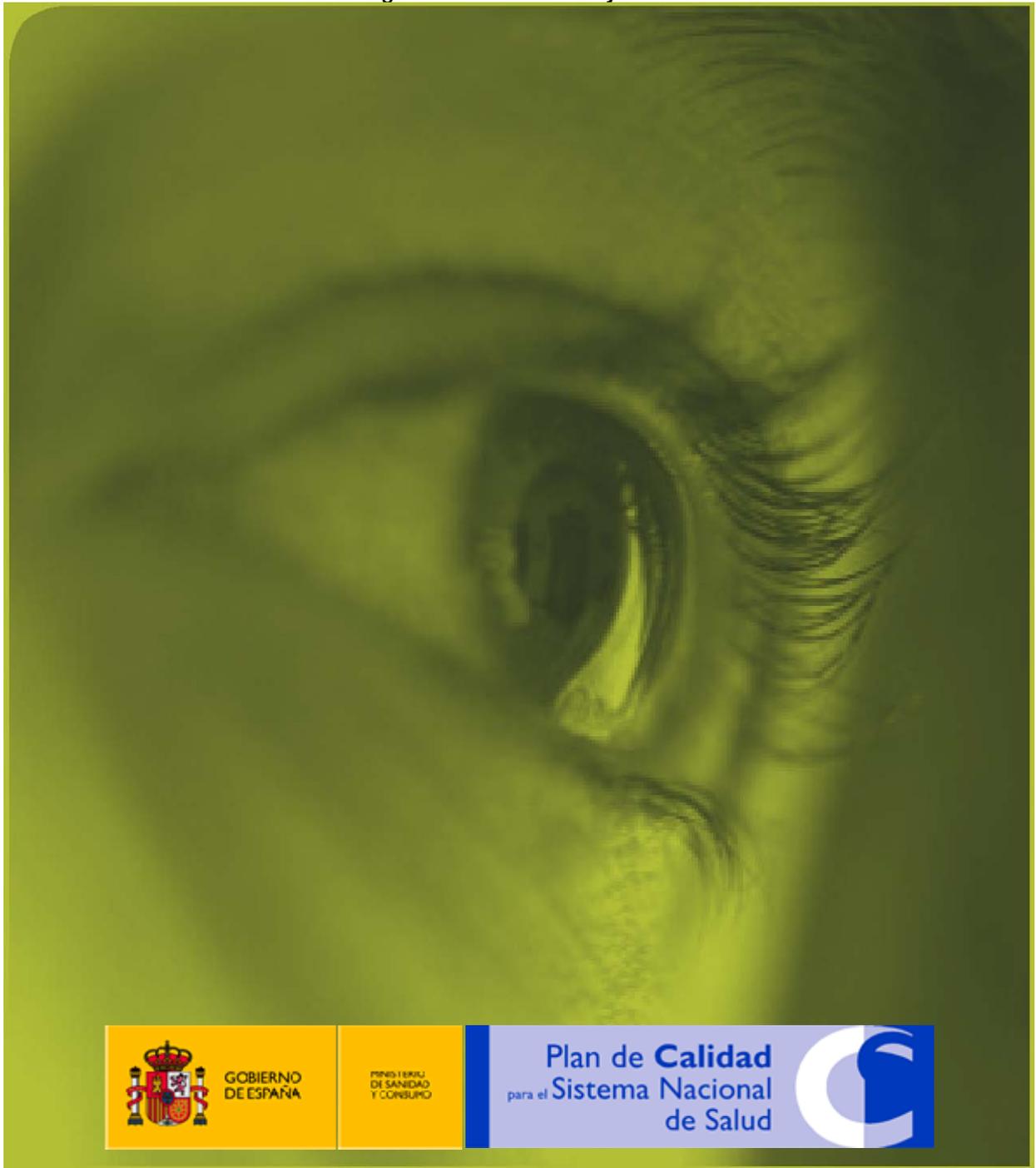


# Con la seguridad en mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente

2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente /julio 2006



Este informe ha sido escrito por Sarah Scobie, Edana Minghella, Colin Dale, Richard Thomson, Paul Lelliott y Kathryn Hill. El análisis fue dirigido por Ranjita Sen, Chris Broughan and Ken Checinski con apoyo adicional de los compañeros de la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (NPSA)

# Indice

	Página
<b>Agradecimientos</b>	<b>3</b>
<b>Prologo</b>	<b>4</b>
<b>Introducción</b>	<b>5</b>
¿Para quién es este informe?	5
¿Qué nos dice el informe sobre la seguridad del paciente en los servicios de salud mental?	5
<b>Primera parte: informe del incidente y el Observatorio de Seguridad del Paciente</b>	<b>13</b>
El papel del NPSA	13
El Observatorio de Seguridad del Paciente	14
Acerca de este informe	14
<b>Segunda Parte: panorama de los incidentes en la seguridad del paciente de salud mental</b>	<b>15</b>
Compresión de los datos	15
- ¿qué es un incidente en la seguridad del paciente de salud mental?	15
- ¿cómo está graduado la severidad del incidente en la seguridad del paciente?	15
- ¿cómo interpretar los datos del NRLS?	16
El contexto: servicios de salud mental	17
Aspectos de seguridad del paciente notificados por los servicios de salud mental	18
- Origen de las notificaciones al NRLS	20
- ¿Cuál es la ratio de notificaciones y como varía en el Servicio Nacional de Salud?	22
- Que tipo de incidentes son comunicados y desde que lugares	24
- Cual es el impacto sobre el paciente	25
- Reclamaciones por negligencia clínica	28
<b>Tercera Parte: incidentes en la seguridad del paciente en detalle</b>	<b>32</b>
Accidentes de los pacientes	32
Comportamiento agresivo o nocivo	34
Seguridad sexual	38
- Incidentes del NRLS	38
- Políticas relevantes y otra información	40

Auto lesiones y suicidio	42
- Incidentes de auto lesiones	42
- Suicidio en hospitalizados e incidentes de ahorcamiento	43
Fuga y desaparición	46
Medicación	49
- Antecedentes	49
- Incidentes en medicación notificados al NRLS desde unidades de salud mental	52
- ¿Qué sabemos de otras fuentes?	55
<b>Cuarta parte: conclusiones</b>	<b>58</b>
<b>Apéndice; el Observatorio de Seguridad del Paciente y el Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje.</b>	<b>60</b>
<b>Referencias</b>	<b>63</b>

# Agradecimientos

La Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (NPSA) quiere agradecer a todas aquellas personas y organizaciones que han hecho posible este informe y a quien a contribuido a identificar el aprendizaje necesario para mejorar la seguridad del paciente. Estos son:

- Personal del NHS que han reportado incidentes tanto a su sistemas locales de gestión de riesgos como al la NPSA directamente.
- Pacientes y asociaciones de pacientes que han compartido sus experiencias y han ayudado al desarrollo de soluciones.
- Gestores del riesgo del NHS y otras instituciones que han trabajado duro para permitir al NPSA conectar a los sistemas locales de gestión de riesgo con el Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje (National Reporting and Learning System, NRLS) y para promocionar en sus organizaciones la seguridad del paciente.
- Miembros del NHS y asociaciones profesionales que han defendido la mejora de la seguridad del paciente en sus organizaciones.
- Organismos que han contribuido al desarrollo del Observatorio de la Seguridad del Paciente.
- Comerciales de sistemas de gestión del riesgo que han colaborado con el NPSA.

# Prologo

Este es el segundo informe del Observatorio de Seguridad del Paciente (perteneciente a al Agencia Nacional de Seguridad del Paciente) y el NRLS; y el primer informe de un sistema nacional de información, a nivel mundial, sobre incidentes en seguridad del paciente de salud mental. Reúne tanto información de sucesos notificados al NRLS por los servicios de salud mental como de otras fuentes posibilitándonos establecer las medidas necesarias a implantar para prevenir que esos sucesos vuelvan a ocurrir.

Es posible que los temas analizados, de acuerdo a los datos aportados, sean conocidos por el personal de los servicios de salud mental del NHS sin embargo estos datos nos permitirán cuantificar estos temas por primera vez y nos ayudará a identificar, a nivel nacional, donde necesitamos investigar más y que acciones deben ser realizadas.

El NPSA trabaja en colaboración con otras organizaciones para que la seguridad del paciente de salud mental se dirija hacia los aspectos que aquí han surgido y con la esperanza de que este informe sea un acicate para que se actúe a nivel local y se aborden estos temas.

**Lord Naren Patel de Dunkfeld**

**Presidente de la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente**

# Resumen

**Este informe proporciona el primer análisis detallado de sucesos en seguridad del paciente de salud mental jamás realizado por un sistema de información de incidentes.**

Cada año más de un millón de personas reciben atención de los servicios de salud mental<sup>12</sup> y hay casi 160.000 ingresos en hospitales por enfermedades mentales<sup>3</sup>. Los usuarios de servicios de salud mental, especialmente agudos, son vulnerables a gran número de riesgos potenciales. A menudo estos riesgos son derivados de su propio comportamiento o del comportamiento de otros pacientes (por ejemplo autolesiones, agresión o violencia o desinhibición sexual) o son resultado directo de su propia enfermedad mental. También pueden estar relacionados con sus tratamientos o cuidados. Todo ello hace que estos pacientes sean particularmente vulnerables dentro del NHS.

La Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (NPSA) fue creada en 2001 con la finalidad de mejorar la seguridad del paciente. Una de las funciones centrales de la NPSA ha sido desarrollar el Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje (NRLS) que recoge las notificaciones de incidentes en la seguridad del paciente y sus causas para así aprender de ellos y poder proponer soluciones que mejoren la seguridad. La notificación de incidentes permite identificar tipos y causas de los problemas de seguridad a la vez que permite trabajar en la prevención de efectos adversos.

Con el fin de lograr una mejor comprensión de la seguridad del paciente y para ayudar a reducir los riesgos el sector sanitario el NPSA ha establecido un Observatorio de Seguridad del Paciente en colaboración con gran número de socios dentro y fuera del NHS<sup>4</sup>. Su principal función es cuantificar, caracterizar y priorizar los aspectos de seguridad del paciente para así hacer más seguro la atención sanitaria. El Observatorio nos proporciona una amplitud de datos e información para identificar y monitorizar incidentes en seguridad del paciente al mismo tiempo que resaltar y priorizar áreas de acción<sup>5</sup>.

## **¿A quien va dirigido este informe?**

Este informe va dirigido a todos aquellos que trabajan y utilizan el NHS y que tienen interés en mejorar la seguridad del paciente y la calidad de los servicios de salud mental. Incluye a personal clínico, gerentes, directores médicos y de enfermería, gestores de riesgo, pacientes, familiares y cuidadores.

Para más información sobre cómo la NPSA puede ayudarle a su organización sanitaria local a mejorar la seguridad del paciente visite nuestra página web [www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk) donde hay gran número de recursos que le permitirán investigar incidentes e intervenir sobre los resultados. También encontrará información sobre como notificar incidentes a la NPSA, detalles sobre nuestras alertas nacionales y soluciones en seguridad.

## **¿Qué nos dice este informe sobre la seguridad del paciente en servicios de salud mental?**

Este informe, el segundo del Observatorio de Seguridad del Paciente, reúne información de distintas fuentes pero principalmente de los incidentes notificados al NRLS. El apéndice detalla como funciona el Observatorio y como recoge los datos a través del NRLS.

Este informe recoge cerca de 45.000 incidentes en salud mental notificados al NRLS hasta finales de septiembre de 2005 proporcionados por el 77 % de las instituciones sanitarias de Inglaterra y el 80 % de Gales. Aunque el NRLS está aun desarrollándose el informe proporciona la imagen más completa en aspectos de seguridad del paciente para los servicios de salud mental que se haya realizado jamás.

La mayoría de los incidentes notificados fueron hechos por servicios de salud mental con hospitalizados y la tercera parte fueron hechos por servicios de salud mental para personas mayores. Los cuatro tipos de incidentes más comunes aparecen en el 84 % de las notificaciones de los servicios de salud mental. Estos cuatro tipos fueron: accidentes del paciente, comportamientos antisociales/agresivos, autolesiones y fuga. La mayoría de los incidentes notificados no implicaba daño, o era menor, salvo en el 2% que resultaron en daño grave o muerte. Como en otros sectores es probable que exista una significativa falta de notificación. La comparación con casos de negligencia clínica o actividad asistencial sugiere que las notificaciones, desde dispositivos comunitarios, relativos a medicación, diagnóstico y tratamiento pueden que sean particularmente menos notificados.

El análisis resalta aspectos ya conocidos como son el reto de la seguridad en agudos y los riesgos asociados a la medicación, temas ya reflejados en políticas <sup>2</sup>. Se incluyen intervenciones efectivas en la reducción del riesgo como la implantación de rieles plegables para las pero el análisis sobre todo resalta la importancia de implantar las políticas y guías existentes para la mejora de la seguridad en otras áreas tales como la seguridad sexual. A continuación aparece un recuadro con un listado de los recursos disponibles actualmente para abordar la seguridad.

## **Mejorando la seguridad del paciente en unidades de salud mental: recursos nacionales, guías e iniciativas.**

El Servicio Marco Nacional para la Salud Mental en Inglaterra <sup>1 7</sup> y Gales <sup>2</sup> proporciona una política marco para mejorar los servicios de salud mental. A continuación encontramos guías y recursos que están a disponible para ayudar a la mejora de la seguridad del paciente en servicios de salud mental.:

### **Caídas**

- Guía para prevención y evaluación de caídas en personas mayores del Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica (NICE). <sup>8</sup>

### **Agresión y violencia**

- Guía de práctica clínica para el manejo de la violencia en ingresados, NICE <sup>9</sup>
- Auditoria Nacional de Violencia y Agresión (edición 2006), Comisión de Atención Sanitaria <sup>10</sup>
- Guía para el NHS para asegurar una atención en un entorno seguro y terapéutico, Instituto Nacional para la Salud Mental en Inglaterra (NIMHE) <sup>11</sup>
- Guía para la formación en la resolución de conflictos, NHS Servicio de Gestión de la Seguridad (NHS SMS)<sup>12</sup>

### **Suicidio y autolesiones.**

- Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio en Inglaterra, Ministerio de Sanidad <sup>6</sup>.
- Recomendaciones para la prevención del suicidio de la Encuesta Confidencial Nacional sobre Suicidio y Homicidio en personas con enfermedad mental (NCISH)<sup>13</sup> y el manual del NIMHE basado en estas recomendaciones y guías.<sup>14</sup>
- Guía del NICE sobre .

### **Medicación**

- Guía del NICE sobre el uso de antipsicóticos.<sup>16</sup>
- Auditorias e intervenciones desarrolladas por el Observatorio de Prescripción para la Salud Mental-UK <sup>17</sup>

### **Seguridad de unidades de hospitalización**

- Guía del Ministerio de Sanidad para unidades psiquiátricas de agudos.<sup>18</sup>
- Guía del Ministerio de Sanidad sobre seguridad, privacidad y dignidad en las unidades de salud mental. <sup>19</sup>

### **Seguridad sexual**

- El Ministerio de Sanidad, el NIMHE y el Ministerio de Interior han desarrollado Directrices para el Desarrollo de Centros de Referencia en Agresión Sexual (SARCs), publicadas en octubre de 2005 <sup>20</sup>, como parte del Programa de Prevención de Víctimas de Violencia y Abusos.
- Estrategia en Salud Mental de Mujeres, Ministerio de Sanidad <sup>21</sup>

Este informe también identifica donde se ha de trabajar más y dónde se existen más necesidades. Mensajes claves y acciones para los servicios locales son identificados a través de este informe. El siguiente recuadro resume las acciones para los servicios locales y más adelante (en página 12) encontramos las acciones para la NPSA.

## Resumen para los servicios locales: mensajes claves y recomendaciones.

### Accidentes de pacientes

- El NHS debe entender y asumir el alto riesgo de caídas entre la gente mayor que utiliza servicios de salud mental. Para establecer y evaluar su estrategia de prevención de caídas utilizará las notificaciones a nivel local.
- Las estrategias en prevención de caídas deberían ser introducidas rutinariamente en las instalaciones de salud mental para personas mayores, en línea con los Servicios Marco Nacionales para personas mayores en Inglaterra (estándar 6)<sup>22</sup> y , las recientes revisiones sistemáticas de la evidencia en prevención de caídas de personas mayores con demencia o impedimento , y directrices del .
- A los pacientes con riesgo de caída se les ofrecerá múltiples intervenciones dirigidas a reducir los factores de riesgo y crear un entorno más seguro. Los pacientes que hayan sufrido una caída requieren mayor intervención para reducir las probabilidades de futuras caídas.
- Personal, pacientes y familiares han de discutir y acordar el equilibrio entre supervisión y privacidad de los pacientes con alto riesgo de caída, en áreas como baños y aseos.
- El personal deberá animar a los pacientes a discutir sus experiencias y temores tras una caída y hablar sobre qué ha ocurrido y así desarrollar estrategias en prevención.

### Comportamiento agresivo o antisocial

- La violencia y la agresión en las unidades de salud mental es un tema complejo, con variedad de antecedentes, comportamientos y consecuencias. Sin embargo está claro que la violencia es una de las grandes preocupaciones tanto para el personal como para los pacientes. En particular los usuarios a menudo se sienten inseguros, a pesar de que el objetivo sea proporcionar un entorno seguro y terapéutico.
- Los datos proporcionados por el NRLS revelan poca información sobre cómo se manejaron los incidentes violentos y cómo fueron revisados. La directriz NICE requiere unidades de hospitalización para llevar a cabo revisiones posteriores al incidente de cara a sacar conclusiones, así mismo requiere personal de apoyo, para la gestión de futuros .
- Hay proyectos nacionales en marcha para ayudar al personal a prevenir y manejar la violencia de forma segura y terapéutica (ver página 36-37).
- Las unidades de hospitalización implementarán la directriz , la directriz sobre manejo de violencia de la y NHS y participará en la Auditoria Nacional de Violencia realizada por la Comisión de Atención Sanitaria <sup>10</sup>.

## Seguridad sexual

- Es necesario ser consciente de la gran vulnerabilidad sexual del paciente mental ingresado y de la mayor necesidad de protección, en línea con la norma . Esto debería de cubrir tanto el comportamiento activo de los pacientes en crisis, como de su exposición al ataque de otros pacientes.
- El riesgo a un comportamiento sexual inapropiado o la vulnerabilidad ante el acoso sexual debe ser considerado como parte de la evaluación inicial del paciente y re-evaluarse periódicamente incluyendo los episodios de violación, abuso sexual a menores y agresiones sexuales. Esta evaluación debe tener en cuenta que tanto hombres como mujeres ya que corren el mismo riesgo.
- Las denuncias de acoso sexual o comportamiento sexual inapropiado reportadas por los pacientes han de ser tomadas en serio y, en particular, las denuncias de violación han de ser investigadas.
- Debe haber información clara disponible en la unidad, tanto para los pacientes como para el personal, de que la violación o abuso sexual son delitos que serán denunciados a la policía.
- Todas las unidades de salud mental en Inglaterra, serán auditadas y revisadas para asegurarse de que cumplen con los requisitos del Ministerio de Sanidad. Las políticas locales y procedimientos y el personal de vigilancia ayudarán a maximizar la seguridad del paciente. Siempre que sea posible habrá pabellones separados por . Los lavabos y los baños deberán estar diferenciados por sexos.
- Cuando haya una gran demanda de camas, no se admitirán en los pabellones pacientes del sexo contrario.
- Las unidades deberán proporcionar información y servicios apropiados para contracepción, embarazo y salud sexual. Esta información debería incluir discusiones, consejo, carteles informativos y derivar a planificación familiar cuando sea posible.

### **Autolesiones y suicidio**

- Los servicios de salud mental deben tener estrategias de prevención del suicidio y controlar su implantación.
- Los servicios de salud mental deben auditar anualmente las unidades de hospitalización para controlar riesgos medioambientales de suicidio y remediarlo o prevenirlo si es posible.
- Aun instalados los rieles plegables para cortinas ha sido notificado un caso de suicidio.
- Las personas que intentan suicidarse o autolesionarse suelen mostrar gran determinación en ello sin embargo alguno de estos incidentes suelen ser avisados, de alguna forma, previamente.
- El personal debe desarrollar relaciones de confianza con los pacientes de forma que aquellos que tengan sentimientos suicidas o deseos de autolesión pueden hablar abiertamente sobre como se siente y así poder elaborar estrategias conjuntas, paciente personal, para encauzar esos sentimientos y comportamientos.
- Se debe realizar una evaluación personalizada del riesgo de suicidio de todo paciente ingresado, particularmente de aquellos con tentativas o episodios de autolesión previas o que expresan sentimientos suicidas.
- Las autolesiones no suicidas, aunque no suelen ser fatales, son señales de socorro del paciente, aparecen en gran número de incidentes de seguridad del paciente y por todo ello debe considerarse como parte de la estrategia de seguridad del paciente de salud mental.

### **Fuga y desaparición de pacientes**

- Se consideran incidentes de seguridad del paciente a causa de la vulnerabilidad y el riesgo que conlleva para el propio paciente y para otras personas. Los pacientes pueden desaparecer incluso cuando estén bajo observación o acompañados.
- Una auditoria del entorno debe ser hecha en las unidades de hospitalización para establecer el riesgo de salir de la unidad sin conocimiento del personal. Hay que buscar un equilibrio entre éste riesgo y la seguridad antiincendios y los derechos de acceso y salida del paciente.
- Los planes de atención al paciente deben incluir una evaluación del riesgo de fuga y un plan desarrollado con el usuario, conocido por el personal incluso el no sanitario, de cómo abordar ese riesgo.
- El análisis de la causa de la fuga, o desaparición, puede dar información al médico sobre paciente vulnerables .

## Medicación

- Los incidentes que implican medicación son especialmente importantes por los riesgos inherentes de la medicación psicotrópica
- La medicación prescrita para el tratamiento de la enfermedad mental es un factor sustancial en el número de muertes por envenenamiento.
- Los pacientes con medicación psicotrópica no suelen tener un adecuado seguimiento de los efectos adversos. Hay ejemplos de buenas prácticas para su mejora (Pág. 56).
- Medicación con baja toxicidad debería ser prescrita a pacientes con riesgo de suicidio y seguirse la norma NICE <sup>16</sup> sobre uso de drogas antipsicóticas.

El trabajo del NPSA sobre salud mental (ver recuadro siguiente) aborda muchas de las cuestiones identificados en este informe. El NPSA está en proceso de priorizar proyectos en soluciones de seguridad y está considerando otros relacionados con salud mental.<sup>25</sup>

## Resumen de las iniciativas del NPSA y trabajos relacionados con salud mental

- **Pabellones más seguros para pacientes psiquiátricos agudos (SWAP):** proyecto a dos años vista, comenzó en 2004, dirigido a la mejora del conocimiento de los aspectos de la seguridad del paciente en las unidades de agudos y al desarrollo de intervenciones dirigidas a estas unidades. Actualmente están siendo desarrolladas intervenciones relacionadas con el entorno, a la presencia visible del personal y la implicación de los usuarios en su propia seguridad. (ver Pág. 30).
- **Proyecto NIMHE/NPSA para el manejo de la violencia y agresividad:** el proyecto proporciona un servicio de consulta y consejo al Ministerio de Sanidad, Centros de Desarrollo Regional, Fundaciones del NHS y particulares. Los temas sobre los que proporciona este servicio son: presentación, formación y práctica que asegure la seguridad y el manejo terapéutico de la violencia o agresiones en unidades de agudos (ver pág. 36)
- **Proyecto en medicación psicotrópica:** desarrolla alertas en seguridad del paciente o atención a una práctica más segura para una mejor y apropiada monitorización de efectos secundarios de antipsicóticos atípicos en servicios de salud mental comunitario.
- **Proyecto metadona del NPSA, Real Sociedad Farmacéutica del Reino Unido y Agencia Nacional del Tratamiento:** investigación sobre el papel del consumo supervisado de metadona para reducir la prevalencia de sobredosis de drogas.
- **Análisis agregado de las causas básicas del suicidio;** la NPSA está estableciendo un proyecto para utilizar el análisis agregado de las causas básicas del suicidio para identificar causas subyacentes comunes del suicidio.

## Resumen de acciones para la NPSA

La NPSA continuará trabajando para mejorar la seguridad del paciente de salud mental a través de:

- La revisión y análisis del NRLS y otros datos sobre incidentes en seguridad del paciente.
- Trabajando con las instituciones para mejorar las notificaciones de incidentes.
- Facilitar las conclusiones del NRLS para compartir lo aprendido en el NHS.
- Desarrollo y diseminación de soluciones a nivel nacional.
- Trabajar en colaboración con organizaciones nacionales para la mejora del entendimiento de los temas de seguridad del paciente y apoyo a las mejoras en los servicios.

Como resultado de los incidentes reportados al NRLS, el NPSA establecerá un programa de análisis global de las causas de los incidentes de seguridad sexual y trabajará con el NIMHE sobre futuras acciones para mejorar la seguridad.

La NPSA tiene en curso un programa de trabajo para la mejora de la calidad de los datos aportados al . Sabemos por investigaciones internacionales sobre notificación de incidentes que la realimentación es clave para la mejora de la calidad de los datos y esperamos que la publicación de este informe proporcionará una base para futuras mejoras en la calidad de los datos y su notificación.

La NPSA también revisará la normativa entregada a los informadores sobre la clasificación en graduación de daños a la hora de notificar incidentes en seguridad del paciente y también proporcionará ejemplos relevantes a las unidades de salud mental, en particular sobre el impacto psicológico. Otro apartado de la documentación de la NRLS incluirá en como completar los cuestionarios.

# Primera Parte

## Notificación de incidentes y el Observatorio de Seguridad del Paciente

Este es el segundo informe del Observatorio de Seguridad del Paciente de la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (NPSA). El primer informe – *Construyendo una memoria: prevención de daños, reducción de riesgo y mejora de la seguridad del paciente* – fue publicado en julio de . Proporcionó un análisis de los incidentes notificados al NRLS y definió el papel del Observatorio a la hora de delinear la información sobre la seguridad del paciente procedente de distintas fuentes con el objeto de aumentar el conocimiento y la habilidad de mejorar dicha seguridad. Este segundo informe hace un análisis en profundidad de las cuestiones de la seguridad del paciente que son relevantes para los servicios de salud mental.

### El papel de la NPSA

La NPSA fue creada en 2001 para realizar cambios a nivel nacional en la mejora de la seguridad del paciente dentro del NHS. La NPSA:

- Identifica tendencias y patrones en los incidentes utilizando los datos del NRLS y otras fuentes.
- Proporciona herramientas a los profesionales para entender las causas subyacentes de los incidentes y así poder actuar sobre ellos como por ejemplo el manual para el análisis de causa básica <sup>27</sup> y el Árbol de Decisión del .
- Desarrolla soluciones a nivel nacional como por ejemplo la campaña nacional para la mejora de la higiene de manos en hospitales ( ).

La NPSA esta trabajando en 47 proyectos de desarrollo de soluciones a problemas de .

En 2005 la NPSA asumió nuevas responsabilidades y ahora también es responsable de apoyar a organizaciones locales en el abordaje de la actuación individual de médicos y dentistas; asegurando que las investigaciones son realizadas correctamente; velar por la seguridad en la alimentación, limpieza y diseño de hospitales y finalmente gestionar los contratos con las tres Encuesta Confidenciales.

La notificación de los incidentes de seguridad del paciente es esencial para la mejora de la seguridad. Una de las funciones clave del NPSA ha sido el desarrollo del NRLS para recoger las notificaciones de incidentes y sus causas. La notificación permite identificar tipología y causas de los problemas de seguridad de forma que se puedan generar soluciones prácticas en la prevención de daños a los pacientes <sup>31 32</sup>

Puede encontrar más información acerca de la NPSA en nuestra página web [www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk)

### El Observatorio de Seguridad del Paciente

Aunque la notificación de incidentes es fundamental para entender la seguridad del paciente en sí mismos no nos dicen todo lo que necesitamos saber. Hay varias causas para ello: primero los sistemas de notificación no son exhaustivos debido a la parcialidad en la tipología de los incidentes y a la existencia de varios tipos de sistemas de notificación. Por ejemplo, en Reino Unido, además del NRLS hay otros sistemas para notificar incidentes con material médico,<sup>33</sup> efectos adversos de fármacos,<sup>34</sup> infecciones asociadas a los cuidados sanitarios <sup>35</sup> y suicidio y homicidio en personas con enfermedad mental <sup>13</sup>. Incidentes serios son raros y la información sobre ellos es a menudo distribuida a través de sistema de salud.

Con el objeto de lograr un conocimiento más preciso de la seguridad del paciente y reducir riesgos en todos los sectores del sistema el NPSA ha desarrollado el Observatorio de Seguridad del Paciente en colaboración con numerosos socios de dentro y fuera del NHS.

La principal función del Observatorio es cuantificar, caracterizar y priorizar temas relativos a la seguridad del paciente para dar apoyo al NHS en hacer la asistencia sanitaria más segura. El Observatorio nos permite tener en cuenta numerosos datos e información de forma que podamos identificar y monitorizar tendencias en los incidentes en seguridad del paciente y así priorizar áreas de acción. Para ampliar información acerca del Observatorio acuda al apéndice de éste informe.

## **El Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje**

El NRLS es el principal mecanismo de recopilación de información sobre incidentes en seguridad del paciente para el NPSA en Inglaterra y Gales. El formulario del NRLS está diseñado para recoger la información de un solo incidente en seguridad del paciente tan pronto como ocurre. Se centra en qué, cuándo y cómo ocurrió, las características del (los) paciente(s) afectado(s) (edad, género y étnia) y el resultado tanto para el paciente como para el personal involucrado en el incidente y/o notificación. También se recoge información extra sobre incidentes causados por medicación e instrumental médico. El formulario también incluye factores que podrían haber prevenido el daño. Se permite añadir texto libre, si se desea, para explicar en detalle el evento. En el apéndice de este informe encontrará más información sobre el NRLS y de cómo se notifican los incidentes. El primer informe del Observatorio analizaba datos aportados al NRLS hasta marzo del 2005.<sup>5</sup> El análisis aquí hecho actualiza los datos hasta marzo de 2006. Ésta actualización puede encontrarse en el sitio web del NPSA.<sup>36</sup>

## **En relación a este informe**

El NRLS es el primer sistema nacional de notificación en su clase del mundo. Recoge datos de todos los dispositivos de salud y proporciona una plataforma para desarrollar soluciones, nacionales, para los problemas en seguridad del paciente y para identificar prioridades para el NPSA y ampliar los servicios sanitarios. Este informe es parte de un programa de trabajo de explotación de datos/información dentro del NRLS y proporcionar una realimentación para aquellos que proporcionan información. El NPSA está comprometido a llevar a cabo análisis temáticos de incidentes en diferentes sectores o temas. Este documento es el primero en hacer este abordaje temático y centrarse en la salud mental.

El informe incluye información de otras fuentes y organizaciones; el Observatorio de la Seguridad del Paciente utiliza datos del NRLS junto con otra información que permite maximizar su valor. Con este abordaje podemos estar seguros de contribuir a una mejor comprensión de aspectos clave en seguridad del paciente que nos llevará a soluciones sólidas y sostenibles.

El informe recoge conclusiones relativas a incidentes en salud mental notificadas al NRLS desde noviembre de 2003 hasta finales de septiembre de 2005. Se incluye aquellos incidentes que fueron notificados desde dispositivos considerados de salud mental.

La 2ª parte del informe proporciona una panorámica de los incidentes notificados al NRLS desde los servicios de salud mental. La 3ª parte se centra en incidentes específicos y proporciona ejemplos de cómo la información del NRLS se están utilizando para la mejora de la seguridad del paciente. En el informe aparecen resultados del NRLS y otras fuentes o publicaciones en sintonía con el modelo del Observatorio de la Seguridad del Paciente (página 61).

# Segunda Parte

## Panorama de los incidentes en seguridad del paciente de salud mental

### Comprensión de los datos

Esta sección trata de cómo definir y categorizar los incidentes de salud mental y cómo interpretar esa información.

### ¿Qué es un incidente en seguridad del paciente de salud mental?

La NPSA lo define como *“todo incidente no intencionado o inesperado que pueda o haya ocasionado daño para uno o más pacientes que reciben atención en el NHS”*<sup>37</sup>. Esta definición incluye errores en el tratamiento o los cuidados que no dañaron a los pacientes. Se incluye incidentes donde el problema fue identificado y posteriormente rectificado de forma que evitara cualquier efecto sobre el paciente. En otros casos el incidente puede no haber sido detectado hasta tiempo después del tratamiento y, aunque el paciente estuvo en riesgo, no hubo daño.

Como ocurre con todos los incidentes notificados al NRLS, los precedentes de unidades de salud mental pueden variar en términos de predicción y prevención. Por ejemplo mientras un evento puede ser adverso, puede no ser inesperado. La autolesión, entre enfermos mentales, puede ser un ejemplo de esto. De la misma forma que ciertos incidentes como puede ser el comportamiento agresivo puedan ser estar más relacionados, en principio, con el personal que con otros pacientes. El análisis hecho en este informe está basado en aquellos incidentes que fueron notificados al NPSA hasta finales de septiembre de 2005. Es vital hacer un buen uso de la información a la vez que reconocer las limitaciones derivadas por la variabilidad de la calidad de los datos. Existe un programa de trabajo con el NHS para que la calidad de la notificación de incidentes se mejore y sea más completa.

### ¿Cómo se gradúan los incidentes en seguridad del paciente?

Está claro que existe un amplio espectro, en términos de tipo y severidad, en la notificación de incidentes. A continuación encontramos la clasificación del NRLS según el grado de daño al paciente.

## Definición de grado de daño

### Incidente (no harm)

- Impacto prevenido: todo incidente que tiene potencial de causar daño pero es prevenido, por lo que no causa daño
- Impacto no prevenido: todo incidente con potencial de daño, no prevenido, pero que no causa daño ninguno a la(s) persona(s) que reciben atención del NHS.

### Efecto Adverso Leve (Low harm)

Todo incidente en seguridad del paciente que requiera observación extra o tratamiento menor y causa un daño mínimo a la(s) persona(s) que reciben atención del NHS.

### Efecto Adverso Moderado (Moderate harm)

Todo incidente en seguridad del paciente que requiera tratamiento mayor y causa una lesión, aunque no es permanente, a la(s) persona(s) que reciben atención del NHS.

### Efecto Adverso Grave (Severe harm)

Todo incidente en seguridad del paciente que causa una lesión permanente a la(s) persona(s) que reciben atención del NHS.

### Muerte (Death)

Todo incidente en seguridad del paciente que causa la muerte a la(s) persona(s) que reciben atención del NHS.

## Como interpretar los datos de NRLS

Existen una serie de precauciones al interpretar estos datos

- NHS ha estado proporcionando datos al NRLS en distintos periodos de tiempo, por lo que los datos pueden no ser representativos de la ratio de incidentes para toda Inglaterra y Gales.
- Investigaciones internacionales sugieren que los incidentes con agudos en hospitales generales suelen ser menos notificados y resulta razonable pensar lo mismo de los datos de los servicios de salud mental.
- Notificaciones hechas a los sistemas locales de gestión de riesgo puede que no recojan todo tipo de incidentes en especial cuando los cuidados son proporcionados fuera del hospital. El mayor número de incidentes son notificados desde unidades de hospitalización a pesar de que la mayor parte de la atención se hace a través de servicios de salud mental comunitarios. Además hay mayor predisposición de notificar los incidentes mas graves.
- Los datos son confidenciales. El NPSA no tiene interés en identificar ni a los profesionales ni a los pacientes. Sin embargo se sigue una serie de pasos para maximizar la calidad de la información como por ejemplo revisando duplicidad en la notificación o especial tratamiento con la información precedente de pequeñas instituciones.
- Las notificaciones suelen hacerse inmediatamente después de producirse el incidente pero antes de su investigación de ahí que la información no sea completa sobre el incidente debido a que no se ha realizado la pertinente investigación como por ejemplo un análisis de las causas base.
- En este análisis no se incluyen notificaciones del público general o de pacientes. Se comenzó a hacer en abril del 2006 a través de un formulario online.<sup>38</sup>

- Un alto número de notificaciones desde un determinado dispositivo no implica necesariamente que tenga mayor número de incidentes. De hecho puede significar un mayor nivel de notificación. Los organismos con mayor número de notificaciones suelen tener mayor cultura de seguridad del paciente lo que conlleva mejores notificaciones y mayor aprendizaje de los mismos.
- Algunas de las notificaciones hechas desde los sistemas locales de gestión del riesgo pueden no ser incidentes en la seguridad del paciente técnicamente. Por ejemplo, muerte por causas naturales ocurridas en el hospital o muertes inesperadas suelen ser notificadas a estos sistemas de gestión, con objeto de auditorías locales, y de ahí al NRLS.
- Hay cierta probabilidad de que se incluyan incidentes en que el impacto sobre el paciente no está claro o que pudiera haber sido evitado: los suicidios suelen ser notificados a los sistemas locales de gestión del riesgo en casos en que no podrían haber sido evitado por los servicios de salud mental.
- El grado de detalle varía según el lugar, por ejemplo algunas organizaciones o sistemas locales de recogida de datos no consideran ciertos factores o el origen étnico del paciente. Hasta el momento no hay información suficiente sobre la edad y género de los pacientes para poder analizar esa información pero la calidad de los datos demográficos está mejorando.

## **Contexto: servicios de salud mental**

A los servicios de salud mental se accede desde atención primaria y especializada. En Inglaterra la mayoría de los servicios se proporcionan a través de 65 organizaciones especializadas en salud mental. En algunas zonas la atención primaria es la mayor dispensadora de servicios de salud mental a adultos y en otras dispensa esos servicios a población específica como son los ancianos. En Gales los servicios de salud mental lo proporcionan una organización de atención primaria y otras 10 organizaciones mixtas, que atienden a agudos y proporcionan servicios comunitarios. Los cambios más importantes en los últimos años en los servicios de salud mental han sido el desarrollo de los servicios comunitarios y especialmente la integración de la salud y los servicios sociales para personas con problemas de salud mental de larga duración. Los servicios hospitalarios mantienen un gran componente para agudos cuyas necesidades de atención no pueden ser atendidos con servicios comunitarios o residenciales.

## Cuestiones sobre seguridad del paciente aportados por los servicios de salud mental

El informe recoge el análisis de incidentes notificados desde dispositivos considerados de salud mental. Esta estrategia de notificación permite aceptar distintos tipos de fuentes que tengan en común que proporciona atención a la salud mental aunque provengan de servicios para pacientes con problema de aprendizaje pero con especialidad en salud mental. En éste documento todo incidente que cumpla con este criterio de inclusión se considera incidente de salud mental.

Hasta finales de septiembre de 2005 116 organizaciones han notificado casos bajo este criterio. La Tabla 1 muestra número de incidentes y porcentajes según tipo de organización. El número de notificaciones y organizaciones que proporcionan notificaciones crecen rápidamente a lo largo del 2005 en la misma línea que el resto del NHS.

**Tabla 1: incidentes en salud mental notificados al NRLS según tipo de organismo**

Tipo de organización	Nº Organizaciones	Incidentes notificados al NRLS		Organizaciones notificando al NRLS		Organizaciones que notifican incidentes en salud mental	
		Número	%	Número	%	Número	%
Salud mental(Inglaterra)	65	3.6018	81,1	50		77	
Atención primaria(Inglaterra y Gales)	322	5.679	12,8	48		15	
Combinados de agudos y comunitarios (Gales)	10	1.282	2,9	8		80	
Problemas de aprendizaje (Inglaterra)	3	1.245	2,8	3		100	
Otras	207	205	0,5	7		3	

Fuente: base de datos de incidentes notificados al NRLS hasta finales de septiembre de 2005

Los cuatro tipos de incidentes en salud mental más notificados fueron:

- Accidentes de pacientes (tipo resbalones, caídas y tropezones);
- Comportamiento agresivo o antisocial
- Autolesiones
- Fugas y desapariciones

Entre todos suman el 84 % de todas las notificaciones (tabla 2).

**Tabla 2: tipo de incidentes notificados al NRLS**

Tipo de incidente	Número	% total
Accidente	15.517	34,7
Comportamiento agresivo, antisocial	10.467	23,4
Autolesiones	7.726	17,3
Fuga	3.827	8,6
Medicación	1.648	3,7
Infraestructura (personal, instalaciones, entorno...)	1.034	2,3
Accesos, admisión, traslados, altas	947	2,1
Abusos al paciente (por una 3ª parte *)	558	1,2
Consentimiento, comunicación, confidencialidad	316	0,7
Tratamiento, procedimiento	224	0,5
Implantación de cuidados y seguimiento/revisión	160	0,4
Documentación (incluye historial, identificación)	118	0,3
Valoración clínica (incluye diagnóstico, scanner, analíticas,)	74	0,2
Equipo médico	66	0,1
Control de infecciones	32	0,1
Otros o desconocidos	1.942	4,3
<b>Total</b>	<b>44.656</b>	<b>100,0</b>

Fuente: base de datos de incidentes notificados al NRLS hasta finales de septiembre de 2005

\* Esta categoría cubre gran número de incidentes, desde comentarios a contacto físico.

## Procedencia de las notificaciones al NRLS

El patrón de los tipos de incidentes notificados refleja el hecho de que más del 83 % de los incidentes en seguridad del paciente de salud mental proceden de unidades de agudos.

**Tabla 3: lugar de notificación al NRLS de los incidentes**

Lugar del incidente	Número	% total
Unidades de hospitalización de salud mental	37.197	83,3
Unidades de salud mentales, zonas comunes	1.414	3,2
Comunidad terapéutica	1.411	3,2
Residencias con programa de cuidados	968	2,2
Hospital de día	800	1,8
Domicilio particular	579	1,3
Lugar público	533	1,2
Hogar de ancianos	496	1,1
Consulta externa de psiquiatría	168	0,4
Otros	1.090	2,4
<b>Total</b>	<b>44.656</b>	<b>100.0</b>

Fuente: base de datos de incidentes notificados al NRLS hasta finales de septiembre de 2005

A través del Observatorio de Seguridad del Paciente hemos podido utilizar un amplio abanico de fuentes de datos que nos han permitido localizar las notificaciones de incidentes según el dispositivo que lo ha proporcionado. Durante 2003-2004, hubo 16.250 admisiones hospitalarias por enfermedad mental en Inglaterra.<sup>3</sup> El número de individuos es menor puesto que hay personas con varias admisiones. En contraste, 1.044.340 personas recibieron algún tipo de atención psiquiátrica.<sup>39</sup> A la luz de esta información se constata que hay una desproporción en los incidentes notificados desde unidades de hospitalización. Varios factores pueden contribuir a ello.

En primer lugar, los incidentes pueden ocurrir más a menudo en unidades de hospitalización dado que es donde se proporcionan cuidados a pacientes en las etapas más críticas de su enfermedad a la vez que en un momento en que requieren cuidados de emergencia. Estas unidades acogen a personas con riesgo de suicidio o autolesión, desequilibrados o potencialmente agresivos o que hayan sido ingresados bajo la Ley de Salud Mental en contra de su voluntad y por tanto susceptible de dejar la unidad sin notificar al personal. Otro factor que pueda contribuir al comparativamente alto número de incidentes notificados desde unidades de hospitalización es la coexistencia de pacientes de alcoholismo o abuso de drogas junto con enfermos mentales(ver página 35).

También puede existir cierta tendencia a notificar incidentes menores puesto que el personal de unidades de hospitalización tiene más fácil acceso a sistemas de notificación. Del mismo modo que el personal hospitalario pueda estar más atento a posibles incidentes que el personal de dispositivos comunitarios donde no están en contacto continuo con el usuario de forma que incidentes tales como autolesiones puedan ocurrir sin conocimiento del cuidador.

La encuesta nacional es una importante fuente de información para el Observatorio de Seguridad del Paciente. La encuesta entre los profesionales del NHS de 2004 indica que hay considerables diferencias en la cultura de notificación según el grupo profesional (tabla 4). El personal de enfermería es el que más probablemente notifique el incidente cuando lo detecte, que sepa cómo notificarlo, que crea que la dirección aliente a notificar, cuide la confidencialidad de la notificación y actúe para prevenirla. Los profesionales de mutualidades tienen mucha menor conciencia de los incidentes y menos conocimiento de los sistemas de notificación de incidentes. La concienciación del personal médico muestra un nivel similar al de enfermería aunque consideran que es menos probable que la dirección aliente la notificación de incidentes.

**Tabla 4: diferencias en grado de conciencia de errores o incidentes y cultura de notificación entre grupos de personal en instituciones de salud mental**

	Enfermería	Profesionales de Mutuas	Personal Médico	Todo personal (incluido no sanitario)	Nº respuestas
% de personal con al menos un error o incidente que podría ocasionar daño, en el último mes	33	21	37	27	27,377
%de personal que sabe como notificar errores o incidentes	98	88	85	93	27,753
% de personal que considera que la dirección les anima a notificar errores o incidentes	89	76	70	83	27,802
% de personal que cree que la dirección trata a la notificación de errores o incidentes confidencialmente	64	45	45	59	27,694
% de personal que cree que la dirección toma medidas para asegurar que los errores o incidentes no ocurran de nuevo	67	47	47	61	27,615

Fuente: encuesta de personal del NHS , Comisión de Atención Sanitaria, 2004

El número de pacientes afectados por un incidente según la especialidad se muestra en la tabla 5. Más del 41% recibieron cuidados en servicios de salud mental para adultos en edad laboral y más del 33% en servicios para ancianos. Las admisiones hospitalarias con edades superiores a 65 años suman 28% de todas las admisiones por enfermedad mental <sup>3</sup>, de forma que los servicios a ancianos reúnen una ligera mayor proporción de los incidentes.

Tabla 5: especialidad donde el incidente notificado ocurrió

Especialidad	Número	% del total
Salud mental adultos	18,615	41.3
Salud mental ancianos	14,947	33.1
Salud mental forense	2,056	4.6
Salud mental de niños y adolescentes	1,618	3.6
Valoración y tratamiento de otros internados	1,082	2.4
Rehabilitación en salud mental	996	2.2
Alcohol y drogodependencias	645	1.4
Otros	5,157	11.4
Total	45,116*	100.0

Fuente: incidentes de salud mental notificados al NRLS hasta finales de septiembre de 2005

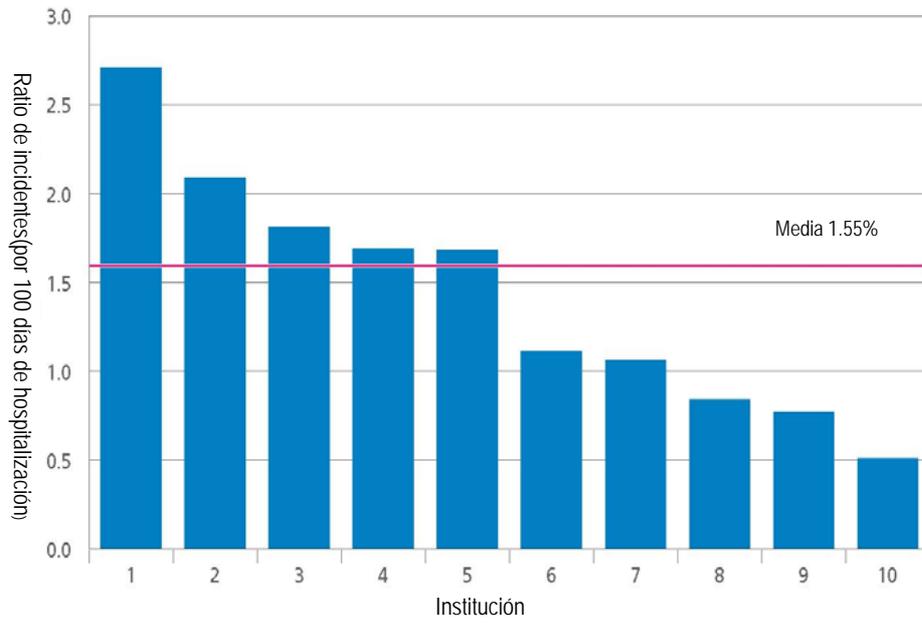
\* El total que aparece en esta tabla es mayor que tablas previas por que más de un paciente es afectado por un mismo incidente.

### ¿Cuál es la tasa de notificación y como varía a través del NHS?

La tasa de notificación y el número de instituciones que notifican ha aumentado con el tiempo. Sin embargo se procedió a un análisis más exhaustivo de la tasa de notificación basándose en los datos enviados por diez instituciones que han notificado incidentes al NRLS durante 5 meses de forma constante. El análisis incluye solo incidentes acaecidos en unidades de hospitalización debido a que de estas proceden la gran mayoría de notificaciones. Se utilizan los días de hospitalización como denominador porque las estancias de larga duración son causadas por incidentes de pacientes hospitalizados.

Las tasas de notificación de incidentes se muestran en el Diagrama 1 y un rango de 0,5 a 2,7 de incidentes por 100 días de hospitalización y una media de 1,55 incidentes.

Diagrama 1: tasa de notificación de las 10 instituciones

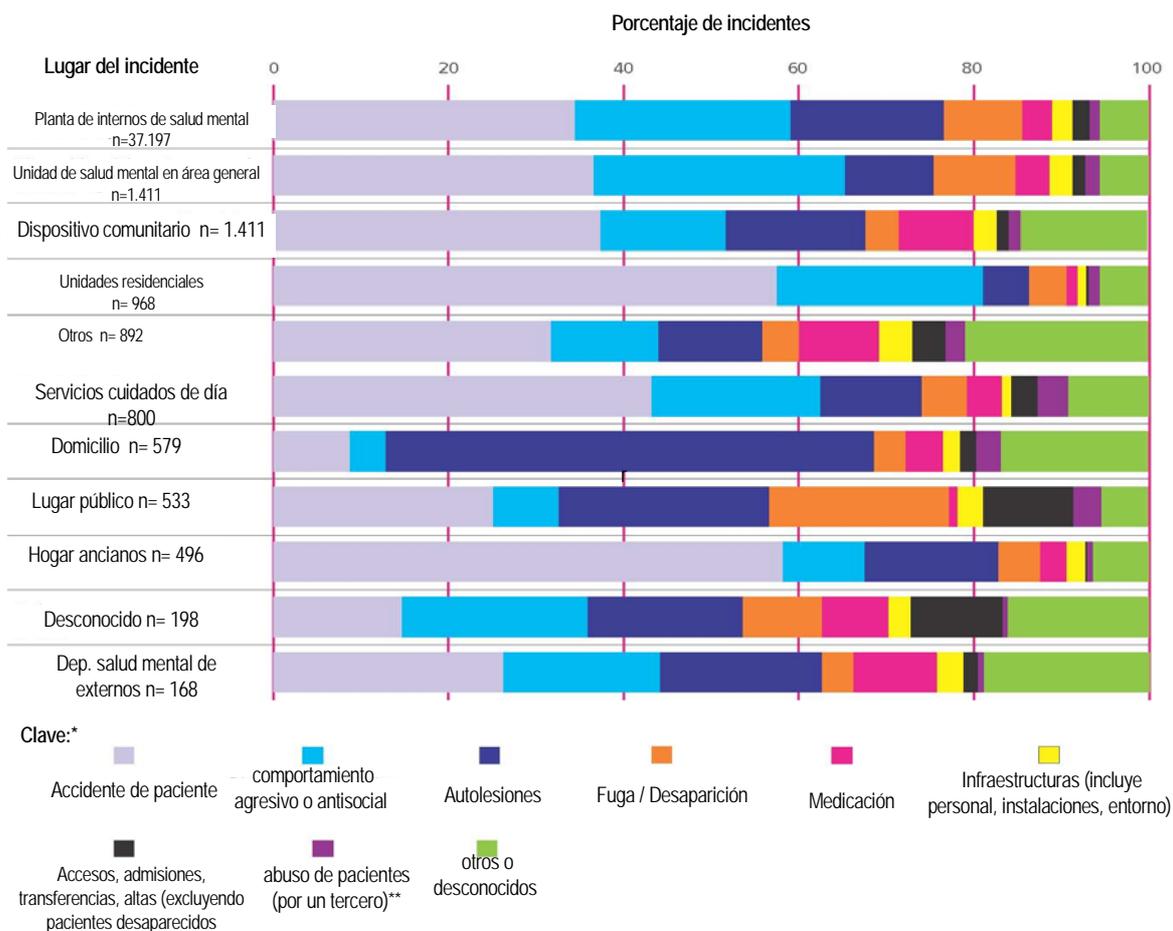


Fuente: incidentes ocurridos entre marzo y julio de 2005 notificados por instituciones de salud mental al NRLS (Estadística de episodios hospitalarios 2003). Se ha utilizado este intervalo de tiempo como el que se tarda en notificar el incidente desde que ocurre. Se ha considerado la fecha de incidente en lugar del de notificación.

## ¿Que tipo de incidentes son notificados y desde qué dispositivos/emplazamientos?

El Diagrama 2 muestra cómo el tipo de incidente varía según el lugar. Los incidentes con medicación son más usuales entre no hospitalizados o áreas comunitarias, del mismo modo las autolesiones es el incidente más notificado en hogares. La ratio de accidentes de pacientes son los más notificados en dispositivos residenciales aunque esto pueda ser debido a las condiciones físicas y mentales de los ancianos atendidos en estos dispositivos.

Diagrama 2: Tipo de incidente según localización



Fuente: incidentes en salud mental notificados al NRLS hasta fines de septiembre 2005

\* El orden del tipo de incidente en la clave refleja el orden en la tabla

\*\* La categoría cubre un amplio abanico de posibilidades desde agresión verbal a contacto físico.

## ¿Cuál es el impacto sobre los pacientes?

La Tabla 6 muestra el efecto sobre los pacientes del incidente notificado al NRLS. Más del 65% de los incidentes no conllevan daño sobre el paciente mientras que cerca de 2% ocasionaron daños severos o muerte.

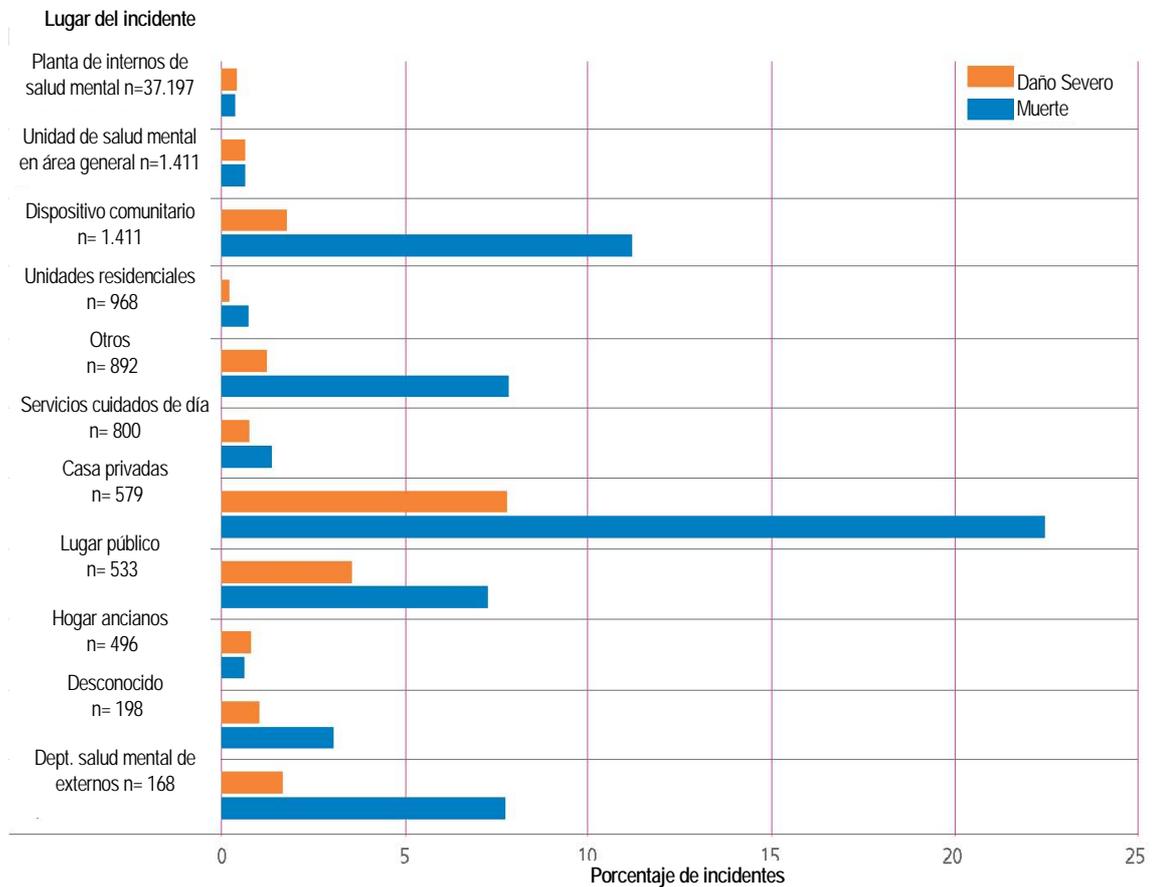
**Tabla 6: grado de daño al paciente**

Grado de daño	Numero	Porcentaje
Sin daño	29,496	65.4
Leve	12,477	27.7
Moderado	2,278	5.0
Grave	281	0.6
Muerte	584	1.3
<b>Numero total de pacientes</b>	<b>45,116</b>	<b>100.0</b>

Fuente: incidentes en salud mental notificados al NRLS hasta finales de septiembre 2005

La proporción de incidentes que terminaron en daño grave o muerte varía según el lugar donde ocurrió (Diagrama 3). Estas variaciones reflejan el contexto de la notificación: los extrahospitalarios son menos completos y con más probabilidad de ser más graves.

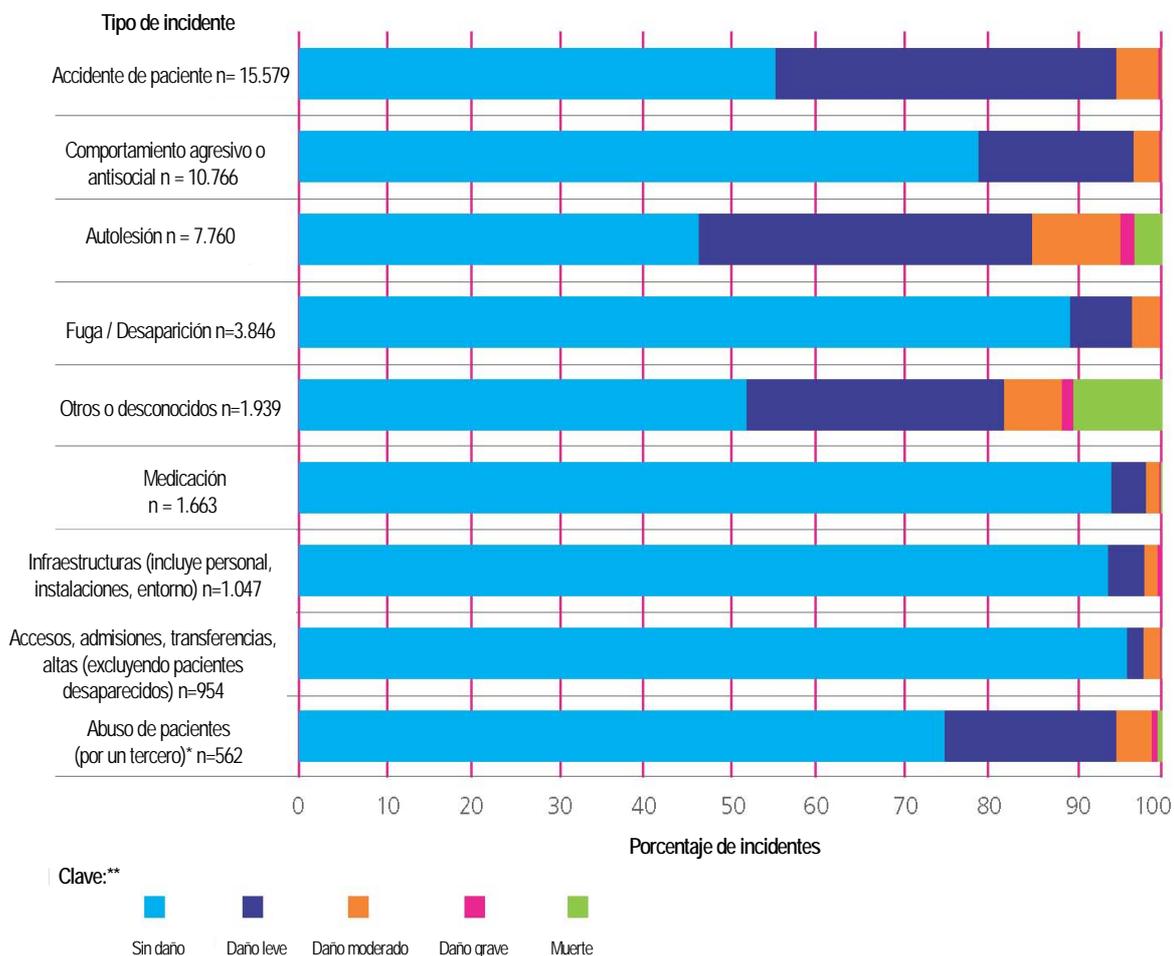
**Diagrama 3: porcentaje de incidentes graves o muertes según la localización.**



Fuente: incidentes en salud mental notificados al NRLS hasta finales de septiembre 2005

El grado de daño también varía según tipo de incidente (Diagrama 4). 'Autolesión' y 'Otros' son los tipos más frecuentes con resultado de daño grave y muerte

Diagrama 4: Tipo de incidente según grado de daño.



Fuente: incidentes en salud mental notificados al NRLS hasta fines de septiembre 2005

\* El orden del tipo de incidente en la clave refleja el orden en la tabla

\*\* La categoría cubre un amplio abanico de posibilidades desde agresión verbal a

La Tabla 7 muestra muertes notificadas al NRLS según tipo de incidente y especialidad. La categoría 'otros' recoge más de la mitad de las muertes notificadas. Esta categoría incluye notificaciones de defunciones por causa natural ocurridas en el hospital y muertes repentinas. Los servicios de salud mental proporciona cuidados a pacientes durante largos periodos de tiempo y alguno de ellos puede fallecer durante su hospitalización o estando en dispositivos comunitarios. A menudo estas muertes son registradas por los sistemas locales de gestión de riesgos, con fines de auditorías locales, y de ahí notificadas al NRLS. Muertes de pacientes que utilizan unidades para alcoholismo o drogodependencias también se notifican a los sistemas locales de gestión del riesgo: 82 de las 301 defunciones en el tipo 'otros' proceden de este tipo de unidades.

**Tabla 7: muertes notificadas según tipo de incidente y especialidad**

	Salud mental adultos	Unidad de alcoholismo / drogodependencia	Salud mental ancianos	Otras especialidades	Total
Otros	142	82	50	27	301
Autolesión	175	24	15	37	251
Accidente del paciente	8	3	6	0	17
Otros tipos	5	5	1	4	15
Total	330	114	72	68	584

Fuente: incidentes en salud mental notificados al NRLS hasta fines de septiembre 2005

### Demandas por negligencia clínica

Una función clave del Observatorio de la Seguridad del Paciente es reunir información de variedad de fuentes para lograr un mejor conocimiento de la seguridad del paciente. Desde hace tiempo se considera la negligencia clínica como fuente de información sobre daños al paciente <sup>40 41</sup>. La comparación entre los datos de negligencia y el NRLS deben ser tratados con precaución. El objeto principal de estas bases de datos sobre negligencia es respaldar demandas a la gerencia y por tanto información relevante se pierde.<sup>42</sup> Además los datos sobre negligencias provienen de demandas hechas por, o en beneficio de, pacientes mientras los incidentes en seguridad del paciente son hechas por los profesionales.

Sin embargo, el análisis de información de demandas junto con las notificaciones al NRLS y otras informaciones pueden ayudar a general una imagen mas completa sobre los temas de la seguridad del paciente. Se ha utilizado información proporcionada por la Autoridad de Litigios del NHS (NHSLA) sobre demandas a servicios de salud mental por negligencia.

La NHSLA proporcionó, inicialmente, 856 demandas fechadas desde 1995 hasta agosto de 2005. se excluyeron del análisis demandas si: el caso fue cerrado sin compensación, el caso no estaba relacionado con los servicios de salud mental o la demanda era por daños al personal o una tercera persona . Como resultado se incluyeron 514 casos en el análisis. Los incidentes se clasificaron según la tipología del NPSA en base a la descripción del incidente y otros campos disponibles (Tabla 8).

**Tabla 8 : demandas por negligencia clínica relacionadas con servicios de salud mental, elaborado en base a la clasificación de la NPSA y a los incidentes notificados al NRLS.**

Tipo de incidente	Demandas de la NHSLA		Incidentes de la NRLS
	Número	Porcentaje de todas las demandas	Porcentaje de incidentes notificados
Autolesiones	211	41.1	17.3
Evaluación clínica (incluye diagnóstico, escáner, analíticas, valoraciones)	57	11.1	0.2
Medicación	53	10.3	3.7
Abusos al paciente (por una tercera parte)*	44	8.6	1.2
Comportamiento agresivo	41	7.9	23.4
Accesos, admisión, derivaciones, altas	27	5.3	10.7
Accidentes del paciente	25	4.9	34.7
Tratamiento, procedimiento	24	4.7	0.5
Aplicación de cuidados y monitorización / revisión en curso	22	4.3	0.4
Otros / desconocidos	10	2.0	7.8
<b>Total</b>	<b>514</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Programa de Demandas por Negligencia Clínica de 1995 a 31 de agosto 2005, Autoridad de Litigios del NHS; incidentes de salud mental notificados a la base de datos del NRLS hasta final de septiembre de 2005.

\* La categoría cubre un amplio abanico de posibilidades desde agresión verbal a contacto físico.

El perfil de clasificación de incidentes de las demandas por negligencia difiere del de NRLS. En concreto.

- Hay una alta proporción de demandas relativas a autolesiones. Estas demandas generalmente son relativas a presuntos fallos en la prevención de lesiones o suicidio;
- Hay, substancialmente, más demandas relativas a valoración clínica, abusos de pacientes y medicación;
- Dos quintos de los casos de valoración clínica (22 de 57) son relativas a presuntos fallos en diagnóstico o tratamiento de problemas de salud física;
- La naturaleza del abuso no está clara en muchos de los casos (25), presuntas relaciones impropias (11 casos) y agresiones sexuales (7 casos);
- Hay relativas pocas demandas por accidente y aún menos por comportamiento agresivo.
- 44 de las demandas relativas a autolesiones implicaban a pacientes fugados o desaparecidos del pabellón en el momento del incidente.

Más detalles sobre demandas por negligencia dentro de cada categoría aparecen más adelante en este informe.

Esta sección ha proporcionado una visión panorámica de los incidentes en seguridad del paciente de salud mental notificados al NRLS junto información relevante sobre seguridad del paciente. Las conclusiones de los datos de la NRLS apoyan la evidencia de otras fuentes de que el personal hace frente a los mayores retos asegurando que las unidades psiquiátricas de agudos proporcionan un ambiente seguro y terapéutico para el cuidado <sup>10,18,43</sup>. La NPSA ha implantado el proyecto SWAP (Unidades Psiquiátricas de Agudos Seguras) para abordar la seguridad del paciente en unidades de hospitalización (ver el siguiente cuadro).

## Proyecto Para Unidades Psiquiátricas de Agudos Seguras (SWAP)

El proyecto SWAP <sup>44</sup> es uno de los aspectos más importantes del programa de salud mental del NPSA. El objetivo de este proyecto, de dos años de duración, es conocer los aspectos de seguridad del paciente en las unidades psiquiátricas de agudos y desarrollar intervenciones para poder abordarlos. Las intervenciones están siendo desarrolladas en tres áreas con soluciones implementadas en tres escenarios:

### Mejora del entorno físico

El proyecto desarrolla intervenciones que afectaran al diseño del pabellón, al ambiente, al uso del espacio y a la limpieza. Esto incluye:

- Desarrollo de relaciones con el cuidador del pabellón y personal de las instalaciones para asegurar un entorno limpio y rápida atención para reparaciones y mantenimiento;
- Observación de cómo se utiliza el espacio y como puede ser mejorado eliminando puntos ciegos y creando un ambiente más hogareño;
- Trabajar con los usuarios para mantener un ambiente agradable y apacible

### Crear una presencia visible del personal

El proyecto examina el uso del tiempo del personal y como puede ser modificado para que le permita emplear más tiempo en el cuidado directo del paciente;

- Proporcionando tiempo "protegido" para los usuarios
- Estudiar como minimizar la burocracia;
- Reducir el impacto de visitas inesperadas al pabellón;
- Utilizar el administrativo del pabellón para reducir la carga administrativa del personal sanitario;
- Implicar a los usuarios en la planificación de cuidados

### Involucrar a los pacientes en la seguridad del pabellón

El proyecto:

- Está elaborando un manual de seguridad del paciente;
- Introducción de un "sistema de amigos" por el cual usuarios de reciente alta visitan el pabellón para dar apoyo a los pacientes recientemente ingresados;
- Examinar cómo recientes directivas puedan mejorar la seguridad del pabellón.

El proyecto SWAP está trabajando con el Servicio de Gestión de la Seguridad, el Real Colegio de Enfermería y el Real Colegio de Psiquiatras en el desarrollo de un manual de auditoría de la seguridad en sala.

## Mensajes claves

- La mayoría de incidentes en seguridad del paciente de salud mental se hacen desde servicios de hospitalización.
- Los cuatro tipos de incidentes más común suman el 84% del total: accidentes, comportamiento agresivo, autolesiones y fugas o desapariciones.
- La mayoría de los incidentes notificados no implica lesión o es leve pero el 2% resulta en muerte o lesión grave.
- Un tercio de los incidentes fueron notificados desde unidades de ancianos, estas unidades suman el 28% de las admisiones
- Como en otros sectores, es probable que haya un número significativo de no-notificaciones: comparando con datos en negligencia clínica y sugiere que las notificaciones desde dispositivos comunitarios, por medicación, por diagnósticos y tratamientos puede que no todas sean notificadas.

# Tercera parte

## Incidentes en seguridad del paciente de salud mental en detalle

Esta sección explora los incidentes con mayor detalle, en concreto de los más comunes o importantes vistos en el análisis de la Segunda Parte. Incluye la revisión de comentarios aportados en el formulario de forma anónima (el NRLS no recoge identidades de paciente o del personal y por tanto los nombres que aparecen son ficticios). Se utiliza información de otras muchas fuentes junto a los datos de la NRLS.

El principal enfoque es sobre los pacientes ingresados dado que de esos dispositivos es de donde proceden la mayor parte de las notificaciones. El propósito de las unidades de agudos es proporcionar lugar seguro y terapéutico para los usuarios que están en el estadio más grave y vulnerable de su enfermedad.<sup>18</sup> En las 3 últimas décadas, el énfasis de la política de los servicios de psiquiatría ha sido tratar a las personas en su casa y dentro de sus comunidades: el número de admisiones en hospitales para enfermos mentales en Inglaterra ha disminuido de 203.760 en 1997-98 a 162.250 en 2003-04.<sup>3</sup> Una consecuencia de ello es que el umbral para admisión en agudos es tal que la mayoría de personas en las unidades de agudos tienen enfermedad mental grave y/o problemas de comorbilidad por abuso de sustancias o desorden de personalidad. En algunos casos los pacientes pueden ponerse en riesgo a sí mismos y a otros.

Se detalla en cada sección como el NPSA está trabajando con otras organizaciones para abordar los problemas identificados y cómo los servicios, locales y nacionales, pueden hacer más para mejorar la seguridad de este grupo de pacientes.

### Accidentes de pacientes

Los accidentes de pacientes son el tipo de incidente más común de los notificados al NRLS sumando 15.517 de un total de 44.656 incidentes (34,7%). La Tabla 9 desglosa el tipo de accidentes que han sido notificados.

Tabla 9: accidentes de pacientes

Tipo de accidente	Número	Porcentaje
Resbalones, caídas y tropiezos	12,550	80.9
Choque / golpe con un objeto	1,441	9.3
Exposición al frío o calor (incluye fuego)	658	4.2
Contacto con objetos cortantes (incluye agujas)	247	1.6
Accidente de tráfico con ambulancia / atropello	12	0.1
Exposición a sustancias peligrosas	83	0.5
Tratamiento / manejo inadecuado del paciente	58	0.4
Otros	468	3.0
<b>Total</b>	<b>15,517</b>	<b>100.0</b>

Fuente: incidentes en salud mental notificados al NRLS hasta fines de septiembre 2005

Cerca del 95 % de los accidentes de pacientes resultaron sin lesión o fue leve. En mucho de ellos se proporcionó detalles de lo ocurrido y algunos de los accidentes ocurrieron cuando el personal no estaba presente por lo que no está claro que ocurrió realmente. En consecuencia el análisis solo proporciona información sobre subgrupos de incidentes (los que incluyan descripciones detalladas) los cuales puede que no sean representativos del total. Sin embargo surgió una serie de cuestiones de este subgrupo.

En primer lugar, varias caídas tuvieron lugar en dispositivos para ancianos y tuvieron lugar al utilizar los lavabos y a menudo sin personal presente:

“Sr. Williams se encontraba sentado en el suelo, junto al retrete”

“Se oyó gritar a Mary y al acudir se la encontró sentada en el suelo de su habitación en un charco de orina”

“Lawrence estaba utilizando el servicio, poco después se oyó un golpe de la puerta del baño contra la pared. Posiblemente perdió el equilibrio, se le examinó inmediatamente y se encontró sangre en la coronilla”.

En una selección aleatoria de 200 incidentes clasificados como accidentes, 26 (13%) estaban relacionados con el uso del baño o servicio lo que sugiere que estas caídas podrían ser objeto de estudio dentro de las caídas.

Los pacientes con demencia son particularmente vulnerables a las caídas no solo por los problemas cognitivos sino porque la demencia dificulta andar y mantener el equilibrio.<sup>24</sup> Sin embargo el riesgo es un elemento básico de la rehabilitación y los pacientes, sus familias y NHS tienen que sopesar las medidas que pueden reducir el riesgo de caídas con su impacto sobre los derechos, deseos y calidad de vida de los pacientes.

La evidencia sugiere que las intervenciones múltiples dirigidas a reducir factores de riesgo, individuales y ambientales, suelen ser efectivas en la reducción de caídas de ancianos, incluyendo a los que padecen demencia, en zonas hospitalarias.<sup>8,24</sup>

Los datos de la NRLS procedentes de todos tipo de dispositivos sugieren que cerca del 89% de las caídas no ocurren en presencia del personal u otra persona. Una análisis regular de las caídas notificadas de pacientes puede ayudar a entender que pacientes son más vulnerables y donde o cuando caen. Examinar a lo largo del tiempo las tendencias puede ayudar al NHS a determinar si los programas locales de prevención son efectivos. Las estrategias para caídas deberían ser desarrolladas como parte del Servicio Marco Nacional para personas mayores.<sup>22,23</sup>

Ancianos con caídas previas a menudo describen como quedan angustiados y preocupados por sufrir nuevas caídas y sus posibles lesiones.<sup>24</sup> Una caída es un potente indicador del riesgo para futuras caídas. “Tras la caída” es por tanto un excelente momento para intervenir y reducir el riesgo de futuras caídas.

## Mensajes clave y recomendaciones

- El NHS necesita asumir y conocer el alto riesgo de caída en ancianos utilizando los servicios de salud mental y utilizar las notificaciones locales para establecer objetivos y evaluar sus estrategias en prevención de caídas
- Las estrategias en prevención de caídas deberían ser introducidas de forma rutinaria en las instalaciones de salud mental para ancianos en concordancia con los Servicios Marco Nacionales para ancianos en Inglaterra (Standard 6)<sup>22</sup> y Gales <sup>23</sup>, análisis recientes de la evidencia para la prevención de caídas en personas mayores con deterioro cognitivo o ; y los procedimientos del Instituto Nacional para la Excelencia Sanitaria y Clínica(NICE)<sup>8</sup>.
- A los pacientes con riesgo de caída se les debería ofrecer múltiples intervenciones para reducir factores de riesgo individuales y crear un entorno más seguro. Los pacientes que han sufrido una caída necesitan más intervenciones para reducir la probabilidad de futuras caídas.
- El personal, pacientes y sus familias necesitan hablar y acordar el equilibrio entre supervisión y privacidad para los pacientes con riesgo alto en áreas tales como aseos y baños.
- El personal debe animar a los pacientes a intercambiar sus experiencias e inquietudes tras la caída; hablar sobre que ha ocurrido y así desarrollar estrategias de prevención.

## Comportamiento antisocial o agresivo

Los incidentes en seguridad del paciente que implican comportamientos agresivos y / o antisocial representan el segundo tipo de incidente más notificado. Suman casi una cuarta parte del total (10.467; 23,4%). Casi todos ellos (9.591; 91,6%) fueron notificados desde unidades de hospitalización.

El comportamiento antisocial o agresivo es una cuestión de la seguridad del paciente a causa del riesgo de daño que conlleva tanto para el mismo paciente como para otros pacientes. El comportamiento antisocial o agresivo afecta negativamente al ambiente de la unidad y es uno de las mayores preocupaciones tanto para pacientes como personal. <sup>10,43</sup> El desafío para los profesionales es gestionar el comportamiento antisocial de forma que se optimice a la vez la seguridad del paciente y la del personal y que se respetan los derechos humanos del paciente. Sobre estos aspectos ha recaído la atención de la opinión pública a causa de un pequeño número de investigaciones de gran relieve sobre muertes de pacientes internados a causa de un comportamiento violento.

Una muestra de 200 incidentes notificados al NRLS fueron revisados detalladamente. La mayor parte de ellos terminaron sin lesión o fue leve. Había poca información detallada en como estos incidentes fueron gestionados. Entre los que proporcionaron esta información encontramos el uso de técnicas de control (23 casos), medicación (7 casos), policía (5 casos) y uso de aislamiento (4 casos).

“Mark y George han tenido un altercado verbal. George recibió una bofetada en la mejilla derecha, se observa enrojecimiento”

“Nico de repente se puso agresivo y nervioso, tratando de golpear al personal”

“Lee se enfadó, gritando e insultando, sin aparente razón, a pacientes y personal. Se activó la alarma y el equipo de emergencia llegó. Lee permaneció gritando, enojado y ofensivo. Se le ofreció medicación, la cual aceptó. Se le pasó a aislamiento sin necesidad del uso de la fuerza pero permaneció enfadado y excitado, gritando y golpeando la puerta de la sala de aislamiento.”

Las drogas y / o el alcohol han sido identificados como causas subyacentes del comportamiento agresivo y violento, también pueden interactuar de forma adversa con medicación psicotrópica. Una búsqueda entre los comentarios aportados en las notificaciones de los incidentes, de todo tipo, hasta finales de septiembre de 2005, identificó 1.662 incidentes implicando drogas ilegales o alcohol:

“Había un fuerte olor a cannabis procedente de los lavabos de mujer donde Anita, una paciente, acababa de utilizar. Anita admitió haber fumado un porro que había comprado a otro paciente.”

NICE ha publicado recientemente guías de práctica clínica sobre el manejo de la violencia en unidades de hospitalización, centrándose en una serie de soluciones que incluyen formación, predicción, técnicas de reducción, observación y compromiso.<sup>9</sup> Se han publicado directrices por el Instituto Nacional para Salud Mental en Inglaterra (NIMHE).<sup>11</sup> También se ha realizado una auditoria nacional sobre este tema para la Comisión de Atención Sanitaria.<sup>10</sup> La auditoria implicó 203 unidades de salud mental y otras 63 unidades de dificultad de aprendizaje. Los cuestionarios fueron completados por los profesionales, usuarios y visitas, sumando 3.070 enfermeras y 1.560 usuarios. Las conclusiones que se obtuvieron de este análisis fueron:

- 36% de usuarios han sufrido, y el 47% han presenciado, violencia en sus pabellones/unidades;
- La enfermera es la profesional, sanitaria o no, más probable de ser víctima del comportamiento agresivo o violento;
- Los usuarios y los profesionales tienen percepciones parecidas de la mayoría de los factores comunes desencadenantes del comportamiento violento. Citaron drogas ilegales y alcohol, comportamiento del personal, espacio y saturación, medicación, tratamiento, frustración y aburrimiento;
- Las intervenciones propuestas para reducir la violencia contemplan: cambios ambientales de la unidad, mejora del trato y el hacinamiento; control del abuso de sustancias en unidades de agudos; formación del personal en el manejo de la violencia y reducción del aburrimiento;

Para los usuarios la experiencia de estar en un medio donde hay violencia y agresividad podría dificultar su recuperación. Una encuesta del Sainsbury Centre encontró que muchos internos sintieron inseguridad y en particular las mujeres sintieron preocupación por su propia seguridad personal.<sup>46</sup> Estas conclusiones son apoyadas por el proyecto SWAP del NPSA <sup>44</sup> y el informe MIND Ward Watch.<sup>43</sup> La estrategia de salud mental para mujeres del Ministerio de Sanidad trata algunos de los temas observados, teniendo en cuenta el hecho de que muchas mujeres que utilizan servicios de salud mental tienen un historial de abuso.<sup>21</sup>

La Comisión de Atención Sanitaria esta realizando una auditoria nacional para el 2006 y otras iniciativas en curso para apoyar el NHS a la hora de abordar los factores subyacentes que llevan a la violencia y el manejo del comportamiento violento cuando aparece. El Servicio de Gestión de la Seguridad (NHS SMS) ha publicado directrices para el NHS dirigidas a asegurar un entorno seguro y terapéutico para los usuarios incluyendo el uso de técnicas de reducción.<sup>12</sup> La NPSA trabaja conjuntamente con el NHS SMS la cual dirige la seguridad del personal del NHS. La NPSA está también trabajando con el NIMHE para desarrollar varias iniciativas intergubernamentales para abordar la violencia y agresividad (ver el siguiente cuadro).

Está previsto ser publicados, en breve, por el Ministerio de Salud criterios para la administración de sustancias dirigidos a gestores y sanitarios de dispositivos de salud mental.

## **Proyecto para el manejo de la violencia y agresividad del NIMHE/**

Este proyecto, que está coordinado por el NIMHE, comenzó en enero del 2004 como una respuesta a la Investigación de David Bennet.<sup>45</sup> Proporciona un servicio de consultoría al Ministerio de Sanidad, Centros Regionales de Desarrollo, organismos del NHS y particulares en temas relativos a servicios de presentación, formación y práctica que asegure el manejo seguro y terapéutico de la violencia y agresividad en unidades de agudos dentro de dispositivos de atención psiquiátrica. El trabajo hecho hasta ahora ha dado como resultado la preparación y publicación de una guía práctica sobre el manejo seguro y terapéutico de la violencia y agresividad.<sup>11</sup>

Ahora se está trabajando en:

- Revisión de las técnicas de contención utilizados en dispositivos de salud mental;
- Desarrollo de un código de conducta para formadores y un marco para la cartera de la Continuidad del Desarrollo Profesional;
- Actualización de ciertas secciones del Código de Práctica en Salud Mental en relación al manejo de comportamientos difíciles;
- Desarrollo de un código de práctica junto con la policía relativo a la Sección 136 de la Ley de Salud Mental;
- Desarrollo de un sistema de señales para instituciones de salud mental para clasificar buenas prácticas;
- Asegurar la acreditación y regulación de las propuestas de formación;
- Evaluación del uso de los sistemas de televisión en circuito cerrado;
- Evaluación del uso de la contención mecánica.

El proyecto fue completado en mayo del 2006 y se puede encontrar más información en: [www.nimhe.org.uk](http://www.nimhe.org.uk)

## El Servicio de Gestión de la Seguridad del NHS y los especialistas locales en gestión de seguridad

El SMS del NHS se constituyó en diciembre de 2003. Tiene responsabilidad sobre la política y funcionalidad relativa a la gestión de la seguridad en el NHS y el cometido de proteger a las personas y a la propiedad para alcanzar los más altos niveles en la atención sanitaria de los pacientes. Una pieza clave de la estrategia es la introducción de los especialistas locales en el gestión de la seguridad (LSMS) para proporcionar experiencia y técnicas específicas.

El trabajo en salud mental de los LSMS se enfoca particularmente en ampliar el entorno, teniendo en cuenta políticas, procedimiento, costumbres, prácticas y la forma general en que se toman y se comunican las decisiones sanitarias. Una medida preventiva clave es el desarrollo del programa nacional para la Formación en Resolución de Conflictos (CRT), para todo el personal que está "en primera línea" y profesionales que trabajan en el NHS. El NHS SMS también ha presentado *Promocionando Servicios más Seguros y Terapéuticos*, un programa de estudios específico para servicios de salud mental y de dificultad de donde de hace énfasis en las estrategias de prevención y en el compromiso de implicar al usuario en la formación.

### Notificación de incidentes

Basándose en los sistemas locales de notificación de incidentes, el NHS SMS, está desarrollando actualmente un sistema nacional para la gestión de la seguridad para uso de los LSMS e organizaciones sanitarias a las que les permitirá obtener información más precisa sobre la naturaleza y magnitud de sus problemas relativos a la seguridad.

Más información la podrá encontrar en: [www.cfsms.nhs.uk](http://www.cfsms.nhs.uk)

## Mensajes clave y recomendaciones

- La violencia y la agresividad en las unidades de salud mental son un tema complejo que tiene antecedentes y consecuencias variadas. Sin embargo está claro que la violencia es una de las mayores preocupaciones tanto para los profesionales como para los pacientes. En particular los usuarios a menudo sienten inseguridad, a pesar de que el propósito de las unidades de hospitalización es proporcionar un entorno terapéutico y seguro.
- Los datos del NRLS revelan poca información acerca de cómo los incidentes violentos fueron gestionados, y si hubo y cómo fue su evaluación, aunque esto puede indicar que los incidentes fuesen notificados antes de que se realizase una investigación. Las directrices NICE requieren que las unidades de hospitalización realicen una evaluación post-incidente de forma que se puedan sacar conclusiones, apoyar al profesional y a los usuarios y gestionar futuros riesgos.<sup>9</sup>
- Se están desarrollando proyectos nacionales para ayudar a los profesionales a prevenir y gestionar la violencia de forma segura y terapéutica.
- Las unidades de hospitalización deberían adoptar las directrices , del y del NHS , sobre el manejo de violencia y a su vez deberían participar en la Auditoria Nacional de Violencia de la Comisión de Atención .

## Seguridad Sexual

### Incidentes del NRLS

El análisis de una muestra de 200 incidentes de comportamiento agresivo y/o antisocial incluyó cinco casos de seguridad sexual. Como consecuencia se inició una búsqueda para identificar otros incidentes de este tipo.

Esta búsqueda identificó 122 casos que fueron clasificados como acusaciones de violaciones (19 casos), sexo consentido (20 casos), exhibicionismo (13 casos), insinuaciones sexuales (18 casos), tocamientos (26 casos) y otros incidentes (26 casos). En la mayoría de los casos (114 casos) se clasificaron como incidentes sin daño.

No es posible hacer un firme enjuiciamiento sobre estas acusaciones. Los informes entregados a la NRLS son a menudo enviados tan pronto como ocurre el incidente, y por esta razón, no se suelen incluir los detalles de posteriores investigaciones y las acciones realizadas. En algunas notificaciones se incluyen algún tipo de detalle tales como examen físico del paciente o la investigación de la policía, pero el nivel de detalle en cualquier caso varía de una notificación a otra.

Aunque no es la función de la NPSA investigar incidentes individuales, como resultado de las limitaciones de los datos aportados, y de la seriedad del problema todos los casos que implicaban contacto físico tuvieron un seguimiento telefónico individualizado. Esto se hizo para identificar tanto el modo con que se trató el incidente y como la clasificación que se hizo del daño.

Este seguimiento dio como resultado que todas estas acusaciones fueron tomadas en serio y que se llevó a cabo una investigación local, guardando los informes de dichas investigaciones. Es de destacar que cada caso necesita ser considerado según sus circunstancias particulares pero la decisión adoptada varía según la institución.

Con respecto a la codificación de la agresión, está claro que se clasificaron en términos del daño físico más que según el daño psicológico. Esto puede haber sido consecuencia de la interpretación hecha de las directrices de la NPSA sobre graduación de los daños, la cual hace más hincapié en el daño físico que en el daño psicológico.

De las 19 acusaciones de violación, en 8 casos el acusado fue otro paciente y en 11 casos fue un miembro del personal. El diagnóstico del paciente puede ser un factor causante del incidente y, analizando la narración de los hechos, como tal se ha considerado.

Hay numerosos casos de sexo consentido. La impresión dada por las notificaciones, y confirmada por los seguimientos realizados, es que ocurren ocasionalmente. Aunque dichos incidentes pueden ser admitidos como consentidos en su momento, pueden ocurrir durante una fase aguda de la enfermedad del paciente, el cual, una vez recuperado puede arrepentirse. Algunos estados mentales pueden aumentar la impulsividad y participación en conductas de riesgo, aumentando la vulnerabilidad del individuo durante esas fases. Adicionalmente los pacientes pueden estar sufriendo considerable angustia y estar buscando consuelo, lo cual puede ser utilizado. Así como daño psicológico también hay riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y/o embarazo.

Los datos sobre resultados a largo plazo son limitados en el NRLS. La información de la Autoridad de Litigación del NHS tiene tres demandas por negligencia clínica entre 1995 y agosto del 2005, que incluyen acusaciones de daño a pacientes, resultado de actividades sexuales con otros pacientes e incluye tres casos de embarazo no deseado.

El seguimiento hecho indica variaciones en la respuesta dada a los casos de sexo consentido y en las acciones tomadas por el personal. Había ejemplos de buenas prácticas como son las guías para la notificación de incidentes como parte de un programa para el gestión del riesgo de daño a pacientes (ver cuadro siguiente)

## Buenas prácticas en seguridad sexual

En las instituciones de salud mental y atención social de Camden e Islington, el acoso sexual y los atentados contra el pudor, están incluidas en una lista detallada de desencadenantes para la notificación de incidentes. La lista proporciona una guía que permite a los sanitarios graduar los desencadenantes en términos de gravedad comenzando por insinuaciones amorosas sin intención y pasando a incidentes extremadamente serios como la violación. Cerca de 130 empleados ya han sido entrenados desde enero del 2006 en el uso de esta lista de desencadenantes y del formulario de incidencia. El Comité de Riesgos de esta institución revisa regularmente estos formularios y cualquier incidente con implicación sexual. La institución se encuentra en las etapas finales del desarrollo de una política que regule la respuesta del personal a las acusaciones de atentado contra el pudor teniendo en cuenta los casos de reportados.

Existen notificaciones al NRLS en los que se describen casos de comportamiento sexual desinhibido y cuyos motivos no están claros. Algunos casos alegan la condición psiquiátrica del paciente y en otros casos se sugiere que fueron iniciados para intimidar o molestar a otros pacientes:

“Karl comenzó ha estar muy perturbado, inquieto y agitado. Se desnudó, se excitó y comenzó a asustar a otro pacientes”

“Miranda fue encontrada vagando cerca del área de los dormitorios masculinos vistiendo sólo una toalla”

También hay informes con quejas de pacientes por recibir proposiciones sexuales o amenazas de carácter sexual. Otros casos tratan de tocamientos sexuales y han sido calificados como situaciones estresantes para los individuos afectados:

“Stuart recibió en el mismo día dos veces las propuestas de un paciente para ir a su habitación y tener relaciones sexuales con él”

“Una paciente alega que mientras estuvo en el área de descanso sin personal cerca, un paciente la tocó, indicando que dichos tocamientos fueron de carácter sexual, que ya había sufrido previamente aunque no se la creyó en su momento. Notificó que estaba asustada, no queriendo permanecer en ese pabellón”

Del análisis de los incidentes se concluye que tanto hombres como mujeres son vulnerables y de hecho los hombres suelen notificar sentirse presionados a mantener relaciones no deseadas, fundamentalmente de hombres pero también de mujeres.

## Políticas relevantes y otra información

La seguridad sexual de los internos en unidades de salud mental, especialmente , se la considera una de las más importantes en los servicios de salud y se han elaborado recomendaciones para la gestión de las acusaciones de abusos sexuales por parte del . La cantidad y características de los incidentes notificados al NRLS confirman la importancia de la seguridad sexual y en particular si se tiene en cuenta que se notifican menos casos que los que realmente ocurren. Los informes y seguimientos realizados sugieren que los servicios no tienen un programa coherente para tratar dichas acusaciones, lo que podría indicar la necesidad de elaborar futuras guías. Por otro lado las notificaciones al NRLS y las demandas por negligencia sugieren que se debería proporcionar más protección a los pacientes para protegerles de relaciones sexuales indeseadas mientras estén hospitalizados. Los seguimientos hechos en distintas instituciones han identificado ejemplos de buenas prácticas (ver página anterior)

Hay numerosas iniciativas recientes que trabajan en este área. El Ministerio de Sanidad, el NIMHE, y el Ministerio de Interior han creado un Protocolo Nacional, para el Desarrollo de Centros de Referencia de Acoso Sexual (SARCs) publicado en octubre del . Dicho protocolo debe ser contemplado como un recurso para las instituciones locales. Este protocolo es el primero de una serie que será publicado por el Programa para la Prevención de Víctimas de Violencia y Abusos dirigidas a identificar y apoyar a víctimas de violación y abuso sexuales, incluyendo a los ocurridos en dispositivos de salud mental. Además, el programa del NIMHE para 2006-07 incluye el abordaje de la seguridad sexual entre internos de unidades psiquiátricas para agudos.

En el año 2000, el Ministerio de Sanidad solicitó a las unidades de salud mental de Inglaterra que se proporcionarían dormitorios, baños y aseos separados por sexo y salas de estar y talleres específicos para mujeres.<sup>19</sup> El informe de 2004 sobre los alojamientos muestra que el 99 % que las instituciones que proporcionan atención en salud mental y atención primaria logra el objetivo propuesto de separación de alojamiento por género. Las notificaciones hechas al NRLS tienen ejemplos donde esta directriz no se ha seguido. Hay casos de pacientes admitidos en áreas masculinas por falta de camas o de incidentes de seguridad sexual ocurridos en áreas mixtas de esparcimiento, lavabos mixtos etc.

La Comisión para la Ley de Salud Mental también muestra preocupación para que se proporcione alojamiento por separado a hombre y mujeres.<sup>48</sup> El informe del MIND Ward Watch encontró que el 23% de las 335 respuestas, obtenidas recientemente de la encuesta del MIND, habían sido alojados en alojamientos mixtos; el 31 % de los encuestados no habían tenido acceso a baños separados por género y solo el 30% habían tenido acceso a instalaciones de día para un solo . La Auditoría Nacional para la Violencia encontró que el 23% de los hospitalizados tuvieron que compartir espacio con miembros de sexo opuesto aun cuando no querían.<sup>10</sup>

## Mensajes clave y recomendaciones

- Existe necesidad de aumentar la conciencia en el riesgo existente de la vulnerabilidad sexual de los internos psiquiátricos y por tanto de incrementar su protección en línea con las guías existentes.<sup>20,21</sup>. Hay que proteger al paciente tanto de su propio comportamiento como de las agresiones sexuales de otros pacientes.
- Los riesgos de un comportamiento sexual inapropiado o vulnerabilidad al acoso sexual se debe considerar como parte de la evaluación inicial del paciente y será reevaluada regularmente, se incluirá el historial de violaciones, abusos sexuales en la infancia, etc. Esta evaluación tendrá en cuenta que tanto hombres como mujeres están en riesgo.
- Las notificaciones de pacientes por acoso sexual o comportamiento sexual inapropiado deberán investigarse siempre. Sería muy útil que las instituciones sigan las directrices existentes en los procedimientos de investigación de acusaciones de abusos sexuales y especialmente en caso de violación.
- Dentro de los servicios para el personal y los pacientes, debería haber información disponible y clara de que la violación y el atentado contra el pudor son crímenes denunciables ante la policía.
- Todas las unidades de salud mental en Inglaterra que proporcionen servicios a hombres y mujeres, deberán auditar y revisar las instalaciones para internos de forma que se asegure que cumplen totalmente las normas del Ministerio de Sanidad en relación al entorno físico. Los procedimientos y políticas locales y el personal de vigilancia ayudarán a maximizar la seguridad del paciente. Donde sea posible las unidades de salud mental serán reconfiguradas para proporcionar pabellones para . Baños y lavabos deben estar separados por sexos.
- Cuando haya gran demanda de camas, no debería existir presión para admitir pacientes del sexo opuesto en los pabellones.
- Las unidades de hospitalización deben facilitar el acceso a información y a servicios apropiados sobre contracepción, embarazo y salud sexual. Los planes de atención deben incluir consejos, señalización y derivación (cuando sea necesario) a planificación familiar y salud sexual.
- Como resultado de los incidentes notificados al NRLS, la NPSA estableció un programa de análisis de causas de incidentes en seguridad sexual y trabaja con la NIMHE sobre futuras acciones para mejorar la seguridad sexual.
- La NPSA revisará las guías para los técnicos en clasificación del grado de daño de incidentes en seguridad del paciente y proporcionará ejemplos a las instituciones de salud mental y su impacto psicológico. En esta revisión se ofrecerán más detalles de cómo completar los formularios de recogida de datos.

## Suicidio y autolesiones

El comportamiento autolesivo es el tercer tipo más común entre los incidentes notificados al NRLS, sumando el 17,3% (7.726 casos) de los incidentes en salud mental. La mayoría de ellos (6.659 casos) fueron notificados desde unidades de hospitalización.

### Autolesiones

La categoría de suicidio y autolesión incluye algunos incidentes donde la autolesión fue intento de suicidio y en otros no. No siempre es posible distinguir estos dos tipos de incidentes. Aunque la autolesión fue la categoría más probable de incidente en seguridad del paciente que terminó en daño severo o muerte, menos del 5% de dichos incidentes acabaron en muerte. Sin embargo hay que considerar que no siempre las autolesiones son reportadas, particularmente cuando tienen lugar fuera del hospital donde hay una tendencia a notificar casos considerados más graves; La proporción de los incidentes reales que acaban en muerte sería por tanto menor del 5%.

Se llevó a cabo un análisis más detallado de una muestra de incidentes notificados al NRLS. La tabla 10 muestra los métodos utilizados para autolesionarse en incidentes notificados tanto por pacientes ingresados como no ingresados. En 13 de los 165 casos el paciente murió: en un caso el paciente estaba ingresado y en el otro el paciente estaba desaparecido tras una salida del hospital. Las 11 muertes restantes ocurrieron en la comunidad.

**Tabla 10: método y lugar de la autolesión (muestra de 165 casos)**

Método autolesión	de Áreas de hospitalización	de Otros lugares	Total	Ejemplo de métodos
Cortes	59	3	62	Incluye numerosos útiles cortantes: en 17 casos se utilizó una cuchilla; 11 casos utilizaron un trozo de cristal o loza, incluyendo una bombilla rota; objetos plásticos (Ej. trozo de CD roto);
Ligaduras	25	5	30	Incluye el uso de sábanas, ropa y cables eléctricos.
Sobredosis	9	10	19	Incluye 7 casos con paracetamol y otras sustancias Y casos con medicación prescrita al paciente
Quemaduras	9	1	10	Incluye 6 casos de quemadura con cigarrillos o mecheros
Otros	32	12	44	Incluye 9 casos de personas golpeándose contra la pared o el mobiliario y otros métodos como tragarse pilas (2 casos). En otros casos no se proporciona información o la causa es desconocida
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>31</b>	<b>165</b>	

Fuente: muestra de casos notificados por los servicios de salud mental al NRLS hasta el 31 agosto 2005.

Las autolesiones por cortes fueron las más comunes y generalmente son expresión de un sufrimiento emocional y a menudo percibidas por los usuarios como una forma de liberar sentimientos dolorosos y aliviar síntomas como es un estado de ansiedad agudo. Mientras algunos casos no sugieren una clara intención de suicidio hay muchos en que la autolesión indica un algo grado de angustia por parte del paciente y ya se habían autolesionado previamente:

“Jennifer activó la alarma en el cuarto de baño. Una enfermera encontró a Jennifer en el suelo con una cuchilla de afeitar en la mano y numerosas heridas en el cuerpo. Llorando y agitada, Jennifer dio la cuchilla a la enfermera y permitió vendar sus heridas”

“La mejilla de Brian estaba hinchada. La enfermera se dio cuenta y después de insistir, Brian afirmó que se había golpeado a sí mismo en la cara. Dijo que se sentía incapaz de continuar”

### **Suicidio de hospitalizados e incidentes con ligaduras**

Los pacientes hospitalizados en unidades de salud mental tienen alto riesgo de suicidio, así como los recientemente dados de alta. Durante 2003 hubo 179 suicidios de internos (se incluyen pacientes que estaban de permiso, fugados o desaparecidos en el momento de su muerte) y un total de 4.860 suicidios en Inglaterra y Gales de los cuales más de un 25% (1.320) fueron personas que habían tenido contacto con los servicios de salud mental en el año previo a su muerte. Estos suicidios fueron revisados en detalle por la Encuesta Nacional de Suicidio y Homicidio en personas con enfermedad mental (NCISH)<sup>13</sup>, que analizó estos datos con la finalidad de hacer recomendaciones para la práctica clínica y para hacer políticas que reduzcan el riesgo de suicidio entre personas que están recibiendo atención psiquiátrica. La Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio en Inglaterra incluye numerosas medidas de salud pública para reducir el suicidio, pero también incluye acciones dirigidas a reducir el suicidio entre las personas que han tenido algún tipo de contacto previo con los servicios de salud mental.

Hay consenso general de que los servicios de salud mental tienen mayor responsabilidad en la prevención del suicidio de personas hospitalizadas. La tendencia al suicidio es a menudo un factor para el ingreso del paciente en las unidades psiquiátricas de agudos y una razón para retener a los pacientes bajo la Ley de Salud Mental. El NCISH informa que los médicos consideran que en el 31% de los casos, los suicidios de los hospitalizados se podrían haber prevenido, y el 22% de los otros suicidios (los no hospitalizados). Hay que tener en cuenta que los familiares y cuidadores consideran que los suicidios de hospitalizados pueden ser prevenidos. De los 122 casos de negligencia clínica relativa a suicidios, 78 fueron de pacientes hospitalizados (28 estaban en fuga y 3 estaban de permiso.)

Hubo 32 suicidios notificados al NRLS donde el paciente estaba ingresado. 22 de ellos estaban en el hospital en el momento de su muerte, 9 murieron fuera del pabellón, bien por que estaban en fuga (9 personas) o de permiso. El lugar de la muerte no fue notificado en un caso. En 4 casos la descripción del incidente incluyó detalles del suicidio proporcionados por el propio paciente, como por ejemplo el deseo de salir, deseo de abandonar el lugar, describiendo sentimientos de suicidio o detallando métodos de suicidio.

14 de los suicidios que tuvieron lugar en instalaciones hospitalarias ocurrieron en el pabellón: 7 en los dormitorios, 6 en los baños y 1 en una sala de visitas. 3 suicidios ocurrieron en los terrenos del hospital, en 5 casos la localización exacta no se estableció.

El colgamiento o estrangulamiento fue el método más común de suicidio (21 de 32 casos).

Se notificaron 17 suicidios por colgamiento en instalaciones hospitalarias con variedad de puntos de colgamiento y ligaduras utilizadas. Las ligaduras más utilizadas fueron objetos de vestir (10 casos).

Lo que incluye cordones de zapatos, pañuelos, cinturones y bolsas de plástico(en 2 casos). Los puntos de colgamiento fueron quicios de puertas (3 casos), ventanas (3 casos), techos (2 casos), y vallas (2 casos.) En base a la información disponible, parece que existía determinación de cometer el suicidio y de no fallar en el intento.

El método de suicidio notificado al NRLS coincide con los datos del NCISH siendo el colgamiento el método más común para muertes por . Un informe del NCISH determinó que el punto de colgamiento más común era el riel de las cortinas, utilizando un cinturón como . De acuerdo al informe del Jefe de Sanidad, *Una organización con memoria*, a todos los servicios de salud mental se les pidió retirar todas las camas no plegables y los rieles de las cortinas de las duchas en las unidades de hospitalizados antes de marzo del 2002. El NIMHE ha creado una herramienta para auditar las instituciones de cara a evaluar servicios que cumple las recomendaciones del NCISH y además proporciona consejo para evaluar puntos de .

De los suicidios acaecidos fuera del hospital los métodos fueron ahorcamiento (3 personas), saltar al vacío (4 personas), fuego (1 persona) y en un caso no se especificó el método. Hay poca información disponible sobre otros aspectos del cuidado o de la atención de los hechos que llevaron a la muerte. Hubo otro análisis de los datos sobre incidentes notificados hasta el 30 de septiembre del 2005 para identificar todos los casos de ahorcamiento. Se identificaron un total de 1.932 casos. Se seleccionó una muestra aleatoria de un 25% (483 casos) de estos casos para ser revisados. De esta muestra 233 casos fueron ahorcamientos. El resto no estaban relacionados y fueron introducidos en la muestra como resultado del criterio de búsqueda que se utilizó (palabras relacionadas con ahorcamiento).

De los 233 ahorcamientos, parece que 182 no tuvieron la intención de colgarse sino que parece que trataban de estrangularse. Ninguno murió. Para el ahorcamiento se utilizaron distintos objetos de vestir en la mayor parte de los casos (61 casos), seguido de ropa de cama (29 casos), cuerdas, alambres (21 casos) y cables de equipo eléctrico (16 casos.) También se utilizó ropa interior como sujetadores en algunos casos. Muchos pacientes se encontraban claramente trastornados y/o expresaban sentimientos fuertemente suicidas:

“Ruth estaba baja de ánimo, estaba enfadada sin saber porqué o con quién. Su ánimo pareció mejorar. Estaba bajo observación. Fue al baño y Annie, el miembro del personal que la estaba observando cerró la puerta para dar a Ruth privacidad. Ruth se ató una cuerda alrededor del cuello en las duchas. Annie dio la alarma. Ruth trataba de respirar y la cuerda tuvo que ser cortada.”

“Patrick retenido bajo la ley de salud mental, había estado rechazando la medicación los últimos dos días, alegando que unas voces le decían que así lo hiciera. Estaba muy agitado y angustiado, experimentando alucinaciones persecutorias. Trató de colgarse en el baño utilizando la correa de una bolsa de deportes. La correa se rompió.”

Cincuenta y uno de estos casos, fueron intento de colgamiento de un punto y sólo uno acabó en muerte. Se describen acciones para la prevención del suicidio en 25 de los 50 casos que no terminaron en muerte: el riel de las cortinas se rompió en 3 casos; el personal notó algo raro en los pacientes e intervinieron en 9 casos y en 13 casos el personal impidió el intento de suicidio durante el chequeo rutinario. 8 casos refieren incidentes previos de autolesión y se indica un aumento del riesgo.

El nivel de detalle varía según la notificación y a menudo información potencialmente relevante se pierde como por ejemplo detalles de los hechos que llevaron al incidente mismo. Detalles sobre los métodos de lesión se suelen incluir por lo que el análisis tiende a enfocarse en ellos. A pesar de las limitaciones de la información se puede identificar una serie de aspectos:

- El ahorcamiento es la mayor causa de suicidio entre pacientes ingresados, lo que coincide con los resultados de la .
- Hubo dos casos donde el riel de la cortina no se rompió, lo que llevó a la muerte de un paciente. Otros tres incidentes en los que el riel sí se rompió, evitó la muerte (la NPSA ha avisado a los miembros de la NHS sobre estos aspectos)
- Hay evidencia de que la observación, chequeos rutinarios y la vigilancia por parte del personal (y otros pacientes) son intervenciones clave para prevenir el suicidio.
- En los casos en los que se dispone de un informe detallado, parece indicar que los pacientes que cometieron suicidio tenían un fuerte deseo de hacerlo y tomaron todas las medidas para asegurar su muerte.
- Hay datos limitados en las notificaciones sobre los niveles de observación o valoración del riesgo.

### **Casos en los que los rieles de las cortinas no se rompieron**

*Ejemplo 1:* un paciente fue encontrado colgando del riel de la cortina con el cordón de una bata. Al paciente se le encontró antes de perder la conciencia y se le descolgó. La investigación subsiguiente reveló que el riel sólo cedió unos centímetros hasta atascarse con un listón de la ventana que impidió que el riel cediera. El paciente sobrevivió.

*Ejemplo 2:* un paciente fue encontrado atado con un pañuelo de seda y colgando del riel. Los intentos para recuperar al paciente fallaron. Previamente al incidente el paciente colocó el riel sobre la puerta de forma que no pudiese ceder. El paciente había estado en un programa de observación cada 15 minutos y había programando el suicidio en el intervalo de observaciones y también coincidiendo con el cambio de turnos, cuando había menos personal en la planta.

Este análisis preliminar de los datos de la NRLS indica que mientras se han hecho grandes avances para reducir los riesgos, tales como los rieles de seguridad para cortinas, aun queda mucho trabajo por hacer para reducir los suicidios de pacientes hospitalizados. La información procedente de la NRLS puede añadirse a la disponible del NCISH, lo que permitiría a la NHS aprender de aquellos incidentes que no terminaron en suicidio. La base de datos puede ser utilizada para buscar incidentes relacionados con nuevos aspectos y riesgos a la vez que permitirá monitorizar tendencias y proporcionar feedback al NHS.

El próximo informe del NCISH se publicará en octubre del 2006 e informará sobre la implementación en las instituciones de las recomendaciones hechas en el informe del 2001. El NCISH está en estos momentos valorando la asociación entre suicidio e implementación de recomendaciones, que será publicado en el 2007.

Hay disponibles unas guías nacionales para apoyar a las unidades en la prevención del suicidio y para la gestión de las autolesiones. Encontramos:

- La Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio en
- Recomendaciones de la NCISH para la Prevención del , y las instrucciones del
- Guías del NICE sobre

## Mensajes clave y recomendaciones

- Los servicios de salud mental deben de poner en marcha estrategias de prevención del suicidio y monitorizar su implementación.
- Los servicios de salud mental deben auditar anualmente las unidades de hospitalización para detectar riesgos ambientales y buscar remedios y acciones preventivas siempre que sea posible.
- Aunque los sistemas de rieles abatibles estén implantados se tiene notificación de un suicidio consumado y un intento que los han utilizado pero no han funcionado.
- Las personas que intentan suicidarse o hacerse daño suelen mostrar gran determinación para ello. Sin embargo aun teniendo poca información está claro que algunos casos hubo avisos previos.
- El personal debe desarrollar relaciones terapéuticas basadas en la confianza con los usuarios de forma que aquellos que sientan deseo de suicidio o de autolesión puedan hablar abiertamente sobre como se sienten y desarrollar estrategias conjuntas sobre como abordar los comportamientos y sentimientos autolesivos.
- La valoración individual del riesgo de suicidio debe realizarse para todos los pacientes ingresados, particularmente aquellos con historial de suicidio o que se han autolesionado en el pasado y/o actualmente expresan sentimientos suicidas.
- Las autolesiones no suicidas aunque no suelen ser fatales, muestran angustia por parte del usuario. Aparece en un gran número de incidentes de seguridad del paciente y son una seria preocupación actualmente. El abordaje de autolesiones no suicidas requiere ser considerada parte de la estrategia de seguridad del paciente en salud mental.

## Fuga y desaparición de pacientes

Los incidentes de fugas y desapariciones suman 3.474 casos (9%) en dispositivos de agudos. El término fuga hace referencia al paciente que está detenido bajo La Ley de Salud Mental y que deja la unidad sin permiso o rompe los términos del permiso. En la mayoría de los casos de fuga los pacientes regresan indemnes a la unidad pero estos incidentes son considerados parte de la seguridad del paciente a causa de la vulnerabilidad de los pacientes y el riesgo que implica para ellos y otras personas. Los incidentes pueden también ser notificados cuando el paciente aun no estando detenido bajo la Ley de Salud Mental ha desaparecido de la unidad sin el conocimiento o permiso del personal y el personal teme daños para el paciente.

Se realizó una revisión detallada de los 200 casos notificados al NRLS donde el tipo de incidente fue clasificado como fuga o desaparición. Este grupo de incidentes no recoge ningún caso de muerte o daño grave, sin embargo se clasificó dentro de la categoría de autolesión casos de muerte o lesión grave en pacientes fugados o desaparecidos.

Se identificaron varios puntos tras la revisión de estos incidentes:

- en 78 de los 200 incidentes el paciente expresó una clara intención de irse, y en otros 46 casos hubo claras indicaciones de intento de fuga.
- La forma más común de fugarse, cuando aparece descrita (35 de 53 casos), fue la puerta principal.

- Algunos de los pacientes que mostraron deseo de salir (18 incidentes) utilizaron rutas de salida no supervisadas tales como salidas de incendios y ventanas;
- Hubo 31 incidentes donde el paciente estaba de permiso en el momento del incidente; en 13 de 14 incidentes donde el paciente estaba de permiso vigilado, pudieron fugarse o desaparecer.
- Los profesionales utilizan numerosas intervenciones para prevenir fugas o posibilitar al paciente regresar a la unidad. Las intervenciones fueron registrados más a menudo cuando hubo claro intento de fuga o desaparición: se implicó a la policía (6 incidentes); control y encerramiento (8 casos); otras intervenciones físicas (14 incidentes) y asesoramiento/intervención verbal (16 incidentes).
  - “Richard intentó fugarse de la unidad mientras otra persona trataba de retenerlo. Al regreso tuvo una conducta violenta y fue encerrado.”
  - “Jodie fue informada que sería tratada bajo la Sección 5/2 de la Ley de Salud Mental. Huyó de la unidad y se dio parte como ‘ausente sin permiso’”
  - “Durante la inspección de 15 minutos se notó la ausencia de Liam. El personal encontró su ventana abierta y rota, aparentemente saltó al tejado y de ahí al jardín donde fue reconocido por el personal.”
  - “Peter se dirigía con Ken, miembro del personal, hacia otra sala cuando decidió fugarse.”

Una búsqueda más exhaustiva entre las notificaciones del NRLS identificó 98 casos que implicaba alarmas de fuego en conexión a pacientes que mostraron intento de fuga o abandono de las unidades de ingreso. En la mayoría de los casos los pacientes iniciaron las alarmas antiincendio para abrir las puertas de emergencia o bien abrieron dichas puertas iniciando la alarma de ese modo. Dentro de este subgrupo había 9 casos donde la alarma antiincendio no funcionó cuando los pacientes se fugaron a través de las puertas de emergencia. El mal uso de las alarmas antiincendio es causa de preocupación con relación a la seguridad del paciente porque puede resultar en que el personal y/o los pacientes terminen por no atender a estas alarmas cuando haya una alarma real. Sin embargo hay que tener en cuenta que las puertas con apertura de llave se están normalizando en los nuevos edificios. El Ministerio de Sanidad está actualmente desarrollando nuevas políticas en unidades cerradas teniendo en cuenta los derechos del paciente y su seguridad.

El análisis de los datos del NRLS ha proporcionado información sobre las circunstancias inmediatas a la fuga y la contribución de los factores ambientales. Sin embargo las notificaciones de incidentes no proporcionan suficiente información sobre las causas subyacentes de la fuga. Son necesarios unos métodos de investigación más detallada para identificar las causas subyacentes. El recuadro siguiente describe un análisis agregado de las causas básicas de los pacientes desaparecidos para identificar las más comunes y soluciones potenciales. Se han realizado investigaciones sobre factores en pacientes y en los servicios que puedan contribuir a la fuga para así poder desarrollar intervenciones que reduzcan las fugas.<sup>51</sup> Estas intervenciones pueden ser crear relaciones de confianza entre personal y pacientes para prevenir problemas mayores a la vez que abordar aspectos operativos de la seguridad.<sup>52</sup>

## Análisis agregado de las causas base: pacientes desaparecidos

La NPSA y la Autoridad de Estrategias de Salud de Yorkshire Este y Norte y Lincolnshire Norte , conjuntamente, facilitaron un análisis agregado de las causas básicas en la desaparición de pacientes (pacientes vulnerables que inesperadamente abandonaron la unidad de hospitalización ). Acudieron cuarenta delegados (gerentes y clínicos) de 13 organizaciones locales del NHS. Las organizaciones locales comparten 6 incidentes que se originaron en los servicios de salud mental, unidades hospitalarias de agudos y programas hospitalarios comunitarios:

“Un hombre joven admitido recientemente en los servicios de salud mental del hospital por primera vez y que abandonó el pabellón sin ser visto y cometió suicidio”

“Un debilitado anciano con dependencia al alcohol abandonó el pabellón sin ser visto y le personal preocupado se arriesgaron hasta encontrarlo y devolverle de forma segura.”

“Una mujer que había tenido un largo periodo largo de hospitalización abandonó el pabellón por una puerta de apertura automática antiincendios y se suicidó”

“Un paciente con delirios tras una operación cardiaca huyó del hospital de agudos a un carretera con mucho tráfico; unas enfermera fue herida mientras trataba de detener el tráfico para proteger al paciente”.

“Una mujer con largo historial de autolesiones abandonó el pabellón sin ser vista y posteriormente se suicidó.”

“Un anciano con enfermedad terminal de pulmón desapareció de dos hospitales de agudos consecutivamente y está ilocalizado desde entonces”

Utilizando un grupo de trabajo y herramientas y técnicas de análisis de causas base se identificaron causas comunes y potenciales soluciones. Estas son:

- El abordaje en un entorno de salud mental o en un entorno general era más parecido de lo que los delegados inicialmente esperaban, con oportunidades de aprendizaje desde diferentes entornos.
- Se observó que la valoración del riesgo del paciente que finaliza cuidados y la subsiguiente observación constituye un factor causante en los incidentes.
- La desaparición de los pacientes ha sido visto, tradicionalmente, como responsabilidad de enfermería pero hubo un reconocimiento de que un abordaje multidisciplinar sería más efectivo en la prevención de estos incidentes,
- La observaciones intermitentes fueron utilizadas a menudo por los pacientes con riesgo de desaparición y no significó ningún impedimento para ellos y como un delegado dijo:“comprobaciones cada 10 minutos significa que los pacientes saben que tienen 9 minutos libres”.
- Al respecto de la confidencialidad del paciente hay inseguridad por parte del personal sobre qué información pueden entregar a la policía sobre los pacientes desaparecidos.
- No están claros los límites legales y éticos de la responsabilidad del NHS hacia pacientes en riesgo de desaparición.

Las autoridades en estrategia sanitaria desarrollarán soluciones incluyendo buenas prácticas procedentes de fuentes locales, directrices sobre responsabilidades legales y éticas, una guía de bolsillo para el personal del NHS más expuesto y para la policía sobre funciones, responsabilidades e información a compartir sobre pacientes con riesgo de desaparición.

## Mensajes clave y recomendaciones

- Los incidentes en los que el usuario se ha fugado o desaparecido son considerados por el personal como incidentes de seguridad del paciente por la vulnerabilidad del paciente y el riesgo que corren tanto ellos y como el resto. Los pacientes pueden desaparecer incluso estando vigilados o en observación.
- Las unidades de hospitalización deben realizar auditorias del entorno para evaluar el riesgo de abandono del usuario sin conocimiento del personal. Sin embargo es importante equilibrar este riesgo y la necesidad de mantener salidas de incendio y los derechos del paciente de entrada y salida.
- Los planes individuales de atención al paciente deben incluir una valoración del riesgo de fuga y también un plan desarrollado conjuntamente con los usuarios sobre como manejar el riesgo y que deben ser conocidos por todo el personal incluyendo personal no sanitario. Los cuidadores, si es pertinente, y usuarios deben ser parte de la discusión y planificación y también estar atentos a como manejar el riesgo.
- El análisis de causas básicas de los incidentes de fuga o desaparición puede dar información muy útil sobre pacientes con riesgo de desaparición.

## Medicación

### Antecedentes

La mayoría de los pacientes atendidos en servicios de salud mental son habitualmente recetados con medicados. El 93 % de las respuestas en una encuesta a usuarios de servicios de salud mental (2005), que excluye a internados, indicaron que habían tomado medicación prescrita en los últimos 12 meses, 46% tuvieron medicación nueva prescrita en ese periodo.<sup>53</sup> De aquellas con nuevas prescripciones en los últimos 12 meses, al 62% de los usuarios se les explicaba el propósito, el 37% había tenido efectos secundarios y el 39% consideraban que tienen derecho a opinar sobre la medicación que se les prescribe.

En los servicios de salud mental nos encontramos los mismos tipos de problemas en seguridad del paciente en relación con la medicación que en otras áreas de los cuidados sanitarios. Son errores en prescripción, dispensación o administración de medicamentos que da como resultado que los pacientes tomen el fármaco o la dosis equivocada. Además hay una serie de aspectos de la seguridad relativos a la medicación que afectan en particular a los servicios de salud mental por el tipo de medicación utilizada y la vulnerabilidad de estos pacientes.

Una encuesta reciente ha desvelado que la medicación psicotrópica fue la droga más asociada con las admisiones médicas a causa de las consecuencias adversas de la medicación . Sin embargo la calidad en la prescripción en cuidados mentales, a juzgar por los indicadores mostrados por la evidencia en buenas prácticas, varía mucho de facultativo a facultativo y de servicio a .

Pacientes con esquizofrenia tienen riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y respiratorias y ven reducidas su esperanza de . Estos riesgos son agravados por medicación anti-psicótica que puede causar aumento de peso y puede afectar adversamente a los niveles de . La medicación anti-psicótica también puede aumentar el riesgo de padecer . En salud mental es común prescribir medicación fuera de los parámetros de su . Particularmente hay dos circunstancias en que esto ocurre: en primer lugar el uso de medicación para tratar una dolencia para la cual no tiene licencia, por ejemplo en un área sanitaria el 44% de las prescripciones del anti-psicótico olanzapine fueron de este tipo, y en segundo lugar la prescripción de una medicación en una dosis superior al máximo recomendado. Esto es muy común en áreas de hospitalización. En una encuesta el 20% de los pacientes hospitalizados les fue prescrita medicación anti-psicótica en

altas . En gran medida esto fue debido o bien por que la prescripción de más de un anti-psicótico al mismo tiempo o porque la prescripción de medicamentos “según se requiera” es a discreción de la enfermería. Este tipo de prescripción incrementa la necesidad de explorar y monitorizar, en caso de prescripción de dosis altas, el incremento del riesgo de efectos adversos.

Los clínicos a menudo fallan al explorar y monitorizar los efectos adversos de medicación psicotrópica. Esto ocurre tanto para pacientes como en dispositivos . Un estudio establece que solo al 40% de las personas prescritas con anti-psicóticos se les realizó un test para diabetes a pesar de tener un mayor riesgo de sufrirlo que la población general. Los autores concluyeron que muchos de estos pacientes no habrían sido diagnosticados con diabetes y como resultado no fueron tratados para . Este tipo de incidentes en seguridad del paciente es probable que no sean reportados ni a nivel local ni a través del NRLS porque la responsabilidad de monitorizar recae en el personal médico que hace poco uso de estos sistemas de notificación. La potencial gravedad se subraya por el hecho de que el fallo en monitorizar adecuadamente la medicación anti-psicótica es la causa más usual de reclamación en relación al tratamiento de los servicios de salud mental notificados a la NHSLA sumando al menos 11 de 53 reclamaciones.

Este alto nivel de error en la investigación y monitorización de la medicación anti-psicótica se explica en parte por la falta de conocimientos y/o concienciación sobre el tema. Los errores del sistema es probable que jueguen un papel muy importante. Estos potenciales problemas serían:

- Escasa comunicación entre atención primaria y especializada y falta de acuerdo sobre quién es el responsable de la monitorización de la medicación.
- Dificultad en acceder a los servicios de laboratorio de hematología y patología desde los servicios de salud mental que están lejos de los hospitales generales.
- Falta de habilidad del equipo médico básico para asumir una monitorización simple como por ejemplo peso, índice de masa corporal o presión sanguínea.
- La evidencia pone de manifiesto que no se logra dilucidar quienes son los responsables.
- Fracaso en la toma de decisión en base a los resultados de la evidencia anterior.
- Fracaso en involucrar al usuario en el proceso de monitorización

Con el fin de mejorar la calidad de prescripción en los servicios de salud mental, de mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención, se ha creado el Observatorio de Prescripción de Salud Mental del Reino Unido (POMH-UK) con información procedente de la NPSA (ver el siguiente ).

## Observatorio de Prescripción de Salud Mental del Reino

### Antecedentes

La Fundación Salud (The Health Foundation) ha iniciado un programa para la mejora de la calidad de la práctica médica en especialistas de salud mental como parte de su iniciativa nacional "Comprometidos con la Calidad".

El equipo gestor del POMH-UK, agrupa a usuarios y a los profesionales relacionados con la administración, dispensa y prescripción de medicación psicotrópica por especialistas en salud mental y a Rethink, la organización benéfica más grande del Reino Unido en enfermedad mental grave.

### Justificación

A la mayoría de las personas que reciben atención de especialistas de los servicios de salud mental, se les recetará una o más medicación psicotrópica. Hay evidencia de la efectividad de la medicación psicotrópica y gran cantidad de directrices autorizadas sobre su uso. Sin embargo también hay mucha evidencia de que la práctica de la prescripción frecuentemente se desvía de estas directrices y que varía enormemente de facultativo a facultativo y de servicio a servicio (ver página 49 a 50).

### Papel y objetivos del POMH-UK

El POMH-UK recogerá y gestionará información sobre prescripción y administración de medicación psicotrópica por especialistas de salud mental. Los datos serán recogidos de los servicios de salud mental locales y serán utilizados para:

- Identificar y cuantificar aspectos de la prescripción
- Permitir a los miembros comparar y clasificar su práctica en la prescripción con respecto a otros.
- Informar sobre el diseño y comunicar las intervenciones a desarrollar por ejemplo información y formación.
- Permitir cambios en la monitorización de la prescripción a lo largo del tiempo y la medición del impacto de las intervenciones para mejorar la calidad de esta practica

## ¿Qué tipo de incidentes en medicación son notificados al NRLS desde las unidades de salud mental?

Más del 64% de los 1.648 incidentes en medicación notificados al NRLS tienen que ver con la administración de medicinas desde un área clínica. El 13% corresponden a la preparación o reparto de medicinas y el 13% a la prescripción (tabla 11.). El mayor número de incidentes en la administración refleja el hecho de que son notificados por personal de enfermería y es probable que haya una baja notificación de estos incidentes por parte de médicos y farmacéuticos. Esto coincide con las diferencias en la cultura de notificación existentes entre los distintos grupos de profesionales (ver tabla 4, página 21).

**Tabla 11: incidentes en diferentes etapas del proceso de medicación**

Etapa	Número	Porcentaje
Administración de la medicación desde un área clínica	1,065	64.6
Prescripción	208	12.6
Preparación de la medicación / despacho en farmacia	202	12.3
Monitorización /seguimiento del uso de la medicación	103	6.3
Despacho o entrega de medicación sin receta	13	0.8
Consejo	13	0.8
Otros o desconocidos	44	2.7
<b>Total</b>	<b>1,648</b>	<b>100.0</b>

Fuente: incidentes de salud mental notificados a la base de datos del NRLS hasta finales de septiembre de 2005.

Los tipos de error en la medicación se muestran en la tabla 12. Los errores en las dosis suman el 20% del total. Otros aspectos comúnmente notificados son medicación errónea, frecuencia errónea y medicación omitida. En al menos un quinto de los casos el error no fue notificado.

**Tabla 12: tipo de error en la medicación**

Tipo de error	Número	Porcentaje
Dosis errónea	332	20.1
Error en la mediación	231	14.0
Frecuencia errónea	211	12.8
Medicación o ingrediente omitido	170	10.3
Cantidad errónea	122	7.4
Asociación errónea entre paciente y medicación	115	7.0
Almacenaje erróneo	32	1.9
Método de preparación /entrega incorrecto	31	1.9
Etiquetaje erróneo u omitido	27	1.6
Fecha de caducidad omitida, errónea o pasada	26	1.6
Contraindicaciones al uso de la medicación en relación o otros medicamentos o condiciones	20	1.2
Pacientes alérgicos al tratamiento	15	0.9
Reacción adversa a la medicación (cuando esta correctamente tomada)	14	0.8
Formulación errónea	13	0.8
Itinerario erróneo	8	0.5
Instrucciones a los paciente erróneas /omitidas	6	0.4
Prospecto dado a los pacientes erróneo /omitido	2	0.1
Otros o desconocidos	273	16.6
<b>Total</b>	<b>1,648</b>	<b>100.0</b>

Fuente: incidentes de salud mental notificados a la base de datos del NRLS hasta finales de septiembre de 2005.

La NRLS tiene la capacidad de registrar detalles de medicamentos y dosis implicados en incidentes con medicación. Sin embargo estos campos a menudo no son rellenados aunque la información sobre el fármaco y la dosis puede ser incluida en el texto libre del informe del incidente:

“Martín se quejó de rigidez facial. Tras investigar, Martín admitió que había recibido medicación (Zuclopenthixol 10mg) de otro paciente.”

“Durante su entrevista se hizo evidente que Tom no había recogido su medicación en la fecha correcta y por tanto no había tomado ninguna medicación durante la última semana. Tom dijo que se había sentido demasiado mal como para recoger su medicación como estaba programado. Ni la farmacia ni el personal del hospital de día habían identificado la interrupción de Tom en recoger su medicación”

“Jemma, una enfermera de sala, se dio cuenta que había administrado erróneamente a un paciente una dosis de 100mg tiroxine en lugar de 100mg de thiamine. En la receta, cuando se buscó tras el incidente, se podía leer thiroxine. La sala estaba concurrida a causa de una fiesta de pacientes. Hubo una distracción.”

Se realizó un análisis detallado de los incidentes con medicación en unidades de salud mental con informes recibidos desde septiembre de 2004 a agosto de 2005 para identificar tipos comunes de fármacos y fármacos asociados a incidentes (tabla13). Utilizando información del texto libre de los informes, la clase de fármaco fue identificada en solo la mitad de los incidentes con medicación. La clase de fármaco involucrada con mayor frecuencia en errores de medicación fueron los fármacos antipsicóticos, acumulando el 19% de los incidentes relacionados con medicación y el 42% del total de errores donde la clase de fármaco era conocida.

**Tabla 13: grupos de medicamentos asociados con errores médicos**

Clase de medicamento	BNF	Número	Porcentaje
Antipsicóticos	4.2	236	19.0
Ansiolíticos	4.1	111	9.0
Antidepresivos	4.3	74	6.0
Analgésicos	4.7	65	5.2
Antiepilépticos	4.8	41	3.3
Antidiabéticos	6.1	26	2.1
Otros o desconocidos		687	55.4
<b>Total</b>		<b>1,240</b>	<b>100.0</b>

Fuente: incidentes de salud mental notificados a la base de datos del NRLS desde septiembre de 2004 hasta agosto de 2005.

## ¿Qué sabemos de otras fuentes?

Los fármacos recetados para el tratamiento de enfermedades mentales son un factor clave en un substancial número de muertes. Entre 1993 y 2002 hubo una media de 55 muertes por año asociadas a fármacos antipsicóticos. En una cuarta parte de éstos la muerte fue considerada accidental, mientras en el 60% constó como suicidio o veredicto . Entre 1993 y 2002 hubo también una media de 392 muertes por año asociadas con fármacos antidepresivos de los cuales se estimó que el 78% fueron intencionadas, el 20% por envenenamiento accidental y el 2% atribuido a desórdenes mentales o del comportamiento debido al consumo de . Hay gran variedad en lo relativo a la toxicidad de fármacos individuales. Por ejemplo los antidepresivos tricíclicos son 10 veces más tóxicos que los inhibidores selectivos de .

Estos resultados sugieren dos formas en las cuales el daño asociado a la medicación suscrita puede ser reducido. El primero es a través de prescribir medicación menos tóxica a personas con elevado riesgo de suicidio. Entre 1993 y 2002 cambió el patrón de prescripción de antidepresivos con un incremento de los inhibidores selectivos de serotonina. Durante el mismo periodo las muertes asociadas con antidepresivos disminuyeron de 9 a 7 por millón de . La segunda forma en que se puede disminuir el daño es mejorando la monitorización de los pacientes según los efectos perjudiciales de prescribir fármacos psicotrópicos. La importancia de esta última medida se subraya con el análisis de las reclamaciones por negligencia clínica relativas a los servicios de salud mental. Al menos el 10% son relativas a la medicación (53 reclamaciones hasta finales del 2005) y un tercio de éstas fueron debidas a fallos en la monitorización de los efectos adversos físicos de la medicación prescrita. Los fármacos más comúnmente implicados en este error de monitorización son antipsicóticos (11 casos) y litio (5 casos.) Hay además otros dos casos de anticonvulsionantes (fenitoim y carbamazepine.) La NICE ha generado directrices sobre el uso de medicación .

El siguiente recuadro describe un ejemplo de buenas prácticas en seguimiento de usuarios que reciben clozapine.

## **Seguimiento de pacientes en tratamiento con clozapine: ejemplo de buenas prácticas del Organismo del NHS en Servicios Prioritarios de los condados de Durham y .**

### **Antecedentes**

El clozapine es un anti-psicótico atípico de probada efectividad en esquizofrenia resistente a otros tratamientos. Se introdujo en el mercado a mediados de los años 60 pero se retiró tras una serie de muertes por agranulocitosis con posterior neutropenia (condición que afecta a la habilidad del cuerpo para combatir infecciones.) El clozapine fue relanzado en 1989 con un programa de monitorización para todos los pacientes. El clozapine causa otros efectos adversos como son aumento de peso, exceso de salivación, fuerte estreñimiento, íleo paralítico, taquicardia, dispepsia, hipertensión e hipotensión.

### **El programa de seguimiento**

Se invita a participar en un estricto pero limitado programa de seguimiento clínico a todos los pacientes en tratamiento con clozapine. Consiste en la realización de un análisis de sangre para evaluar la neutropenia: semanalmente durante las primeras 18 semanas del tratamiento, quincenalmente para el resto del primer año y mensualmente hasta el final.

Debido al amplio abanico de efectos secundarios asociados con el fármaco el NHS en Servicios Prioritarios de los condados de Durham y Darlington se implantó un programa de monitorización de la salud física más amplio, para asegurar a nivel institucional un enfoque estandarizado hacia el cuidado del paciente tratado con clozapine. La presión sanguínea, temperatura y peso son revisados en cada visita médica. En el año 2000 los facultativos advirtieron que algunos pacientes, particularmente hombres jóvenes, habían desarrollado síntomas de enfermedad cardiaca. Desde ese momento se realizaron electrocardiogramas a todos los pacientes y la monitorización se extendió a la función hepática, orina y electrolitos, triglicéridos, pruebas tiroideas, índice de masa corporal y hemoglobina A1c.

### **Auditoria clínica**

Se realizó una auditoria a nivel institucional para asegurar que el programa de monitorización clínica estaba siendo aplicado de forma adecuada a todos los pacientes y en todos los servicios. Se identificaron algunas variaciones en la práctica clínica. Las enfermeras que trabajaban con este fármaco, junto con un farmacéutico clínico se reunieron y elaboraron una herramienta de monitorización clínica, que posteriormente se implementó en toda la estructura para rectificar estas variaciones. Actualmente su uso es rutinario para todos los pacientes.

La auditoria fue revisada y repetida para evaluar el cumplimiento con la guía clínica del NICE para y la directriz . Esto condujo a la compra de nuevos aparatos de electrocardiograma (ECG) para asegurar que cada área clínica tenía un acceso directo a los mismos. Se impartió formación específica al personal clínico sobre la lectura de los ECGs.

También han sido muy populares entre los pacientes programas locales de alimentación saludable y consejos sobre práctica de ejercicio físico y abandono del tabaco. Especialistas en dietética han ayudado a aquellos pacientes que como efecto secundario han ganado peso y requieren intervenciones más intensivas. Se ha planificado para el año 2006 una nueva auditoría de la monitorización del clozapine.

La NPSA ha aprobado un proyecto para prevenir eventos adversos en medicación psicotrópica siguiendo un proceso de priorización que tuvo lugar en 2004 (ver recuadro siguiente).<sup>25</sup> La NPSA también contribuye al POMH-UK (ver recuadro de la página 51).<sup>17</sup>

## Proyecto de la NPSA sobre medicación psicotrópica

El proyecto pretende promocionar la práctica de medicación segura entre especialistas de servicios de salud mental

### Objetivos

Identificar barreras en la monitorización rutinaria de efectos secundarios para usuarios de servicios de salud mental medicados con psicotrópicos.

Desarrollar y difundir soluciones a las barreras identificadas.

- Trabajar conjuntamente con el POMH-UK para asegurar que los aspectos relativos a la seguridad del paciente son incorporados a todos los campos de su trabajo. Esto supone:
  - a) Resaltar y promocionar los aspectos de seguridad del trabajo realizados,
  - b) Asegurar que los futuros temas tienen en cuenta la seguridad,
  - c) Trabajar activamente con las organizaciones socias del POMH-UK para desarrollar y comunicar intervenciones que enfatizen prácticas seguras en medicación tales como feedback, benchmarking, educación, formación e información sobre seguridad del paciente.
- Promocionar la práctica segura en medicación de los especialistas de servicios de salud mental.
- Enlazar esta iniciativa con el programa, más ambicioso, de la NPSA que trabaja en práctica segura en medicación.

El proyecto comenzaría este año y continuaría hasta el próximo.

### Mensajes clave y recomendaciones.

- Los incidentes con medicación son especialmente importantes en los servicios de salud mental por los riesgos inherentes que tiene la medicación psicotrópica.
- Los fármacos prescritos para el tratamiento de la enfermedad mental son un factor clave en un elevado número de muertes por envenenamiento.
- Los pacientes medicados con psicotrópicos no suelen recibir una correcta valoración y monitorización de los efectos adversos.
- Fármacos menos tóxicos deberían ser prescritos a pacientes con riesgo de suicidio y deberían seguirse las guías de la NICE <sup>16</sup> sobre el uso de antipsicóticos.

# Parte cuatro

## Comentarios finales

Este informe proporciona el primer análisis detallado, a nivel mundial, relativo a incidentes en seguridad del paciente de salud mental procedente de un sistema nacional de notificación. Es el segundo informe del NPSA del Observatorio de Seguridad del Paciente y reúne información del NRLS y otras fuentes. Demuestra el valor de la notificación desde el lugar de acaecimiento del incidente y que junto con otros datos proporciona una imagen más completa de la seguridad y lo que se puede hacer para mejorarla.

Este segundo informe del NPSA del Observatorio de Seguridad del Paciente:

- Incluye el análisis de cerca de 45.000 incidentes notificados al NRLS hasta finales de septiembre de 2005 y contiene datos recibidos del 75% de los especialistas en salud mental de Inglaterra y Gales.
- Proporciona una imagen más exhaustiva de la seguridad del paciente en salud mental de lo que ha sido posible hasta la fecha, en base a la información notificada al NRLS y al uso de otras muchas fuentes de datos.
- Muestra que donde se han realizado intervenciones éstas han sido efectivas. Por ejemplo, desde marzo de 2002 se ha solicitado a los servicios de salud mental que los rieles de cortina fueran plegables. El NCISH los había identificado como punto de colgamiento para un número substancial de suicidios.<sup>50</sup> Los datos notificados al NRLS indican que esta política ha sido enormemente efectiva para prevenir muertes causadas por colgamiento desde rieles de cortina.
- Destaca temas reconocidos tales como los retos de seguridad en pacientes agudos y los riesgos de la medicación, y aunque estos temas ya se reflejan en la política nacional se necesita más trabajo para implementar los cambios.
- Señala las guías y recursos existentes que puedan dar apoyo a la mejora de la seguridad en los servicios de salud mental.
- Identifica aquellos aspectos requieran especial atención por el NHS para entender mejor las causas subyacentes de los incidentes y cómo poder abordarlos.
- Plantea la seguridad sexual como caso particular que requiere una acción conjunta transversal al servicio.
- Enumera las acciones a realizar tanto a nivel local como nacional encaminadas a mejorar la seguridad, incluyendo las dirigidas por la NPSA.

Los usuarios de los servicios de salud mental, especialmente los que están en fase aguda, son vulnerables a numerosos riesgos. A menudo estos riesgos están relacionados con su propio comportamiento o con el de otros pacientes tales como autolesiones, agresión o violencia y comportamiento sexual desinhibido o son resultado directo de su enfermedad. Esto hace que los usuarios de los servicios de salud mental sean un grupo de pacientes particularmente vulnerable dentro del NHS. En otras ocasiones los pacientes son vulnerables a causa de la debilidad en los sistemas en los que reciben atención. Los servicios de salud mental tienen la responsabilidad de proteger a los pacientes de daños inesperados. Este informe trata de elevar el perfil de la seguridad en los servicios de salud mental y estimular un grupo de acciones transversales al NHS para hacer más segura la atención a todos los pacientes con enfermedad mental.

La NPSA continuará trabajando en la mejora de la seguridad del paciente en servicios de salud mental:

- Revisando y analizando datos concernientes a incidentes de seguridad.
- Trabajando con organizaciones para la mejora de la notificación de los incidentes.
- Facilitando los resultados del NRLS para compartir con todo el NHS lo aprendido.
- Desarrollando y diseminando las soluciones a nivel nacional.
- Colaborando con organizaciones nacionales para apoyar las mejoras en los servicios.

Estaríamos muy agradecidos de recibir cualquier comentario o feedback sobre este informe. Email [psa@npsa.nhs.uk](mailto:psa@npsa.nhs.uk) o escriban a Sarah Scobie, Director del Observatorio, Agencia Nacional de Seguridad del Paciente, 4-8 Maple Street, London W1T 5HD.

# Apéndice

## El Observatorio de Seguridad del Paciente y el Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje.

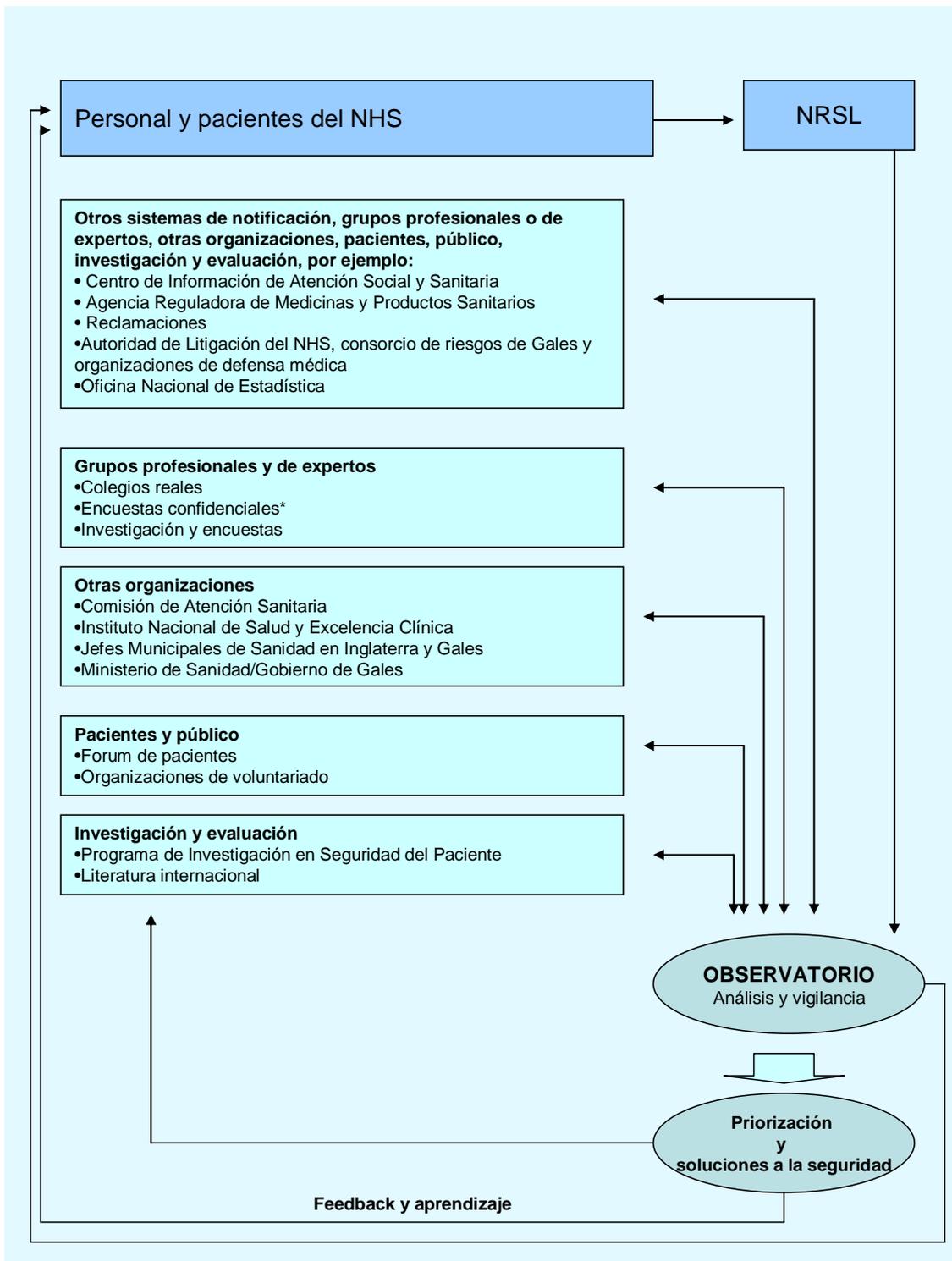
La función básica del Observatorio de Seguridad del Paciente es cuantificar, caracterizar y priorizar los aspectos de seguridad del paciente con objeto de apoyar al NHS en la consecución de una atención sanitaria más segura. La Figura 1 muestra las entradas y salidas del Observatorio de Seguridad del Paciente con ejemplos de las posibles fuentes de información que lo nutren.<sup>4,5</sup>

La NPSA está trabajando con un grupo interesado en la identificación y resumen del grupo de datos clave para lograr una mejor comprensión y por tanto mejorar la seguridad del paciente. Este grupo lo forman las siguientes organizaciones nacionales:

- Comisión de Atención Sanitaria - regulador independiente de los servicios de salud en Inglaterra.
- Oficina Nacional de Estadística.
- Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios – la cual regula los fármacos y material sanitario en el Reino Unido.
- Organizaciones de pacientes como Acción contra los Accidentes Médicos.
- Autoridad de Litigación del NHS.
- Organizaciones de defensa médica

La notificación de incidentes requiere formar parte de un abordaje más amplio para vigilar y controlar enfermedades. Las conclusiones de las notificaciones de los incidentes han de ser consideradas junto con otros datos como publicaciones, opiniones de expertos clínicos, revisión de historias clínicas, estadísticas de episodios de hospitalización, datos de mortalidad, reclamaciones, valoraciones de futuros riesgos, estudios sobre indicadores de seguridad del paciente, investigación observacional, encuestas confidenciales, auditorías y análisis de organizaciones de atención sanitaria. Cruzar información de diferentes fuentes produce una imagen más completa de la naturaleza y gravedad de los incidentes en seguridad del paciente. La NPSA quiere fortalecer la disposición, utilidad y uso de la información sobre seguridad del paciente a nivel nacional con objeto de ayudar a hacer más segura la atención al paciente.

Figura 1: el Observatorio de Seguridad del Paciente

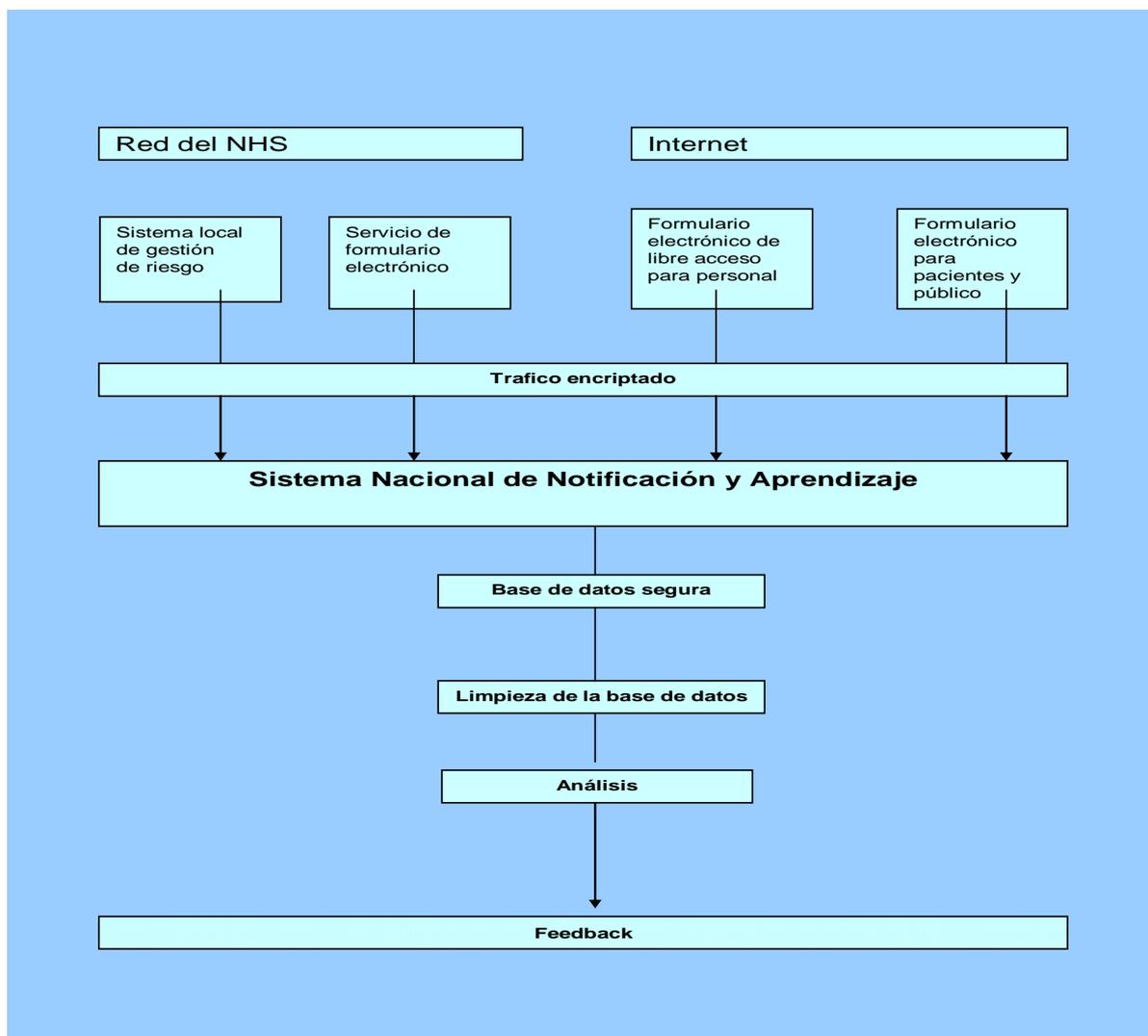


\* Encuesta Nacional Confidencial sobre Consecuencias en el paciente y Muerte (NCEPOD); Encuesta Confidencial sobre Salud Maternal y Pediátrica (CEMACH); Encuesta Nacional sobre Suicidio y Homicidio por enfermos mentales (NCISH).

## El Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje

Los incidentes de seguridad del paciente son notificados electrónicamente al NPSA (figura 2).<sup>66</sup> En la mayoría de los casos la información se recoge directamente de los sistemas locales de gestión del riesgo (LRMS). Esto reduce la necesidad de personal para notificar los incidentes tanto localmente como al NRLS. También está disponible un cuestionario de notificación electrónica para organismos que no disponen de LRMS y para personal que desee notificar sin utilizar el organismo en el que presta sus servicios.<sup>67</sup> Las organizaciones de atención sanitaria tienen una responsabilidad prioritaria en investigar los incidentes y en asegurar que se toman acciones para prevenirlos. El NRLS registra la información sobre el incidente, dispositivo, especialidad, localidad y características del paciente, pero no así datos clínicos del paciente como es el diagnóstico.

Figura 2: Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje.



Los incidentes notificados al NRLS son mantenidos en una base de datos segura y confidencial. Los informes son evaluados y analizados de distintas formas que incluyen:

- Tipo de incidente y tendencias codificando la categoría y utilizando software de análisis.
- Identificando la información del texto libre temas y patrones. La NPSA utiliza software especial para realizar esto <sup>68</sup> y está desarrollando métodos nuevos la explotación de los datos.
- La evaluación regular de determinados tipos de incidentes por personal especializado de la NPSA y asesores clínicos ad hoc.

# Referencias

*Todos los sitios web eran accesibles a 14 d julio de 2006*

- 1 Department of Health. *A National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models*.(1999). Disponible en: [www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/72/09/04077209.pdf](http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/72/09/04077209.pdf)
- 2 Welsh Assembly Government. *Raising the Standard: The Revised Adult Mental Health National Service Framework and an Action Plan for Wales*.(2005). Disponible en: [www.wales.gov.uk/subihealth/content/reports/raising-standard-e.pdf](http://www.wales.gov.uk/subihealth/content/reports/raising-standard-e.pdf)
- 3 Department of Health. Hospital Episodes Statistics (admissions to NHS hospitals under mental illness specialties by gender and age on admission, 1997-1998 to 2003-2004, Table 5.01). [www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Statistics/HospitalEpisodeStatistics/fs/en](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Statistics/HospitalEpisodeStatistics/fs/en)
- 4 National Patient Safety Agency. Patient Safety Observatory. [www.saferhealthcare.org.uk/IHI/ProgrammesAndEvents/Observatory/](http://www.saferhealthcare.org.uk/IHI/ProgrammesAndEvents/Observatory/)
- 5 National Patient Safety Agency. *Building a memory: preventing harm, reducing risk and improving patient safety. The first report of the National Reporting and Learning System and the Patient Safety Observatory*.(2005). Disponible en: [www.npsa.nhs.uk/health/resources/pso](http://www.npsa.nhs.uk/health/resources/pso)
- 6 Department of Health. *National Suicide Prevention Strategy for England*.(2002). Disponible en: [www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/95/48/04019548.pdf](http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/95/48/04019548.pdf)
- 7 Department of Health. *The National Service Framework for Mental Health – Five Years On*.(2004). Disponible en: [www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/91/22/04099122.pdf](http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/91/22/04099122.pdf)
- 8 National Institute for Health and Clinical Excellence. *Falls: the assessment and prevention of falls in older people*.(2004). Disponible en: [www.nice.org.uk/page.aspx?o=CG021](http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=CG021)
- 9 National Institute for Health and Clinical Excellence. *Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments*. (2005). Disponible en: [www.nice.org.uk/pdf/cg025niceguideline.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/cg025niceguideline.pdf)
- 10 Healthcare Commission. National Audits of Violence and Aggression. [www.healthcarecommission.org.uk/serviceproviderinformation/nationalclinicalaudit/furtherinformation.cfm?cit\\_id=388](http://www.healthcarecommission.org.uk/serviceproviderinformation/nationalclinicalaudit/furtherinformation.cfm?cit_id=388)
- 11 National Institute for Mental Health in England. *Mental Health Policy Implementation Guide: Developing Positive Practice to Support the Safe and Therapeutic Management of Aggression and Violence in Mental Health In-patient settings*.Disponible en: <http://kc.nimhe.org.uk/index.cfm?fuseaction=Item.viewResource&intItemID=48881>
- 12 NHS Security Management Service. *Promoting Safer and Therapeutic Services: Implementing the National Syllabus in Mental Health and Learning Disabilities Services*. (2003). Disponible en: [www.cfsms.nhs.uk/doc/psts/psts.guidance.pdf](http://www.cfsms.nhs.uk/doc/psts/psts.guidance.pdf)
- 13 Appleby L et al. *Safety First: Five-Year Report of the National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness*. (2000). Disponible en: [www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/82/43/04058243.pdf](http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/82/43/04058243.pdf)
- 14 National Institute for Mental Health in England. *Preventing suicide: A Toolkit for Mental Health Services*.Disponible en: <http://kc.nimhe.org.uk/upload/SuicidePreventionToolkitweb.pdf>
- 15 National Institute for Health and Clinical Excellence. *Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*.(2004). Disponible en: [www.nice.org.uk/pdf/CG016NICEguideline.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/CG016NICEguideline.pdf)
- 16 National Institute for Health and Clinical Excellence. *Guidance on the use of newer (atypical) antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia*. (2002). Disponible en: [www.nice.org.uk/pdf/ANTIPSYCHOTICfinalguidance.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/ANTIPSYCHOTICfinalguidance.pdf)
- 17 The Prescribing Observatory for Mental Health-UK (POMH-UK). [www.rcpsych.ac.uk/cru/pomh.htm](http://www.rcpsych.ac.uk/cru/pomh.htm)
- 18 Department of Health. *Mental Health Policy Implementation Guide: Adult Acute Inpatient Care Provision*.Disponible en: [www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/91/94/04069194.pdf](http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/91/94/04069194.pdf)
- 19 Department of Health. *Safety,privacy and dignity in mental health units: Guidance on mixed sex accommodation for mental health services*.(2000). Disponible en: [www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/46/53/04014653.pdf](http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/46/53/04014653.pdf)
- 20 Department of Health Children and Mental Health Division and Home Office Violent Crime Unit. *National Service Guidelines for Developing Sexual Assault Referral Centres (SARCs)*. (2005). Disponible en: [www.crimereduction.gov.uk/sexual22.pdf](http://www.crimereduction.gov.uk/sexual22.pdf)
- 21 Department of Health. *Women's Mental Health: Into the Mainstream, Strategic Development of Mental Health Care for Women*. (2002). Disponible en: [www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/54/80/04075480.pdf](http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/54/80/04075480.pdf)
- 22 Department of Health. *National Service Framework for Older People*.(March 2001). Disponible en: [www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/12/83/04071283.pdf](http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/12/83/04071283.pdf)
- 23 Welsh Assembly Government. *National Service Framework for Older People in Wales*. (2006). Disponible en: [www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/439/NSFforOlderPeopleInWalesEnglish.pdf?CFID=3337255&CFTOKEN=44688602](http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/439/NSFforOlderPeopleInWalesEnglish.pdf?CFID=3337255&CFTOKEN=44688602)
- 24 Oliver D et al. *A Systematic Review, Meta Analysis and Economic Evaluation: Prevention of accidental falls and injuries in older people in hospitals and extended care settings, with a focus on dementia and cognitive impairment. Report for Department of Health Accidental Injury Prevention*

- Programme*. October 2005 (in press).
- 25 National Patient Safety Agency. Identifying Priorities for the NPSA Work Programme. [www.npsa.nhs.uk/web/display?contentId=3175](http://www.npsa.nhs.uk/web/display?contentId=3175)
- 26 National Patient Safety Agency. NRLS and Dataset. [www.npsa.nhs.uk/display?contentId=2389](http://www.npsa.nhs.uk/display?contentId=2389)
- 27 National Patient Safety Agency. Root cause analysis training and toolkit. [www.npsa.nhs.uk/web/display?contentId=2665](http://www.npsa.nhs.uk/web/display?contentId=2665)
- 28 National Patient Safety Agency. Incident Decision Tree. [www.npsa.nhs.uk/web/display?contentId=3020](http://www.npsa.nhs.uk/web/display?contentId=3020)
- 29 National Patient Safety Agency. *cleanyourhands* project. [www.npsa.nhs.uk/cleanyourhands](http://www.npsa.nhs.uk/cleanyourhands)
- 30 National Patient Safety Agency Board papers. Disponible en: [www.npsa.nhs.uk/web/display?contentId=3406](http://www.npsa.nhs.uk/web/display?contentId=3406)
- 31 Institute of Medicine. *To Err is Human: building a safer health system*. (2000). Disponible en: [www.nap.edu/books/0309068371/html](http://www.nap.edu/books/0309068371/html)
- 32 Leape LL. Reporting of adverse events. *NEng J Med*. 2002; 347(20): 1633-8
- 33 Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Reporting adverse incidents involving medical devices. [www.mhra.gov.uk/home/ldcplg?ldcService=SS\\_GET\\_PAGE&nodeId=291](http://www.mhra.gov.uk/home/ldcplg?ldcService=SS_GET_PAGE&nodeId=291)
- 34 Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Reporting suspected adverse drug reactions and suspected defects in medicinal products. [www.mhra.gov.uk/home/ldcplg?ldcService=SS\\_GET\\_PAGE&nodeId=286](http://www.mhra.gov.uk/home/ldcplg?ldcService=SS_GET_PAGE&nodeId=286)
- 35 Health Protection Agency. Surgical Site Infection – Mandatory surveillance of orthopaedic categories. [www.hpa.org.uk/infections/topics\\_az/surgical\\_site\\_infection/ManSurv.htm](http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/surgical_site_infection/ManSurv.htm)
- 36 National Patient Safety Agency. *Quarterly National Reporting and Learning System data summary*. (Summer 2006). Disponible en: [www.npsa.nhs.uk/health/resources/pso](http://www.npsa.nhs.uk/health/resources/pso)
- 37 National Patient Safety Agency. *Seven steps to patient safety*. Disponible en: [www.npsa.nhs.uk/sevensteps](http://www.npsa.nhs.uk/sevensteps)
- 38 National Patient Agency. *Please ask*. [www.npsa.nhs.uk/pleaseask](http://www.npsa.nhs.uk/pleaseask)
- 39 Health and Social Care Information Centre. Mental Health Common Minimum Data Set 2004-05. [www.ic.services.nhs.uk/mentalhealth/dataset/pages/data2004-05.asp](http://www.ic.services.nhs.uk/mentalhealth/dataset/pages/data2004-05.asp)
- 40 Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *NEngl J Med*. 1991; 324: 370-6
- 41 Department of Health. *An organisation with a memory*.(2000). Disponible en: [www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/89/48/04088948.pdf](http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/89/48/04088948.pdf)
- 42 Fenn P et al. *The epidemiology of error: an analysis of databases of clinical negligence litigation*, University of Manchester. (2004).
- 43 MIND. *Ward Watch: Mind's campaign to improve hospital conditions for mental health patients*. Disponible en: [www.mind.org.uk/NR/rdonlyres/342E9A90-CF17-4E5C-8BC5-C43C9621EA50/0/Summaryfinal.pdf](http://www.mind.org.uk/NR/rdonlyres/342E9A90-CF17-4E5C-8BC5-C43C9621EA50/0/Summaryfinal.pdf)
- 44 National Patient Safety Agency. *Safer Wards for Acute Psychiatry: a review of available evidence*.(2004). Disponible en: [www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1241\\_SWAP\\_ResearchReport.pdf](http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1241_SWAP_ResearchReport.pdf)
- 45 Norfolk, Suffolk and Cambridgeshire Strategic Health Authority. *Independent Inquiry into the death of David Bennett*.(2003). Disponible en: [www.nscsha.org.uk/resources/pdf/review\\_inquiry/david\\_bennett\\_inquiry/david\\_bennett\\_inquiry\\_report\\_2003.pdf](http://www.nscsha.org.uk/resources/pdf/review_inquiry/david_bennett_inquiry/david_bennett_inquiry_report_2003.pdf)
- 46 The Sainsbury Centre for Mental Health. *Acute Problems: A survey of the quality of care in acute psychiatric wards*.(1998). Disponible en: [www.scmh.org.uk/80256FBD004F3555/vWeb/fIKHAL6FAFCJ/\\$file/briefing+4.pdf](http://www.scmh.org.uk/80256FBD004F3555/vWeb/fIKHAL6FAFCJ/$file/briefing+4.pdf)
- 47 Department of Health. *The Kerr/Haslam Inquiry: the full report*.(2005). Disponible en: [www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4115349&chk=XN1BBZ](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4115349&chk=XN1BBZ)
- 48 Mental Health Act Commission. *The Mental Health Act Commission: In Place of Fear? Eleventh Biennial Report 2003–2005*.(2005) Disponible en: [www.mhac.org.uk/Pages/documents/publications/MHAC%2011%20TEXT%20FA.pdf](http://www.mhac.org.uk/Pages/documents/publications/MHAC%2011%20TEXT%20FA.pdf)
- 49 Meehan J et al. Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. *BJ Psych*.2006; 188: 129-34
- 50 National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by people with mental illness. *Annual figures*.(2005). Disponible en: [www.national-confidential-inquiry.ac.uk/inci/find\\_information/index.cfm?content\\_id=E3C6B2F3-1143-DB05-073C3742C76B5078](http://www.national-confidential-inquiry.ac.uk/inci/find_information/index.cfm?content_id=E3C6B2F3-1143-DB05-073C3742C76B5078)
- 51 City University. *Reducing Absconding*.(2006). Disponible en: [www.citypsych.com/absconding\\_home.asp](http://www.citypsych.com/absconding_home.asp)
- 52 Kinsley J (edited by Kaye C and Franey A). *Security and therapy. In Managing High Security Psychiatric Care*.(1998).
- 53 Healthcare Commission. *Survey of users 2005, Mental health services*. (2005). Disponible en: [www.healthcarecommission.org.uk/contentdisplay.cfm?cit\\_id=493&widCall1=customWidgets.content\\_view\\_1&search\\_string=survey%20of%20users%20mental%20health%20services&usecache=false](http://www.healthcarecommission.org.uk/contentdisplay.cfm?cit_id=493&widCall1=customWidgets.content_view_1&search_string=survey%20of%20users%20mental%20health%20services&usecache=false)
- 54 Bhalla N, Duggan C, Dhillon S. The incidence and nature of drug-related admissions to hospital. *The Pharmaceutical Journal*.2003; 270: 583-6
- 55 Paton C, Gill-Banham S. Prescribing errors in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*. 2003; 27: 208-10
- 56 Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 177: 212-7
- 57 Taylor D et al. Testing for diabetes in hospitalised patients prescribed antipsychotic drugs. *British Journal of Psychiatry*. 2004; 185: 152-6

- 58 Lowe-Ponsford F, Baldwin D. Off-label prescribing by psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*. 2000; 24: 415-7
- 59 Hodgson R, Belgamwar R. Off-label prescribing by psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*. 2006; 30: 55-7
- 60 Harrington M et al. The results of a multi-centre audit of prescribing of antipsychotic drugs for inpatients in the UK. *Psychiatric Bulletin*. 2002; 26: 414-18
- 61 Griffiths C, Flanagan RJ. Fatal poisoning with antipsychotic drugs, England and Wales 1993-2002. *Journal of Psychopharmacology*. 2005; 19(6): 667-74
- 62 Morgan O et al. Fatal toxicity of antidepressants in England and Wales, 1993-2002. *Health Statistics Quarterly*. 2004; 23: 18-24
- 63 For further details of the physical monitoring of clozapine project, contact Christine Parry, project lead, at: Christine.Parry@cddps.nhs.uk
- 64 National Institute for Health and Clinical Excellence. *Schizophrenia: The management of symptoms and experiences of schizophrenia in primary and secondary care*. (2002). Disponible en: [www.nice.org.uk/page.aspx?o=guidelines.inprogress.schizophrenia](http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=guidelines.inprogress.schizophrenia)
- 65 Taylor D, Paton C. *The Maudsley 2003 Prescribing Guidelines*. (2003)
- 66 The National Patient Safety Agency's reporting system. [www.npsa.nhs.uk/health/reporting](http://www.npsa.nhs.uk/health/reporting)
- 67 Reporting an incident to the National Patient Safety Agency. [www.npsa.nhs.uk/health/reporting/reportanincident](http://www.npsa.nhs.uk/health/reporting/reportanincident)
- 68 The National Patient Safety Agency uses specialist software produced by Autonomy. [www.autonomy.com](http://www.autonomy.com)

*Traducción al castellano: Rosario Romero Valencia*



## La Agencia Nacional de Seguridad del Paciente

Reconocemos que la atención sanitaria siempre implica riesgos en la seguridad del paciente, pero que éstos pueden reducirse analizando y atacando las causas que los provocan. Estamos trabajando con los profesionales del NHS y otras organizaciones para promocionar una cultura abierta y justa, y tratamos de alentar a los profesionales a informar a sus organizaciones y a la NPSA cuando algo no marche bien. Es así como podemos construir una mejor imagen de los aspectos de la seguridad del paciente sobre los que hay que trabajar.

**The National Patient Safety Agency**  
4-8MapleStreet London W1T5HD

T 020 7927 9500 F 020 7927 9501

0294JUL06

©NationalPatientSafetyAgency2006.Copyrightandother  
intellectualpropertyrightsinthismaterialbelon  
gtotheNPSAandall  
rightsarerreserved.TheNPSAauthoriseshealth  
hcareorganisationsto  
reproducethismaterialforeducationalandnon  
-commercialuse.

[www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk)

