

Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)

Informe de incidentes de
seguridad notificados en
2014 - 2015

Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)

Informe de incidentes de
seguridad notificados en
2014 - 2015

Este documento ha sido encargado a la Fundación Avedis Donabedian en el marco del contrato nº: 201507PN0015.

REDACCIÓN

Fundación Avedis Donabedian

María del Mar Fernández Maíllo
Joaquim Bañeres Mella

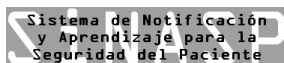
REVISIÓN

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Yolanda Agra Varela

Comunidades y Ciudades Autónomas

Aragón: Jose Ignacio García Montero
Asturias: Bernabé Fernández González
Canarias: María Paloma García de Carlos
Cantabria: Jose Luis Teja Barbero
Castilla-La Mancha: Sonia Cercenado Sorando
Extremadura: Nazaret García Sanguino
Galicia: Bárbara Rodríguez Pérez
INGESA: María Antonia Blanco Galán
Murcia: José María Ruiz Ortega
Navarra: Carmen Silvestre Busto



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea: 680-16-006-0
NIPO CD: 680-16-005-05
Depósito Legal: M-31111-2016

<http://publicacionesoficiales.boe.es/>

Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)

Informe de incidentes de
seguridad notificados en
2014 - 2015



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Índice

Resumen ejecutivo	9
Alcance	11
Incidentes notificados en hospital	13
Análisis global de los incidentes notificados	13
Tipo de incidente	13
Lugar en que ocurrió el incidente	15
Profesión del notificante	17
Consecuencia de los incidentes en los pacientes	17
Riesgo asociado a los incidentes	19
Factores contribuyentes a la aparición del incidente	21
Análisis de algunos de los tipos más frecuentes de incidentes	22
Incidentes relacionados con equipos/dispositivos	23
Incidentes relacionados con pruebas diagnósticas	26
Incidentes relacionados con procedimientos terapéuticos	30
Indicadores de gestión del SiNASP en hospitales	34
Incidentes notificados en atención primaria	37
Análisis global de los incidentes notificados	37
Tipo de incidente	37
Lugar en que ocurrió el incidente	39
Profesión del notificante	39
Consecuencia de los incidentes en los pacientes	40
Riesgo asociado a los incidentes	41
Factores contribuyentes a la aparición del incidente	42
Análisis de los tipos de incidentes notificados más frecuentes	44
Incidentes relacionados con la medicación	44
Incidentes relacionados con la identificación del paciente	47
Incidentes relacionados con pruebas diagnósticas	50

Recomendaciones	55
Recomendación para promover el uso del SiNASP en los centros	55
Recomendaciones para prevenir los incidentes de seguridad más frecuentes	59
Incidentes relacionados con equipos y dispositivos	59
Incidentes relacionados con pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos	60
Incidentes relacionados con el uso de tecnologías de la información	62

Resumen ejecutivo

Este es el segundo informe agregado de los incidentes notificados al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). El objetivo de este informe es presentar el desarrollo del SiNASP y describir los incidentes notificados durante el año 2014 y la primera mitad de 2015, tipo y características de los mismos. Con esta información se pretende fomentar la cultura de seguridad del paciente, compartir conocimiento entre organizaciones y, sobre todo, prevenir la ocurrencia de incidentes de seguridad en los centros del Sistema Nacional de Salud a través del conocimiento de los incidentes que ocurren a los pacientes atendidos en algunos hospitales del SNS.

Entre enero de 2014 y junio de 2015 se notificaron al SiNASP 5.004 incidentes por parte de los profesionales sanitarios de 71 hospitales de 9 Comunidades Autónomas (Castilla-La Mancha, Galicia, Murcia, Cantabria, Canarias, Aragón, Navarra, Extremadura y Asturias) más el INGESA. Un total de 1476 incidentes (29,5%) estaban relacionados con la medicación, lo que supone el tipo más frecuente, seguido por incidentes relacionados con la gestión organizativa y recursos (723 incidentes, 14,4%) y la identificación del paciente (675 incidentes, 13,5%).

Casi la mitad (45%) de los incidentes notificados al SiNASP sucedieron en unidades de hospitalización, seguidos por urgencias y servicios centrales (13% ambas). El bloque quirúrgico supone el 11% de los casos y en las unidades de cuidados intensivos se ha producido el 7% de los incidentes notificados.

Los profesionales de enfermería son los profesionales que más utilizan el sistema, habiendo realizado más de la mitad de las notificaciones. Los médicos han sido responsables del 25% de las notificaciones y en tercer lugar, con un 9%, los farmacéuticos.

Respecto a las consecuencias en los pacientes, el 53% de los incidentes llegaron al paciente y de estos, el 31% ocasionaron algún tipo de daño. La gran mayoría de estos casos provocaron daño temporal. Los profesionales que notificaron los incidentes consideraron que los principales factores que contribuyeron a que ocurriesen estos incidentes eran factores profesionales (sobre todo aspectos de formación o competencia de los profesionales y comportamiento) seguido de factores de la organización (principalmente falta o inadecuación de normas, protocolos o procedimientos de trabajo).

En atención primaria la implantación del SiNASP está siendo progresiva desde comienzos de 2014. El informe incluye el análisis de 468 incidentes notificados en centros de atención primaria de 57 áreas sanitarias de 8 Comunidades Autónomas (Castilla-La Mancha, Galicia, Murcia, Cantabria, Canarias, Aragón, Navarra y Asturias).

En los centros de atención primaria se han notificado un total de 181 incidentes relacionados con la medicación, lo que supone el tipo más frecuente de incidente (38,7%). En segundo lugar están los incidentes relacionados con la identificación (55 incidentes, 11,8%), seguidos por incidentes relacionados con las pruebas diagnósticas (50 incidentes, 10,7%) y el tratamiento (48 incidentes, 10,3%).

Más de un tercio de los incidentes notificados (34,6%) tuvo lugar en una organización o lugar distinto al centro de atención primaria. El 42% ocurrió en el área de consultas (22,2%) o en un consultorio (19,7%).

A diferencia del hospital, en atención primaria el porcentaje de médicos que notifican es notablemente superior al de profesionales de enfermería (44% frente al 28%). En tercer lugar y casi en un 25%, están los profesionales farmacéuticos, comparativamente muy alto en relación al hospital.

A diferencia de los incidentes notificados en hospital, en atención primaria el porcentaje de incidentes que llegaron al paciente es bastante mayor (70% frente al 53%), pero también es más alto el porcentaje de estos que no produjeron daño (84% frente al 69%).

Como sucedía en el hospital, las dos categorías de factores contribuyentes principales son los factores profesionales (50% en primaria y 42% en hospital) y los relacionados con la organización (36% y 33% respectivamente). Sin embargo en atención primaria los factores relacionados con el paciente se considera que contribuyen en bastante mayor medida a los incidentes notificados: 17,95% frente a 10,27%.

El informe incluye un análisis detallado de algunos tipos frecuentes de incidentes de hospital (equipos y dispositivos, pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos) y de atención primaria (medicamentos, identificación y pruebas diagnósticas), para los que se incluyen datos estadísticos, temas abordados, ejemplos de incidentes y análisis de factores contribuyentes.

Finalmente se incluyen algunas recomendaciones generales para seguir avanzando en la implementación del SiNASP y para la reducción de riesgos.

Alcance

Este informe incluye los incidentes notificados al SiNASP entre el 1 de enero de 2014 y el 30 de junio de 2015 tanto en hospitales como en centros de atención primaria.

El SiNASP está siendo implantado de forma progresiva en las Comunidades Autónomas que lo utilizan. En la tabla 1 figuran los hospitales y áreas sanitarias que estaban dados de alta a 30 de junio de 2015.

Tabla I. Centros dados de alta en SiNASP a 30 de junio de 2015		
Comunidad Autónoma	Áreas Sanitarias	Hospitales
Aragón	8	7
Canarias	2	5
Cantabria	3	3
Castilla-La Mancha	15	14
Extremadura	0	14
Galicia	7	15
INGESA	0	2
Murcia	10	10
Navarra	4	3
Principado de Asturias	8	14
TOTAL	57	87

Los incidentes notificados al SiNASP son analizados en primer lugar por los gestores del sistema en el propio centro sanitario en el que se notificaron, con el fin de implementar las medidas de reducción de riesgos necesarias a nivel local. Como parte de este análisis, el gestor del SiNASP puede solicitar información adicional sobre el incidente al notificante para cumplimentar o modificar la documentación del caso. Cuando ha terminado este proceso de análisis, el gestor cambia el estado de la notificación a “cerrado”. En este informe se incluyen las notificaciones que ya han sido analizadas por los centros y que se consideran cerradas, por lo que su información es ya definitiva.

En este informe se han incluido las notificaciones que estaban cerradas el 30 de junio de 2015:

- Hospital: 5.004 notificaciones
- Atención Primaria: 468 notificaciones

Los incidentes se han analizado por separado según el ámbito sanitario en el que han sido notificados.

Incidentes notificados en hospital

Se incluyen los incidentes notificados en 71 hospitales de 9 Comunidades Autónomas más INGESA. Según puede verse en la tabla 2, aunque en el periodo de estudio había 87 hospitales dados de alta, no todos ellos estaban utilizando el sistema.

Extremadura, INGESA y Asturias se incorporaron al SiNASP en el último trimestre de 2014, por lo que solo se han podido incluir notificaciones de una parte del periodo cubierto por este informe.

Tabla II. Hospitales dados de alta en SiNASP a 30 de junio de 2015

Comunidad Autónoma		Comienzo de la implantación	Hospitales dados de alta	Hospitales que utilizan el SiNASP*
1	Castilla-La Mancha	Enero 2010	14	9
2	Galicia	Octubre 2010	15	15
3	Murcia	Febrero 2011	10	10
4	Cantabria	Marzo 2012	3	3
5	Canarias	Febrero 2013	5	4
6	Aragón	Octubre 2013	7	6
7	Navarra	Octubre 2013	3	3
8	Extremadura	Septiembre 2014	14	9
9	INGESA	Septiembre 2014	2	2
10	Principado de Asturias	Noviembre 2014	14	10
Total			87	71

*Se considera que utilizan el SiNASP si han notificado algún incidente en el periodo cubierto por este informe

Entre el 1 de enero de 2014 y el 30 de junio de 2015 se han recogido y gestionado 5.004 notificaciones.

Análisis global de los incidentes notificados

Tipo de incidente

En la Figura 1 se muestra la clasificación de los incidentes notificados según tipo de incidente. Es importante tener en cuenta que un mismo

incidente puede categorizarse en más de una variable (hasta un máximo de 5) porque puede afectar a varios temas. Por ejemplo, si en el traslado de un paciente portador de microorganismos multirresistentes no se guardan las medidas de aislamiento adecuadas, el incidente se podría clasificar en la categoría de infección asociada a la asistencia sanitaria y también en la de transporte/traslados. Además se trata de un campo voluntario, por lo que no todos los incidentes necesariamente se categorizan.

Como puede observarse en la Figura, se han notificado un total de 1.476 incidentes relacionados con la medicación, lo que supone el tipo más frecuente de incidente (29,5%). En segundo lugar están los incidentes relacionados con la gestión organizativa - recursos (723 incidentes, 14,4%), seguidos por incidentes relacionados con la identificación del paciente (675 incidentes, 13,5%). También suponen un importante porcentaje los incidentes relacionados con los equipos y dispositivos (645 incidentes, 12,9%) y los incidentes relacionados con las pruebas diagnósticas (534 incidentes, 10,7%) y con los procedimientos terapéuticos (459 incidentes, 8,3%).

Figura 1. Tipo de incidentes notificados al SiNASP.



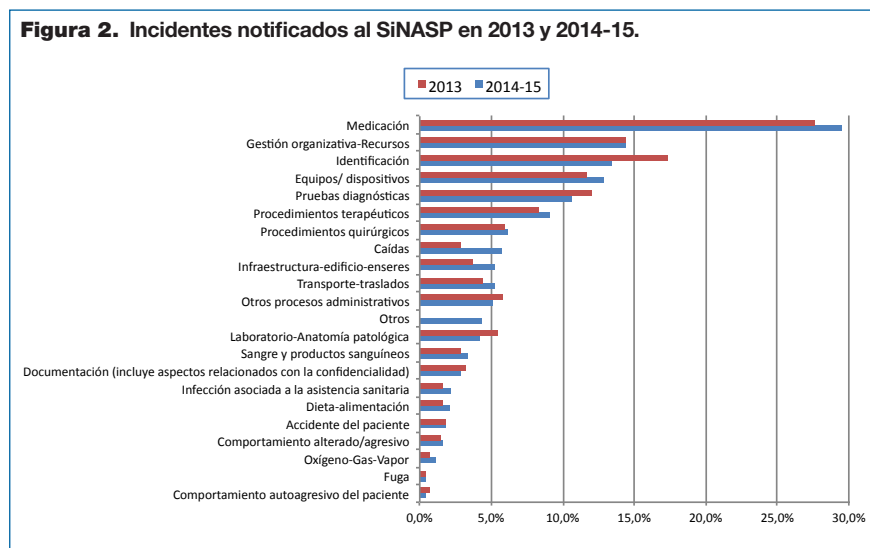
Si comparamos con los datos de 2013 como se muestra en la Figura 2, vemos que ha aumentado la notificación de incidentes relacionados con la medicación, con equipos/dispositivos, procedimientos terapéuticos y quirúrgicos,

caídas, infraestructura y transporte/traslados. Por otro lado, con respecto a 2013 ha disminuido la notificación de incidentes relacionados con la identificación, las pruebas diagnósticas, otros procesos administrativos y el laboratorio.

Por otro lado, un 4% de incidentes aparecen clasificados como “Otros”, lo que no sucedía en 2013, por lo que será conveniente analizarlos para determinar si se está perdiendo algún tipo de información o son necesarias algunas otras categorías de clasificación.

En el informe de 2013 se analizaron más en profundidad los incidentes relacionados con la medicación, identificación y caídas. En esta ocasión nos detendremos en aquellos relacionados con equipos/dispositivos, pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos para tratar de establecer si existen problemas compartidos para los que puedan proporcionarse recomendaciones generales.

Figura 2. Incidentes notificados al SINASP en 2013 y 2014-15.



Lugar en que ocurrió el incidente

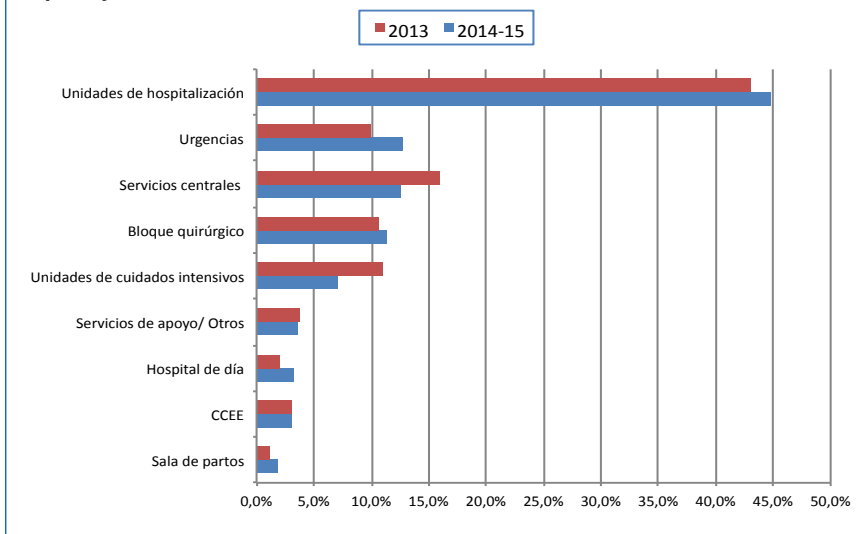
Aunque un mismo incidente puede implicar una cadena de sucesos que incluyan más de una localización del hospital, se clasifica en función del lugar principal en que ocurrió.

Tabla III. Incidentes notificados por área del hospital

INCIDENTES	2014-15		2013	
	N	%	N	%
Unidades de hospitalización	2242	44,80%	1174	42,94%
Urgencias	633	12,65%	269	9,84%
Servicios centrales	627	12,53%	434	15,87%
Bloque quirúrgico	568	11,35%	291	10,64%
Unidades de cuidados intensivos	355	7,09%	300	10,97%
Servicios de apoyo/Otros	175	3,50%	103	3,77%
Hospital de día	162	3,24%	53	1,94%
CCEE	149	2,98%	81	2,96%
Sala de partos	93	1,86%	29	1,06%
TOTAL	5004		2734	

Casi la mitad (45%) de los incidentes notificados al SiNASP sucedieron en unidades de hospitalización, seguidos por urgencias y servicios centrales (13% ambas). El bloque quirúrgico supone el 11% de los casos y en las unidades de cuidados intensivos (UCI) se ha producido el 7% de los incidentes notificados (Tabla 3).

El mayor volumen de notificaciones en determinadas áreas del hospital no necesariamente está relacionado con una mayor incidencia, pues puede reflejar también una mayor sensibilización de los profesionales que trabajan en dichas áreas.

Figura 3. Incidentes notificados al SiNASP en 2013 y 2014-15, según el lugar en que se produjo el incidente.

Con respecto a 2013 vemos que ha aumentado la notificación de incidentes ocurridos en el área de urgencias y que ha disminuido la de los ocurridos en las UCI (Figura 3).

Profesión del notificante

El cuestionario SiNASP recoge información sobre la profesión del notificante, como campo de cumplimentación obligatoria.

Los profesionales de enfermería son los profesionales que más utilizan el sistema, habiendo realizado más de la mitad de las notificaciones. Los médicos han sido responsables del 25% de las notificaciones y en tercer lugar están los farmacéuticos, autores del 9% de los casos. Estos porcentajes son muy similares a los del informe 2013 (Tabla 4).

Tabla IV. Incidentes notificados según profesión del notificante				
Profesión del notificante	2014-15		2013	
	N	%	N	%
Enfermero	2762	55,22%	1522	55,57%
Médico	1238	24,75%	642	23,44%
Farmacéutico	432	8,64%	264	9,64%
Técnico especialista en radiodiagnóstico	85	1,70%	61	2,23%
Otros profesionales sanitarios	54	1,08%	60	2,19%
Auxiliar de enfermería	146	2,92%	56	2,04%
Técnico especialista en laboratorio	35	0,70%	56	2,04%
Otros	72	1,44%	40	1,46%
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)	86	1,72%	13	0,47%
Matrona	37	0,74%	12	0,44%
Fisioterapeuta	16	0,32%	10	0,37%
Técnico/Auxiliar de farmacia	5	0,10%	3	0,11%
Estudiantes/Personal en prácticas	34	0,68%	0	0,00%
TOTAL	5002	100,00%	2739	

Consecuencia de los incidentes en los pacientes

El SiNASP recoge información sobre todo tipo de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, entendiendo como tal los eventos o circunstancias que han ocasionado o podrían haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Esto incluye circunstancias con capacidad de causar un incidente, incidentes que no llegan al paciente (porque algún profesional los detecta antes o simplemente por casualidad) e incidentes que sí que alcanzan al pacien-

te, en cuyo caso pueden causar distintos tipos de daño que van desde daño inexistente o inapreciable hasta contribuir o provocar la muerte del paciente.

En la tabla 5 se muestra la categorización de las consecuencias del incidente en el paciente.

El 53% de los incidentes llegaron al paciente y de estos, el 31% ocasionaron algún tipo de daño.

Tabla V. Consecuencias de los incidentes en los pacientes				
INCIDENTES	2014-15		2013	
	N	%	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	1408	28,14%	797	29,10%
Incidente que no llegó al paciente	960	19,19%	608	22,20%
Incidente que llegó al paciente	2635	52,67%	1334	48,70%
El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	1341	26,80%	689	25,16%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	480	9,59%	257	9,38%
Causó daño temporal y precisó intervención	498	9,95%	249	9,09%
Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	162	3,24%	83	3,03%
Causó daño permanente	26	0,52%	7	0,26%
Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida	95	1,90%	41	1,50%
Contribuyó o causó la muerte del paciente	31	0,62%	8	0,29%
TOTAL	5003		2739	

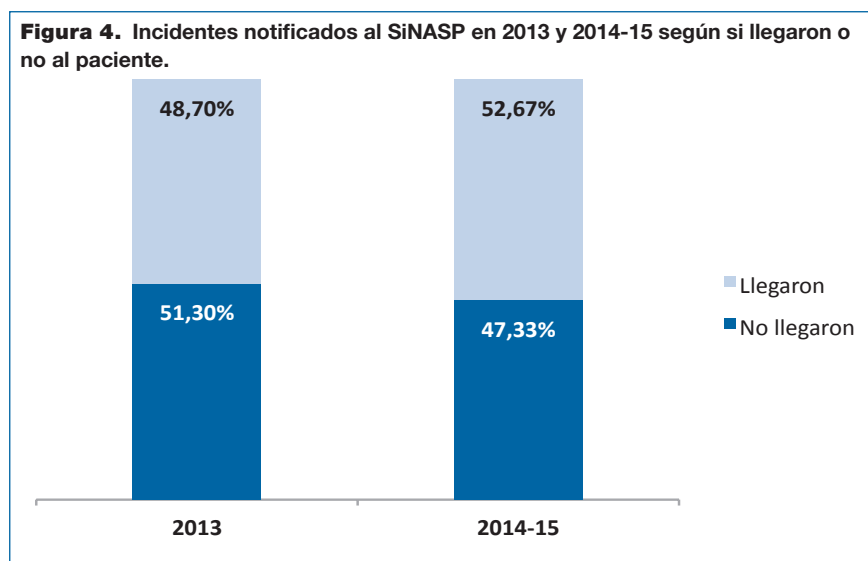
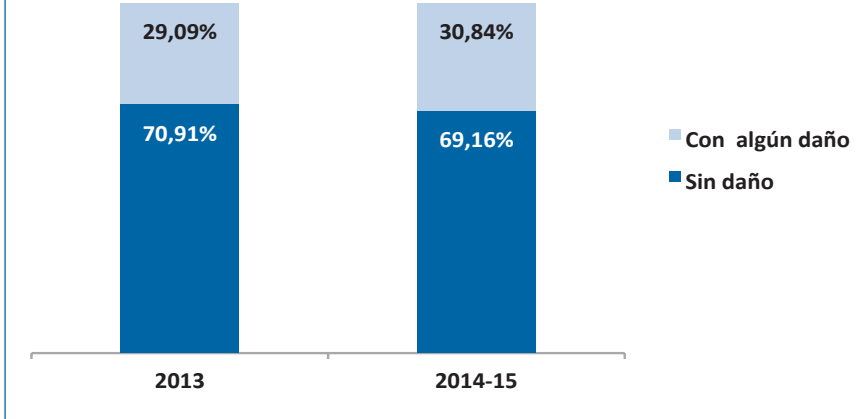


Figura 5. Incidentes notificados al SiNASP en 2013 y 2014-15 con daño o sin daño.



El porcentaje de incidentes notificados que llegaron al paciente es superior a 2013 (Figura 4), pero el porcentaje que ocasiona daño al paciente se mantiene muy similar (Figura 5).

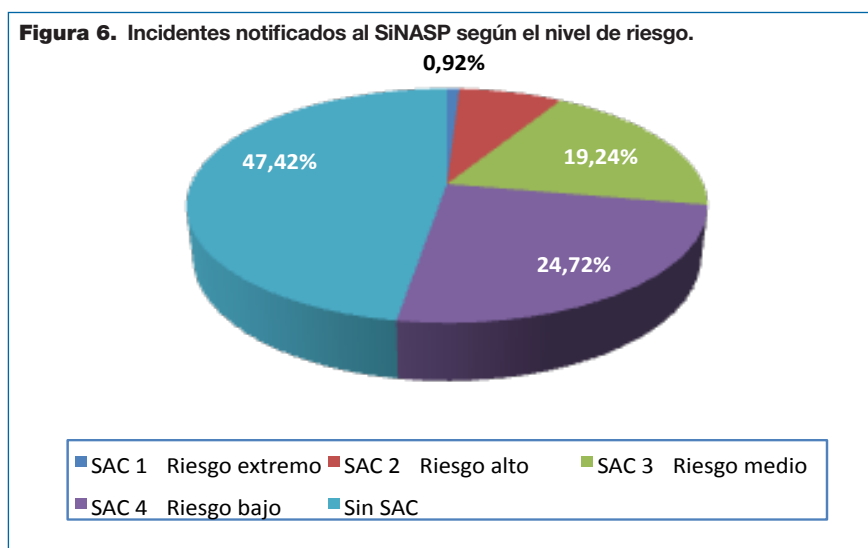
Riesgo asociado a los incidentes

Para la clasificación de los incidentes notificados se utiliza una versión modificada de la matriz del “Severity Assessment Code” (SAC). Esta matriz facilita la cuantificación del nivel de riesgo asociado a un determinado incidente en función de dos variables: la gravedad de las consecuencias del incidente en el paciente (cubierto en el apartado anterior) y su probabilidad de recurrencia (con cinco alternativas de respuesta que van desde muy infrecuente a frecuente). El sistema de clasificación de estas variables queda reflejado en la tabla 6.

Tabla VI. Cálculo del riesgo asociado a un incidente (SAC)					
	Frecuente	Probable	Ocasional	Poco frecuente	Muy infrecuente
El incidente contribuyó o causó la muerte del paciente	Extremo	Extremo	Extremo	Extremo	Alto
El incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
El incidente contribuyó o causó daño permanente al paciente	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado
El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención	Alto	Alto	Moderado	Moderado	Moderado
El incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo	Bajo
El incidente llegó al paciente, pero no le causó daño	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

Hay dos tipos de incidentes que no son susceptibles de una clasificación mediante el SAC: las situaciones con capacidad de causar incidentes y los incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente. Teniendo en cuenta que una de las variables que se utilizan para el cálculo del SAC es el grado de daño y estas dos categorías, por definición, no pueden causar daño a un paciente, ambas categorías se clasifican como “Sin SAC”.

El riesgo asociado a los incidentes notificados al SiNASP queda reflejado en la Figura 6.



El 47,42% de los incidentes no tienen SAC porque no alcanzan al paciente. A partir de ahí, el porcentaje de incidentes va disminuyendo a medida que aumenta la gravedad según el SAC, hasta llegar al SAC 1 (riesgo extremo) que supone casi el 1% de los incidentes. En la tabla 7 se aprecia que el mayor porcentaje de incidentes notificados que llegan al paciente con respecto a 2013 se reparte fundamentalmente entre los SAC4 y SAC3.

Tabla VII. Incidentes notificados al SiNASP en 2013 y 2014-15 según riesgo

GRAVEDAD	2014-15		2013	
	N	%	N	%
SAC 1 - Riesgo extremo	46	0,92%	19	0,69%
SAC 2 - Riesgo alto	385	7,69%	194	7,08%
SAC 3 - Riesgo medio	963	19,24%	476	17,38%
SAC 4 - Riesgo bajo	1237	24,72%	644	23,51%
Sin SAC	2373	47,42%	1406	51,33%
TOTAL	5004		2739	

Factores contribuyentes a la aparición del incidente

La categorización de los factores que contribuyeron a la ocurrencia de los incidentes, según la opinión de los profesionales que los notifican, se incluye en la tabla 8. Un mismo incidente puede estar ocasionado por múltiples factores causales, por lo que el número de factores contribuyentes es mayor al número de incidentes analizados.

Tabla VIII. Incidentes notificados al SiNASP en 2013 y 2014-15 según los factores contribuyentes

Factores contribuyentes	2014-15		2013	
	N	%	N	%
Factores profesionales	2108	42,13%	1311	47,95%
Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	1095	21,88%	686	25,09%
Comportamiento/conducta de los profesionales	768	15,35%	474	17,34%
Problemas de comunicación	564	11,27%	366	13,39%
Factores estresantes/emocionales/fatiga	449	8,97%	205	7,50%
Otros factores de los profesionales	184	3,68%	99	3,62%
Factores de la organización	1676	33,49%	995	36,39%
Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	1071	21,40%	635	23,23%
Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo	570	11,39%	274	10,02%
Cultura de la organización	423	8,45%	241	8,81%
Problemas en el trabajo en equipo	310	6,20%	216	7,90%
Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento	1401	28,00%	559	20,45%
Factores relacionados con el paciente	514	10,27%	215	7,86%

Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	263	5,26%	87	3,18%
Paciente con enfermedad crónica	0	0,00%	68	2,49%
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	95	1,90%	51	1,87%
Otros factores relacionados con el paciente	182	3,64%	14	0,51%
Factores externos	148	2,96%	91	3,33%
Otros	166	3,32%	80	2,93%
TOTAL (*)	6013		3251	
(*) El total puede superar el nº de incidentes notificados porque en un incidente pueden identificarse varios factores contribuyentes.				

Los factores profesionales y los factores de la organización se mantienen como las dos categorías de factores contribuyentes principales, aunque el porcentaje global en casi todas las subcategorías disminuye con respecto a 2013. En cambio, se produce un incremento importante de los factores relacionados con el entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento, así como de los relacionados con el paciente.

Análisis de algunos de los tipos más frecuentes de incidentes

En la tabla 9 figuran las categorías de incidentes notificados en el periodo cubierto por este informe en las que se encuentran los incidentes más graves (SAC 1 y SAC 2). Cada incidente puede haberse incluido en más de una categoría.

	SAC 1 (46)		SAC 2 (385)		Total (431)	
	N	% SAC 1	N	% SAC 2	N	% SAC 1+SAC2
Equipos/dispositivos	13	28,26%	86	22,34%	99	22,97%
Medicación	4	8,70%	87	22,60%	91	21,11%
Gestión organizativa - Recursos	20	43,48%	55	14,29%	75	17,40%
Procedimientos terapéuticos	9	19,57%	65	16,88%	74	17,17%
Caídas	2	4,35%	55	14,29%	57	13,23%
Pruebas diagnósticas	9	19,57%	45	11,69%	54	12,53%
Infraestructura/edificio/enseres	9	19,57%	29	7,53%	38	8,82%

%; Porcentaje de incidentes incluido en la categoría respecto al total de incidentes notificados con dicho SAC.

En el informe de 2013 se analizaron más en profundidad los incidentes relacionados con la medicación y caídas. En esta ocasión se analizan en detalle, por ser los más graves, los relacionados con equipos/dispositivos, pruebas diagnósticas

y procedimientos terapéuticos para tratar de establecer si existen problemas compartidos para los que puedan proporcionarse recomendaciones generales.

Incidentes relacionados con equipos/dispositivos

En el periodo cubierto por este informe se notificaron 645 incidentes relacionados con equipos y dispositivos.

La mayoría de los incidentes están relacionados con otros muchos temas además de los equipos, principalmente con la gestión organizativa (123 casos), procedimientos quirúrgicos (63), infraestructura (61), medicación (60) y procedimientos terapéuticos (60). También aparecen cuestiones como el transporte y los traslados, las pruebas diagnósticas o el oxígeno. En la tabla 10 se detalla el tipo de incidente relacionado con los equipos y dispositivos, según la categorización realizada por los notificantes:

Tabla X. Tipos de incidentes relacionados con equipos y dispositivos (incluyendo los también relacionados con otros temas)	
Tipo de incidente	N
Equipos/dispositivos	645
Gestión organizativa-Recursos	123
Procedimientos quirúrgicos	63
Infraestructura-edificio-enseres	61
Medicación	60
Procedimientos terapéuticos	60
Transporte-traslados	37
Pruebas diagnósticas	34
Oxígeno-Gas-Vapor	27
Identificación	20
Accidente del paciente	16
Caídas	16
Infección asociada a la asistencia sanitaria	15
Otros	13
Otros procesos administrativos	10
Laboratorio-Anatomía patológica	9
Comportamiento alterado/agresivo	8
Dieta-alimentación	7
Sangre y productos sanguíneos	6
Comportamiento autoagresivo del paciente	4
Documentación (incluye aspectos relacionados con la confidencialidad)	4
Fuga	4

Como se muestra en la tabla 11, casi un tercio de los incidentes notificados tuvieron lugar en las unidades de hospitalización y un 23% de los mismos ocurrió en el bloque quirúrgico. En tercer y cuarto lugar figuran las unidades de cuidados intensivos y las urgencias.

Tabla XI. Incidentes relacionados con equipos/dispositivos según el lugar en que tuvieron lugar

Area	N	%
Unidades de hospitalización	212	32,87%
Bloque quirúrgico	146	22,64%
Unidades de cuidados intensivos	98	15,19%
Urgencias	73	11,32%
Servicios centrales	42	6,51%
Servicios de apoyo/Otros	27	4,19%
Hospital de día	23	3,57%
Sala de partos	14	2,17%
Consultas externas	10	1,55%
TOTAL	645	

Más de la mitad de los incidentes (54%) fueron notificados por personal de enfermería. Los médicos notificaron el 37%. El resto de incidentes (9%) fueron comunicados por una gran variedad de otros profesionales sanitarios.

El 63% de los incidentes notificados llegaron al paciente y el 39% de estos ocasionó algún tipo de daño. Como se puede ver en la tabla 12, algo más del 5% de los incidentes comprometieron gravemente la vida del paciente.

Tabla XII. Incidentes relacionados con equipos/dispositivos según si llegaron o no al paciente

Categoría	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	179	27,75%
Incidente que no llegó al paciente	59	9,15%
Incidente que llegó al paciente	407	63,10%
El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	169	26,20%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	80	12,40%
Causó daño temporal y precisó intervención	101	15,66%
Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	20	3,10%
Causó daño permanente	3	0,47%
Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida	31	4,81%
Contribuyó o causó la muerte del paciente	3	0,47%

En cuanto al nivel de gravedad, el 2% de los incidentes notificados se categorizó como SAC 1, el 13% como SAC 2 y un 24% respectivamente como SAC 3 y SAC 4.

Ejemplos de incidentes notificados

Gran número de incidentes notificados tienen que ver con problemas de mantenimiento de los equipos o con la ausencia de los mismos por falta de reposición:

- *El 25/11/2014 con un paciente en quirófano bajo anestesia general y con catéter epidural para analgesia colocado, con el fin de proceder a una gastrectomía total por laparoscopia se nos informa de que no quedan existencias de la grapadora circular (EEA XL premium plus n°25) necesaria para realizar la anastomosis esófago-yeyunal por vía laparoscópica. Este incidente obligó a convertir la cirugía a una vía abierta dado que no existía alternativa válida en la casa para realizar por vía laparoscópica la citada anastomosis.*
- *Paciente en sedestación en cama de planta de hospitalización quirúrgica (cabecera de la cama a >45°) con ventilación mecánica no invasiva. Deterioro gasométrico y neurológico por lo que se decide intubación. Se avisa a enfermería que prepara material (respirador, laringoscopio, tubo orotraqueal, medicación...). Se les ordena poner al paciente en decúbito supino y se comprueba que el mando no funciona (previamente se había ordenado colocar al paciente en sedestación y el mando había respondido sin problemas). Se comprueba que no es problema del enchufe. La enfermería me refiere que no es la primera vez que les ocurre esto y que en su experiencia, la cama no va a responder, por lo que se decide cambiar al enfermo de cama para la intubación.*
- *Fallo eléctrico en la cama al acostar al paciente (cama plana). La cama deja de realizar todo tipo de movimientos y no es posible suplirlos de manera manual. El paciente sufre desaturación (de 98% baja a 88%). Refiere falta de aire y se incrementa su frecuencia cardíaca. Sentamos manualmente en cama, ponemos ventilación mecánica (ventilación mecánica no invasiva con presión espiratoria EPAP =10 y EPAP=5) con respirador de ventilación no invasiva Respirationics que teníamos a pie de cama (tenía pauta de 1 h por turno). Ponemos 3 mg de morfina intravenosa. El cuadro remonta en unos 10- 15 minutos. El servicio de mantenimiento nos informa que esos fallos eléctricos son habituales debidos a sobrecargas y la solución es dejar la cama en reposo unos 30 minutos. Estos fallos eléctricos en camas de enfermos críticos son más habituales de lo deseable en nuestra unidad.*

- *Sobre las 2:15 nos llama la adjunta de guardia de la UCI para que subamos a una parada, a nuestra llegada la doctora está intentando intubar a la paciente y al pedir unas pinzas de Magill, nos damos cuenta que en carro de paradas de la planta hay dos pinzas, pero ninguna de las dos es de Magill. Tras intubarla procedemos a trasladarla a la UCI, pero la bala de oxígeno de la planta está vacía y tenemos que esperar que traigan otra.*
- *Sobre las 16h ingresa en nuestra unidad una paciente con un bloqueo auriculoventricular completo con inestabilidad hemodinámica. Se estabiliza y se traslada a la sala de marcapasos (MCP) para la implantación de un marcapasos transitorio. Cuando el personal va a prepararse para la implantación del MCP se encuentra que no hay mandiles plomados para todos, solo hay uno para el médico y otro para una enfermera o auxiliar, hay otros dos ROTOS. En este tipo de técnicas en situaciones de urgencia/emergencia es necesario un médico para la implantación de MCP, una auxiliar para asistir al médico con el material y una enfermera para activar y modificar los parámetros del MCP transitorio, además en esta situación se precisaba de otro enfermero debido a la situación crítica de la paciente. Tuvimos que pegar los dos mandiles que tenemos ROTOS con esparadrapo.*

Los notificantes consideraron que los factores contribuyentes más importantes para la ocurrencia de estos incidentes fueron los factores relacionados con el entorno de trabajo, instalaciones y equipamiento (en un 67% de los casos). Los factores profesionales (principalmente en relación con la formación o competencia de los profesionales) contribuyeron en el 27% de los casos y los factores de la organización (sobre todo por la falta o inadecuación de las normas) afectaron en el 26% de los incidentes.

Incidentes relacionados con pruebas diagnósticas

En el periodo cubierto por este informe se notificaron 534 incidentes relacionados con pruebas diagnósticas.

La mayoría de los incidentes están relacionados con otros temas, principalmente con el laboratorio (113 casos), la identificación (104), la gestión organizativa y los recursos (77). La tabla 13 detalla el tipo de incidente relacionado con pruebas diagnósticas, según la categorización de los notificantes:

Tabla XIII. Tipos de incidentes relacionados con pruebas diagnósticas (incluyendo los también relacionados con otros temas)

Tipo de incidente	N
Pruebas diagnósticas	534
Laboratorio-Anatomía patológica	113
Identificación	104
Gestión organizativa-Recursos	77
Procedimientos terapéuticos	49
Transporte-traslados	38
Otros procesos administrativos	36
Equipos/dispositivos	34
Medicación	33
Sangre y productos sanguíneos	26
Procedimientos quirúrgicos	14
Infraestructura-edificio-enseres	13
Documentación (incluye aspectos relacionados con la confidencialidad)	12
Otros	12
Caídas	10
Comportamiento alterado/agresivo	2
Dieta-alimentación	2
Infección asociada a la asistencia sanitaria	2
Oxígeno-Gas-Vapor	2
Accidente del paciente	1

El 41% de este tipo de incidentes fueron notificados por médicos, el 37% por profesionales enfermeros y el 9% por técnicos de radiodiagnóstico.

Como se muestra en la tabla 14, el 44% de los incidentes notificados tuvieron lugar en los servicios centrales y un 20% de los mismos ocurrió en las unidades de hospitalización. En tercer lugar figuran las urgencias (17%).

Tabla XIV. Área en que se produjo el incidente relacionado con pruebas diagnósticas

Area	N	%
Servicios centrales	236	44,19%
Unidades de hospitalización	105	19,66%
Urgencias	92	17,23%
Consultas externas	30	5,62%
Bloque quirúrgico	22	4,12%
Servicios de apoyo/Otros	20	3,75%
Unidades de cuidados intensivos	16	3,00%
Sala de partos	7	1,31%
Hospital de día	6	1,12%
TOTAL	534	

El 60% de los incidentes notificados llegaron al paciente y el 32% de estos ocasionó algún tipo de daño. Como se aprecia en la tabla 15, en torno al 4% de los incidentes comprometieron gravemente la vida del paciente.

Tabla XV. Incidentes relacionados con pruebas diagnósticas según si llegaron o no al paciente

Categoría	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	133	24,91%
Incidente que no llegó al paciente	80	14,98%
Incidente que llegó al paciente	321	60,11%
El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	170	31,84%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	48	8,99%
Causó daño temporal y precisó intervención	53	9,93%
Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	20	3,75%
Causó daño permanente	9	1,69%
Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida	16	3,00%
Contribuyó o causó la muerte del paciente	5	0,94%

En cuanto al nivel de gravedad, el 1,7% de los incidentes notificados se categorizó como SAC 1, el 8% como SAC 2, el 21% como SAC 3 y el 29% SAC 4.

Ejemplos de notificaciones

Las más frecuentes tienen que ver con problemas de identificación. Las más graves con retrasos en la realización de pruebas diagnósticas o con fallos en

la interpretación de las mismas; en el caso de diagnóstico por imagen, las notificaciones más graves se refieren a reacciones anafilácticas.

- *Dos extracciones de sangre que se confunden entre dos pacientes y se mezclan. A uno de los pacientes se le diagnostica de SIDA (durante tres días piensa que es así), al realizarle una extracción de líquido cefalorraquídeo se comprueba que no tiene VIH. La sangre era de otro paciente.*
- *El enfermero entra a hacer una extracción sanguínea. La habitación es compartida por 2 pacientes. No comprueba datos personales del paciente y selecciona al paciente por el número de cama, realizando la extracción al paciente equivocado. La validación de la analítica la realiza un enfermero distinto al que realiza la prueba. Al finalizar la extracción y revisar nuevamente la petición se da cuenta del error.*
- *Paciente que presenta escroto agudo con sospecha de torsión teste, se realiza petición de ecografía testicular a las 16:00, se avisa en dos ocasiones ante la tardanza de realización al servicio de radiología de la prueba. Pasadas 8 horas realizan informe de la prueba con diagnóstico de torsión de teste. El enfermo lo pasa a quirófano.*
- *Inmediatamente después de la administración del contraste el paciente presenta náuseas y prurito en manos y pies, y en pocos minutos refiere también disnea presenta sibilancias a la auscultación. Se avisa a radiólogo de guardia y este a su vez avisa a UCI. Se monitoriza al paciente: tensión arterial 90/40; frecuencia cardíaca 97; saturación de oxígeno 91%. Se administran 200 mg de actocortina intravenosa, 1 ampolla de Polaramine® intravenosa y oxígeno con Ventimask® a 15l. Tras mejorar el cuadro se remite al paciente a urgencias para observación.*
- *Mujer que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal a las 22,37 horas del día 05/08/2014, se establece procedimiento de triaje de enfermería y valoración médica de consulta rápida con petición de analítica general de sangre y realizada radiología abdominal a las 1,10 del día 06/08/2014, la paciente permanece en área de triaje toda la noche en silla y posteriormente en camilla pendiente de realizar ecografía abdominal solicitada por médico de urgencias a las 1,57 y validada por servicio de radiología a las 7,09; realizada a 7,20 y emitido informe a la 7,40 con diagnóstico de apendicitis aguda; localización y valoración de cirujano de guardia a las 8,15, con indicación de completar pre operatorio para intervención quirúrgica en la mañana. Cursado trámite administrativo de ingreso sobre las 9,34 e intervención quirúrgica en quirófano de urgencia sobre las 10 horas del día 06/08/2014.*

- *Paciente valorado en urgencias por clínica de dolor torácico anginoso. Se realiza electrocardiograma (ECG) y estudios seriados de marcadores de daño miocárdico. No se identifican los datos de infarto ya presentes en el ECG de ingreso ni se interpretan adecuadamente las analíticas, por lo que no se administra tratamiento de reperfusión, sino que se traslada, donde además ingresa en una unidad de especialistas en cardiología, no monitorizada, donde tampoco se diagnostica al paciente. Se hace comentario en el pasillo con el intensivista de guardia, refiriendo que el ECG es normal y que el paciente está sin dolor. No es valorado por UCI en ese momento porque con esa información se interpreta como paciente de bajo riesgo. Tres días más tarde se avisa a UCI por nuevo episodio de angina con signos clínicos y en las pruebas complementarias de infarto agudo de miocardio evolucionado y angina postinfarto.*

Los notificantes consideraron que los factores contribuyentes más importantes para la ocurrencia de estos incidentes fueron en más de la mitad de los casos los factores profesionales (principalmente en relación con la formación o competencia de los profesionales y los problemas de comunicación). Los factores de la organización (sobre todo por la falta o inadecuación de las normas) afectaron en el 33% de los incidentes. El entorno de trabajo, instalaciones o equipamiento contribuyeron en el 22%.

Incidentes relacionados con procedimientos terapéuticos

En el periodo cubierto por este informe se notificaron 459 incidentes relacionados con procedimientos terapéuticos.

La mayoría de los incidentes están relacionados con otros muchos temas además de los procedimientos terapéuticos, principalmente con medicación (93 casos), la gestión organizativa y los recursos (64) así como equipos y dispositivos (60). Otros temas frecuentemente relacionados con los incidentes en los procedimientos terapéuticos son la sangre y productos sanguíneos, las pruebas diagnósticas y los procedimientos quirúrgicos. La siguiente tabla detalla el tipo de incidente relacionado con los procedimientos terapéuticos, según la categorización de los notificantes:

Tabla XVI. Tipos de incidentes relacionados con procedimientos terapéuticos (incluyendo los también relacionados con otros temas)

Tipo de incidente	N
Procedimientos terapéuticos	459
Medicación	93
Gestión organizativa-Recursos	64
Equipos/dispositivos	60
Sangre y productos sanguíneos	50
Pruebas diagnósticas	49
Procedimientos quirúrgicos	31
Identificación	21
Transporte-traslados	17
Dieta-alimentación	13
Infección asociada a la asistencia sanitaria	13
Otros	12
Otros procesos administrativos	9
Infraestructura-edificio-enseres	9
Documentación (incluye aspectos relacionados con la confidencialidad)	8
Accidente del paciente	7
Laboratorio-Anatomía patológica	6
Caídas	5
Oxígeno-Gas-Vapor	5
Comportamiento alterado/agresivo	4
Comportamiento autoagresivo del paciente	4
Fuga	2

El 46,5% de las notificaciones han sido realizadas por profesionales enfermeros. Los médicos han comunicado el 42% de los incidentes y los farmacéuticos el 5%.

Según figura en la tabla 17, casi la mitad de los incidentes notificados relacionados con procedimientos terapéuticos han tenido lugar en las unidades de hospitalización. El 15% se han producido en urgencias y el 11% en las unidades de cuidados intensivos.

Tabla XVII. Lugar en que se produjo el incidente relacionado con procedimientos terapéuticos		
Area	N	%
Unidades de hospitalización	222	48,37%
Urgencias	69	15,03%
Unidades de cuidados intensivos	51	11,11%
Bloque quirúrgico	35	7,63%
Servicios centrales	34	7,41%
Servicios de apoyo/Otros	16	3,49%
CCEE	13	2,83%
Hospital de día	12	2,61%
Sala de partos	7	1,53%
TOTAL	459	

El 65% de los incidentes notificados llegaron al paciente y el 40% de estos ocasionó algún tipo de daño. Como se puede ver en la tabla 18, más del 6% de los incidentes comprometieron gravemente la vida del paciente.

Tabla XVIII. Incidentes relacionados con procedimientos terapéuticos según si llegaron o no al paciente		
Categoría	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	123	26,80%
Incidente que no llegó al paciente	39	8,50%
Incidente que llegó al paciente	297	64,71%
El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	118	25,71%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	60	13,07%
Causó daño temporal y precisó intervención	52	11,33%
Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	34	7,41%
Causó daño permanente	5	1,09%
Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida	25	5,45%
Contribuyó o causó la muerte del paciente	3	0,65%

El 16% de los incidentes notificados se han categorizado como SAC 1 o SAC 2 y el 25% como SAC 3.

Ejemplos de notificaciones

Esta es un área que incluye incidentes muy variados, como lo son los propios procedimientos terapéuticos. En bastantes casos se aprecian problemas re-

lacionados con la capacitación de los profesionales o con la organización de los servicios, que generan retrasos o fallos de comunicación.

- *Llamada del Servicio de Urgencias al cirujano de guardia para valorar una paciente que da entrada a las 12.15 de la mañana. Se sospecha un abdomen agudo, y además de radiografía y analítica se solicita ecografía abdominal y tomografía axial computarizada (TAC). Estas dos últimas pruebas las hace sobre las 17 h. Cuando el cirujano la observa en urgencias se encuentra una paciente con dolor, que entró con tensión arterial elevada (por el dolor probable), que es diabética. Desde la entrada no se valoran en ningún momento las constantes ni la glucemia. La única medicación administrada para el dolor fue un paracetamol cuando entró. No tiene suero alguno.*
- *Paciente de 16 años que tras atropello sufre traumatismo craneoencefálico grave con hematoma epidural, subdural y contusiones hemorrágicas temporoparietales izquierdas y fractura de peñasco ipsilateral con GCS (escala de coma de Glasgow) inicial de 14 y agitación. Se decide traslado a otro hospital para valoración por Neurocirugía. En Urgencias y previo al traslado se procede a intubación orotraqueal, escasos minutos tras el procedimiento, bradicardia extrema y parada cardíaca que precisa reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada, a los quince minutos se avisa a UCI, objetivando a nuestra llegada pupilas midriáticas arreactivas, asistolia en monitorización y salida de contenido intestinal por tubo de IOT (intubación orotraqueal) con acidosis respiratoria y metabólica con pCO₂ de 112 y lactato mayor de 10. Tras revisión de vía aérea se observa mal posicionamiento del tubo, se realiza nueva IOT, se continua con RCP avanzada durante 3 minutos con salida en ritmo sinusal, tiempo total de RCP 29 minutos y administración de 9 adrenalinas. Pupilas midriáticas arreactivas. Tras recuperación de ritmo se repite TC (tomografía computerizada) sin objetivar nuevas lesiones intracraneales. Se procede a traslado a otro hospital.*
- *Paciente de 24 años de edad, con antecedentes de anemia ferropénica, transfundida con 3 unidades de concentrados de hematíes, sin seleccionar fenotipados, la tercera a pesar de nivel de Hemoglobina 85 g/L. En el siguiente embarazo, en el control, presenta aloinmunización con presencia de Anticuerpo Irregular Anti Rhc, con un título de 1/256. Pendiente de estudio para descartar Enfermedad Hemolítica.*
- *Paciente tratada con Tensoplast® por esguince grado 1 que acude por tener hoy más dolor y estar centrado en dorso de pie. Se retira vendaje, que estaba apretado y presenta dos erosiones en dorso de pie.*
- *Paciente a la que colocó una férula y acude por molestias. Estaba poco almohadillada y había provocado roces en el dorso del pie.*

- *Paciente ingresado el 04/05/2015 en el servicio de cardiología con diagnóstico de BAV (bloqueo auriculoventricular) grado 2 Mobitz I pendiente de marcapasos que el día 8/05/2015 continúa en una camilla de la sala vigilada pendiente de valorar colocación de marcapasos.*
- *Paciente portadora de reservorio que hay que hacerle extracción de analítica y la enfermera intenta cogerle una vía periférica porque no sabe el manejo del reservorio. Ante esta actuación el familiar se niega a que le pinchen en otro lugar que no sea el reservorio.*
- *Paciente sometido a cirugía por hernia inguinal bilateral. Se prescribe iniciar movilización a partir de las 4 horas de la cirugía. Al paciente, no solo no se le levanta, sino que se le sonda porque no es capaz de orinar sin levantarse. Permanece sondado toda la noche y sin levantarse, por lo que al día siguiente no puede ser dado de alta como estaba previsto.*

Los notificantes consideraron que los factores contribuyentes más importantes para la ocurrencia de estos incidentes fueron en el 62% de los casos los factores profesionales (principalmente en relación con la formación o competencia de los profesionales, su comportamiento y los problemas de comunicación). Los factores de la organización (sobre todo por la falta o inadecuación de las normas) afectaron en el 39% de los incidentes. En el 27% de los casos intervinieron factores del entorno de trabajo, instalaciones o equipamiento y en un 9% de los incidentes también contribuyeron factores del paciente

Indicadores de gestión del SiNASP en hospitales

El SiNASP cuenta con un conjunto de indicadores que proporcionan información a tiempo real a los gestores sobre el funcionamiento del sistema de notificación en cuatro ámbitos (volumen, gestión y análisis de notificaciones y mecanismos de información a los profesionales), para facilitar la monitorización continuada¹. Supone también una herramienta de benchmarking, puesto que los resultados de los indicadores se comparan con los de los demás centros que utilizan el sistema. El objetivo de los indicadores es proporcionar información para facilitar la autogestión de los propios responsables del SiNASP a los distintos niveles. Los indicadores monitorizan el funcionamiento del sistema y, por lo tanto, son principalmente indicadores de proceso.

Los indicadores del SiNASP aportan datos objetivos de cómo está funcionando el sistema sin estar asociados a un juicio de valor que indique si los resultados son buenos o no.

A nivel de centro y área sanitaria, los indicadores avisan a los gestores sobre los aspectos que tienen unos resultados considerablemente distintos a los de los demás centros, o bien que tienen tendencias negativas. Los gesto-

1 Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Manual de Usuario para el Gestor del Sistema. Sexta versión, diciembre 2015.

res del SiNASP en las comunidades autónomas (CCAA) y en el ministerio de sanidad (MSSSI) también disponen de un cuadro de mando compuesto por una selección de estos indicadores. Mediante esta información, los gestores en las CCAA y en el MSSSI tienen una visión global del funcionamiento del sistema, que ayuda a orientar el apoyo a los centros.

Si se analizan a nivel SNS los indicadores correspondientes al periodo incluido en este informe, se pueden destacar algunos aspectos para la mejora:

- El tiempo medio de asignación de notificaciones es alto: 13,2 días, existiendo amplias diferencias entre CCAA (3,5 a 34,4 días).
- El tiempo medio de gestión es de 29,9 días, pero en 5 CCAA es superior, llegando incluso a duplicarlo en algún caso.
- Un 5,8% de las notificaciones pasan más de un mes sin ser gestionadas, pero en 7 CCAA las cifras están por encima. Además, se nota un empeoramiento de los datos en la primera mitad de 2015.
- Solo el 88% de las notificaciones se cierran con acciones, cuando esta cifra debería ser prácticamente del 100%.
- El 9% de las notificaciones son SAC 1 o SAC 2, pero solo el 23% de ellas se cierra con indicación de realizar un análisis causa-raíz.
- Solo el 80,7% de los notificantes identificados recibe un correo de acuse de recibo, cuando esta cifra debería ser del 100%.

El porcentaje de notificantes que se identifican es alto: 59,2%. En 5 CCAA está por encima de dicha cifra llegando a ser en un caso superior al 90%.

Incidentes notificados en atención primaria

Se incluyen los incidentes notificados en centros de atención primaria de 57 áreas sanitarias de 8 Comunidades Autónomas. Según puede verse en la tabla 19, la implantación del SiNASP en atención primaria es todavía muy reciente y solo los centros de Castilla-La Mancha, Galicia y Murcia han estado dados de alta en el sistema durante todo el periodo de tiempo cubierto por este informe.

Extremadura e INGESA todavía no han iniciado la implantación del SiNASP en Atención Primaria.

Tabla XIX. Áreas sanitarias dadas de alta en el SiNASP a 30 de junio de 2015

Comunidad Autónoma	Comienzo de la implantación	Áreas Sanitarias
Aragón	Octubre 2014	8
Canarias	Noviembre 2014	2
Cantabria	Septiembre 2014	3
Castilla-La Mancha	Diciembre 2013	15
Extremadura		0
Galicia	Diciembre 2013	7
INGESA		0
Murcia	Diciembre 2013	10
Navarra	Octubre 2014	4
Principado de Asturias	Noviembre 2014	8
TOTAL		57

Entre el 1 de enero de 2014 y el 30 de junio de 2015 se han recogido y gestionado 468 notificaciones.

Análisis global de los incidentes notificados

Tipo de incidente

En la Figura 7 se muestra la clasificación de los incidentes notificados según tipo de incidente. Es importante tener en cuenta que un mismo incidente puede categorizarse en más de una variable, porque puede afectar a varios

temas. Además se trata de un campo voluntario, por lo que no todos los incidentes necesariamente se categorizan.

Como puede observarse en la Figura, se han notificado un total de 181 incidentes relacionados con la medicación, lo que supone el tipo más frecuente de incidente (38,7%). En segundo lugar están los incidentes relacionados con la identificación (55 incidentes, 11,8%), seguidos por incidentes relacionados con las pruebas diagnósticas (50 incidentes, 10,7%) y el tratamiento (48 incidentes, 10,3%).

Figura 7. Tipos de incidentes notificados al SiNASP.

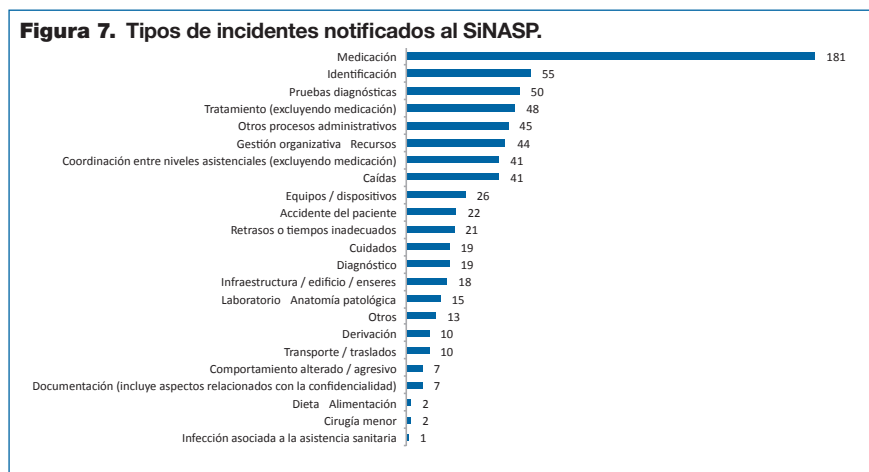
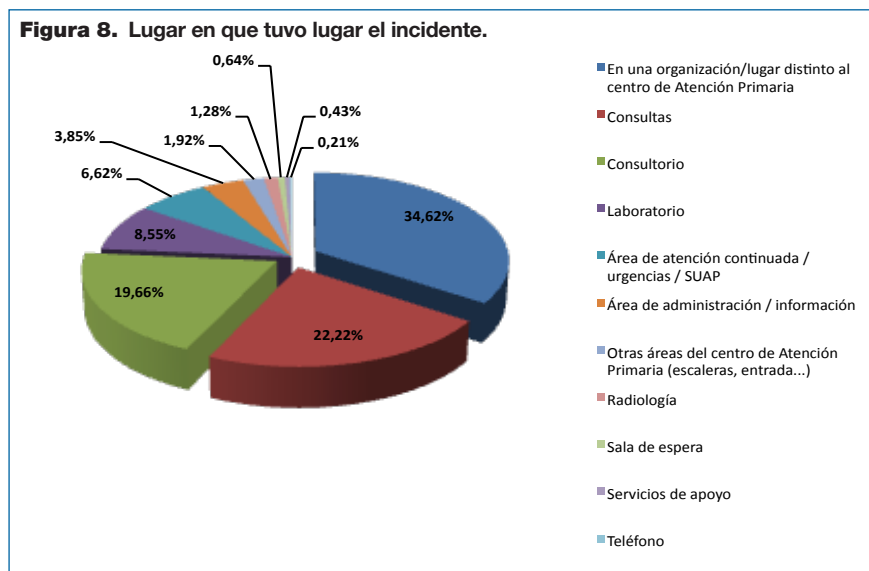


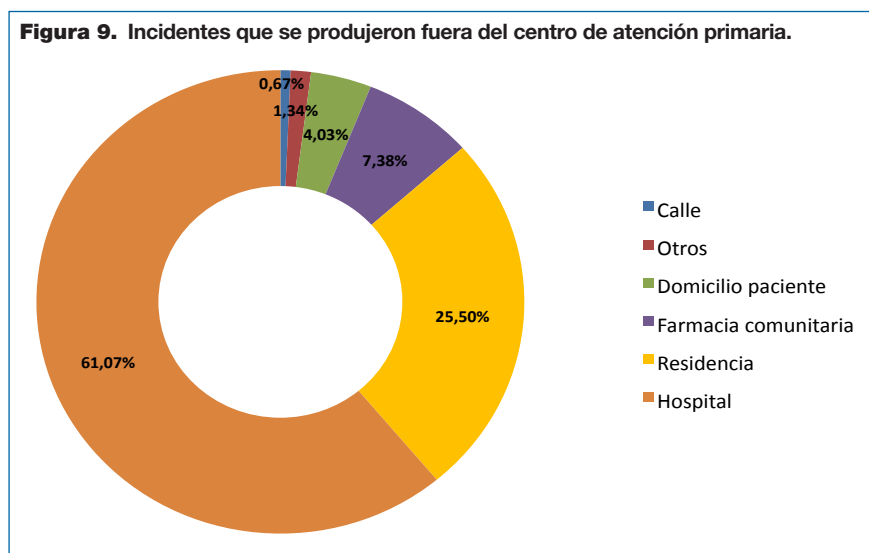
Figura 8. Lugar en que tuvo lugar el incidente.



Lugar en que ocurrió el incidente

Como se aprecia en la Figura 8, más de un tercio de los incidentes notificados (34,6%) tuvo lugar en una organización o lugar distinto al centro de atención primaria. El 42% ocurrió en el área de consultas (22,2%) o en un consultorio (19,7%).

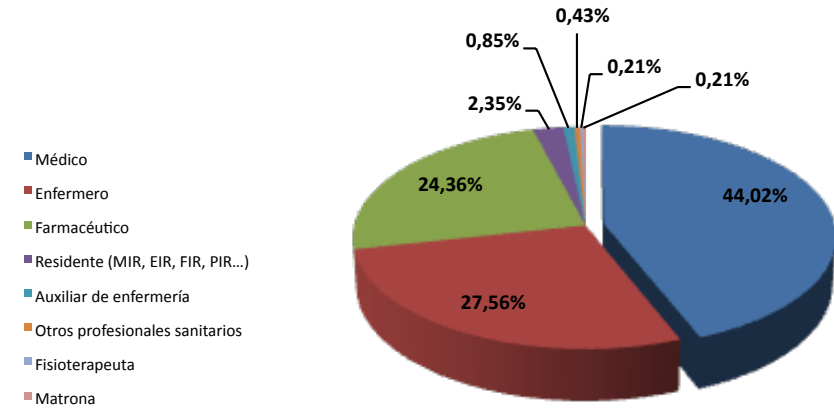
En el caso de incidentes que se han producido en una organización o lugar distinto al centro de atención primaria, el 61% tuvieron lugar en un hospital y el 25% en residencias (Figura 9).



Profesión del notificante

A diferencia del hospital, en atención primaria el porcentaje de médicos que notifican es notablemente superior al de profesionales de enfermería (44% frente al 28%). En tercer lugar y casi en un 25%, están los profesionales farmacéuticos, comparativamente muy alto en relación al hospital (Figura 10).

Figura 10. Incidentes notificados según la profesión del notificante.



Consecuencia de los incidentes en los pacientes

A diferencia de los incidentes notificados en hospital, en atención primaria el porcentaje de incidentes que llegaron al paciente es bastante mayor (70% frente al 53%), pero también es más alto el porcentaje de estos que no produjeron daño (84% frente al 69%) (Figura 11).

Figura 11. Incidentes notificados según si llegaron o no al paciente.

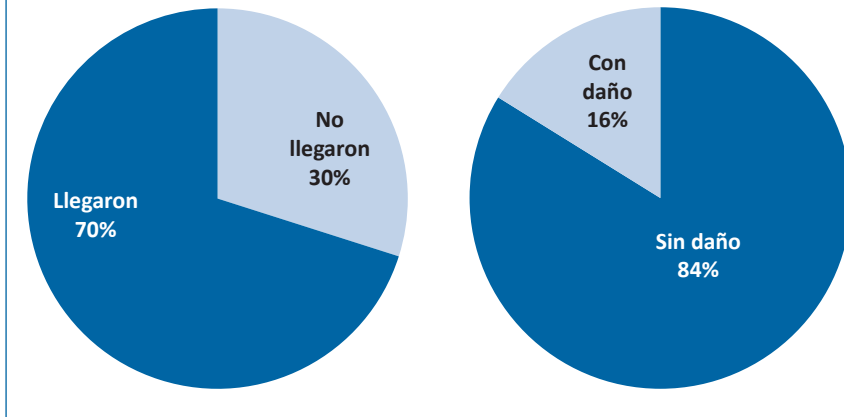


Tabla XX. Incidentes notificados según las consecuencias en los pacientes

INCIDENTES Categoría	2014-15	
	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	73	15,60%
Incidente que no llegó al paciente	67	14,32%
Incidente que llegó al paciente	328	70,09%
El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	147	31,41%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	128	27,35%
Daño moderado: daño temporal menor y/o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o conflicto con el paciente.	43	9,19%
Daño importante: daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario	9	1,92%
Catastrófico: muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente	1	0,21%
TOTAL	468	

Riesgo asociado a los incidentes

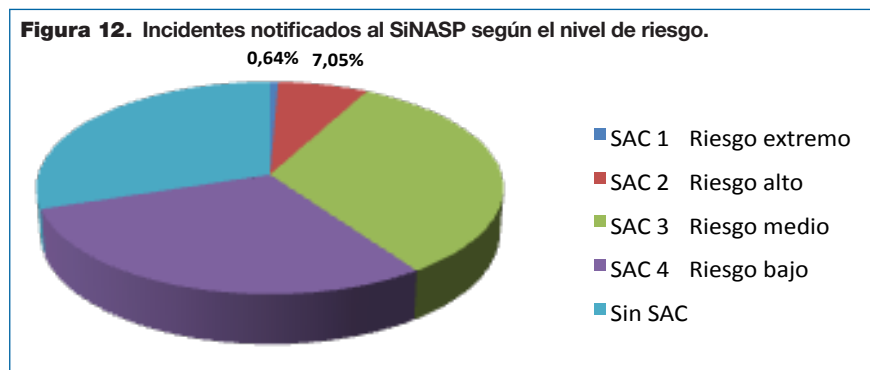
Para la clasificación de los incidentes notificados se utiliza una versión modificada de la matriz del “Severity Assessment Code” (SAC) con algunas variaciones respecto a la que se utiliza en hospital. El sistema de clasificación de estas variables queda reflejado en la tabla 21.

Tabla XXI. Cálculo del riesgo asociado a un incidente en atención primaria (SAC)

	Frecuente	Probable	Ocasional	Poco frecuente	Muy infrecuente
Muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente	Extremo	Extremo	Extremo	Extremo	Alto
Daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
Daño temporal menor y/o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado
Retraso en el tratamiento/tratamiento adicional al necesario/irritación	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo	Bajo
El incidente llegó al paciente, pero no le causó daño	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

Hay dos tipos de incidentes que no son susceptibles de una clasificación mediante el SAC: las situaciones con capacidad de causar incidentes y los incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente. Teniendo en cuenta que una de las variables que se utilizan para el cálculo del SAC es el grado de daño y estas dos categorías, por definición, no pueden causar daño a un paciente, ambas categorías se clasifican como “Sin SAC”.

El riesgo asociado a los incidentes notificados al SiNASP queda reflejado en la Figura 12.



El 30,13% de los incidentes no tienen SAC porque no alcanzan al paciente. Los incidentes de riesgo medio (SAC 3) son los más frecuentes y suponen un tercio del total.

Tabla XXII. Incidentes notificados al SiNASP según riesgo

GRAVEDAD	2014-15	
	N	%
Categoría		
SAC 1 - Riesgo extremo	3	0,64%
SAC 2 - Riesgo alto	33	7,05%
SAC 3 - Riesgo medio	153	32,69%
SAC 4 - Riesgo bajo	138	29,49%
Sin SAC	141	30,13%
TOTAL	468	100,00%

Factores contribuyentes a la aparición del incidente

La categorización de los factores que contribuyeron a la ocurrencia de los incidentes, según la opinión de los profesionales que los notifican, se incluye en la siguiente tabla. Un mismo incidente puede estar ocasionado por múltiples factores causales, por lo que el número de factores contribuyentes es mayor al número de incidentes analizados.

Tabla XXIII. Incidentes notificados al SiNASP según los factores contribuyentes

Factores contribuyentes	2014-15	
	N	%
Factores profesionales	234	50,00%
Comportamiento/conducta de los profesionales	104	22,22%
Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	102	21,79%
Problemas de comunicación	57	12,18%
Factores estresantes/emocionales/fatiga	43	9,19%
Otros factores de los profesionales	32	6,84%
Factores de la organización	169	36,11%
Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	130	27,78%
Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo	42	8,97%
Cultura de la organización	36	7,69%
Problemas en el trabajo en equipo	22	4,70%
Factores relacionados con el paciente	84	17,95%
Paciente con enfermedad crónica	35	7,48%
Paciente con comorbilidades	32	6,84%
Otros factores relacionados con el paciente	27	5,77%
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	19	4,06%
Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	11	2,35%
Paciente desconocido por el profesional	3	0,64%
Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento	72	15,38%
Factores externos	23	4,91%
Otros	13	2,78%
TOTAL (*)	595	

Como sucedía en el hospital, las dos categorías de factores contribuyentes principales son los factores profesionales (50% en primaria y 42% en hospital) y los relacionados con la organización (36% y 33% respectivamente). Sin embargo en atención primaria los factores relacionados con el paciente se considera que contribuyen en bastante mayor medida a los incidentes notificados: 17,95% frente a 10,27% (Tabla 23). En hospital el tercer grupo de factores son los del entorno, con un 28% frente a solo el 15% en atención primaria.

Análisis de los tipos de incidentes notificados más frecuentes

Incidentes relacionados con la medicación

De los 181 incidentes relacionados con la medicación, los más frecuentemente notificados tienen que ver con dosis incorrecta o medicamento erróneo. Resulta llamativo que un 24% esté categorizado en el grupo “otros”, por lo que será necesario profundizar en el contenido de dicha categoría para ver qué tipo de información se está incluyendo.

La mayoría de los incidentes están relacionados con otros temas además de la medicación, principalmente con otros procesos administrativos (12 casos), gestión organizativa – recursos (12) y coordinación entre niveles asistenciales (8). La siguiente tabla detalla el tipo de incidente de medicación notificado, según la categorización de los notificantes (Tabla 24).

Tipo de incidente	Nº	%
Medicación	181	100,00%
Otros	44	24,31%
Dosis incorrecta	43	23,76%
Medicamento erróneo	33	18,23%
Omisión de dosis o de medicamento	17	9,39%
Monitorización insuficiente del tratamiento	15	8,29%
Duración del tratamiento incorrecta	13	7,18%
Frecuencia de administración errónea	6	3,31%
Falta de cumplimiento por el paciente	6	3,31%
Forma farmacéutica errónea	4	2,21%
Paciente equivocado	2	1,10%
Vía de administración errónea	1	0,55%
Hora de administración incorrecta	1	0,55%
Error de preparación/manipulación/acondicionamiento	1	0,55%
Técnica de administración incorrecta	1	0,55%
Otros procesos administrativos	12	
Gestión organizativa - Recursos	12	
Coordinación entre niveles asistenciales (excluyendo medicación)	8	
Identificación	5	
Diagnóstico	4	

Otros	3	
Retrasos o tiempos inadecuados	2	
Tratamiento (excluyendo medicación)	2	
Cuidados	2	
Derivación	2	
Transporte/traslados	1	
Pruebas diagnósticas	1	
Documentación (incluye aspectos relacionados con la confidencialidad)	1	
Equipos/dispositivos	1	
Dieta - Alimentación	1	

Más de la mitad (54,14%) de los incidentes fueron notificados por un farmacéutico, el 37,02% por un médico, el 5,52% por un profesional de enfermería y el resto por un residente.

Más de un tercio de los incidentes (35,4%) se produjeron en una organización o lugar distinto del centro de atención primaria. La mayor parte (58%) tuvieron lugar en el área de consultas (33,7%) o en un consultorio (23,8%). Un 6% se ocasionó en el área de atención continuada o en urgencias de atención primaria.

En cuanto a los efectos sobre el paciente, el 73% de los incidentes llegó al paciente, y de éstos el 12% causó algún tipo de daño.

Tabla XXV. Incidentes relacionados con la medicación según las consecuencias en los pacientes

Categoría	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	18	9,94%
Incidente que no llegó al paciente	31	17,13%
Incidente que llegó al paciente	132	72,93%
El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	69	38,12%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	47	25,97%
Daño moderado: daño temporal menor y/o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o conflicto con el paciente.	12	6,63%
Daño importante: daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario	4	2,21%
TOTAL	181	

En lo que se refiere a la gravedad de los incidentes relacionados con la medicación, más de un tercio (35,4%) fueron SAC3 y menos de un 6% fueron SAC1 o SAC2 (Tabla 25).

Ejemplos de incidentes notificados

Entre los incidentes más graves notificados se encuentran los errores de prescripción. Algunos de los más numerosos tienen que ver con la moni-

zación inadecuada de los tratamientos, que con frecuencia se mantienen en el sistema informático aunque ya no sean prescripciones activas y el paciente los sigue retirando de la farmacia y tomándolos.

- *Paciente de 91 años, con ataque agudo de gota y FGE (filtrado glomerular estimado)= 12, se pauta para el mismo colchicina: 4mg el primer día, 3 mg el segundo día, 2mg el tercer día, 1mg el 4º día. En total recibe 10mg (la dosis máx son 6mg en 4 días y contraindicado en FGE <30). La paciente acudió al centro de salud con náuseas y vómitos lo que requirió tratamiento adicional y retirada de colchicina.*
- *Paciente de 90 años con fibrilación auricular y a tratamiento con Sintrom® (Acenocumarol). Mal control del mismo (6 controles mal de 10), de los 6,3 con rango bajo y 3 rango alto, pero cumplidora del tratamiento. Debido a la edad la hija de la paciente le comenta al médico de atención primaria si le puede dar uno de los nuevos anticoagulantes (NACOs) y así evitar los desplazamientos en una persona de edad tan avanzada. El médico de primaria se pone en contacto con la farmacéutica del centro de salud y ésta le comenta que podría cumplir criterios. A continuación el médico de primaria llama a hematología para comentarle el caso y hematología decide Apixaban, Xarelto® 15 mg (1/24h), justificando la dosis con la edad de la paciente y tiene un CHADS 5. El médico de primaria hace la prescripción y habla con el farmacéutico de atención primaria para que lo homologue. El farmacéutico comenta que la paciente no tiene indicadores de riesgo, y que la dosis sería la de 20. El médico de primaria refiere que como lo ha dicho “hematología”.. al final el farmacéutico de primaria homologa. A la semana siguiente la paciente acude urgencias por un supuesto accidente cerebrovascular (ACV). Y finalmente se le da el Xarelto® 20mg.*
- *Paciente atendida en consultas externas del hospital donde le retiran tratamiento con bisoprolol y ramipril por hipotensión. El médico lo anota en el programa de prescripción electrónica, pero no inactiva las recetas pendientes. Dos días después es atendida en centro de salud con hipotensión (100/60mmHg) haciendo constar la enfermera que dos días antes le habían retirado el tratamiento por este motivo. No advierte que las recetas continúan activas. Diez días más tarde (12 agosto) es atendida de nuevo en centro de salud con hipotensión (87/57mmHg). No consta que haya sido vista por médico y las recetas continúan activas. El 16 enero 2014 es atendida de nuevo “algo mareada” y tensión arterial: 107/69mmHg. No constan visitas posteriores al centro de salud ni hospital. Durante todo este tiempo la paciente ha continuado retirando ramipril y bisoprolol de la farmacia y se le han generado periodos nuevos de recetas que ha continuado retirando puntualmente hasta hoy.*
- *Paciente que tenía pautado pantoprazol 40mg desde septiembre de 2013. En noviembre de 2013 figura en historia clínica “intentamos dis-*

minuir pantoprazol a 20mg” y se emiten recetas de 20mg sin inactivar las de 40 mg. Desde entonces el paciente ha estado tratado con ambas presentaciones retirando todas las prescripciones de la farmacia.

Los notificantes consideraron que los factores contribuyentes más importantes para la ocurrencia de estos incidentes fueron los factores profesionales, que influyeron en más del 70% de los casos (principalmente en relación con la formación o competencia de los profesionales, y su comportamiento o conducta), y los factores de la organización (entre los que destacan la falta o inadecuación de normas) contribuyeron en un 30%. Los factores relacionados con el paciente fueron importantes en el 14% de los incidentes notificados.

Incidentes relacionados con la identificación del paciente

En el periodo considerado, se han notificado en atención primaria 55 incidentes relacionados con la identificación del paciente.

La mayoría de los incidentes están relacionados con otros temas además de la identificación, principalmente con otros procesos administrativos (10 casos), pruebas diagnósticas (10), gestión organizativa y recursos (5) y medicación (5). La siguiente tabla detalla el tipo de incidente de identificación notificado, según la categorización de los notificantes (Tabla 26).

Tabla XXVI. Tipos de incidentes relacionados con la identificación del paciente (incluyendo los también relacionados con otros temas)	
Tipo de incidente	N
Identificación	55
Otros procesos administrativos	10
Pruebas diagnósticas	10
Gestión organizativa - Recursos	5
Medicación	5
Documentación (incluye aspectos relacionados con la confidencialidad)	4
Tratamiento (excluyendo medicación)	4
Laboratorio - Anatomía patológica	3
Coordinación entre niveles asistenciales (excluyendo medicación)	3
Transporte/traslados	2
Equipos/dispositivos	2
Derivación	1
Otros	1
Diagnóstico	1
Cuidados	1
Accidente del paciente	1

Más de la mitad (52,73%) de los incidentes fueron notificados por un médico, el 34,55% por un profesional de enfermería, el 7,27% por un farmacéutico y el resto por otros profesionales.

En cuanto al lugar en que se produjo el incidente, el mayor número tuvo lugar en el laboratorio (22%) o en consultas (18%), pero como se puede apreciar en la tabla 27, la distribución es bastante amplia entre otras áreas en las que también se utiliza la información del paciente.

Tabla XXVII. Área en que se produjo el incidente de notificación	
Área	N
Laboratorio	12
Consultas	10
Consultorio	8
Área de administración/información	8
En una organización/lugar distinto al centro de Atención Primaria	7
Área de atención continuada/urgencias/SUAP	6
Radiología	2
Otras áreas del centro de Atención Primaria (escaleras, entrada...)	1
Teléfono	1

En cuanto a los efectos sobre el paciente, el 64% de los incidentes llegó al paciente, y de éstos el 9% causó algún tipo de daño (Tabla 28).

Tabla XXVIII. Incidentes relacionados con la identificación según las consecuencias en los pacientes		
Categoría	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	8	14,55%
Incidente que no llegó al paciente	12	21,82%
Incidente que llegó al paciente	35	63,64%
El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	16	29,09%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	16	29,09%
Daño moderado: daño temporal menor y/o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o conflicto con el paciente.	2	3,64%
Daño importante: daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario	1	1,82%
TOTAL	55	

En lo que se refiere a la gravedad de los incidentes relacionados con la identificación, el 40% fueron SAC4 y solo un 3,6% fueron SAC2.

Ejemplos de incidentes notificados

Los incidentes más frecuentemente notificados tienen que ver con pruebas diagnósticas y con errores de tipo administrativo, frecuentemente relacionados con la coordinación inter niveles.

- *Paciente oncológica que acude con un volante urgente a que se le realice una extracción y tras ser extraída la sangre detecta que el volante no pertenece a la paciente que lo trae.*
- *Paciente derivada desde su centro de salud por su médico de atención primaria al Servicio de radiología hospitalario para realizar mamografía y ecografía de control; el resultado es remitido a un centro de salud y a un médico diferente del solicitante. El resultado de las pruebas aconsejaban revisión a los 6 meses. El problema se resolvió porque el médico que recibió equivocadamente el resultado avisó por teléfono al médico peticionario. De no haber sido así se hubiera perdido la información.*
- *Paciente que aparece dada de baja en el OMI (sistema de información de atención primaria) por exitus. Se contacta con la hija, que confirma el error, ya que la paciente no falleció.*
- *Dos pacientes con iguales nombre y primer apellido. - 02/02/2015: pide cita uno y se le da al otro (con otro médico); cuando acude, su médico no lo tiene citado, aunque, cuando el paciente demanda su cita lo ve por encima de su agenda. -03/03/2015: cuando llama el mismo paciente para pedir consulta no presencial con su médico para resultados de prueba complementaria (radiografía), se toma su número de teléfono, pero se adjudica al nombre de la otra persona. Además, este segundo paciente también estaba esperando una llamada de su médico para resultados. En la conversación, el médico se da cuenta de que no se corresponde la Historia clínica con el paciente.*
- *Paciente que realiza analítica de sangre con pruebas tiroideas. En el informe de los resultados del análisis se indica la recomendación de tratamiento con levotiroxina 25 mg. La TSH era de 3.5 y la T3 de 0.89. El límite superior de normalidad de la TSH era de 2.5. El médico de atención primaria hace una e-consulta a endocrino. El especialista de endocrino recomienda no medicar, ese límite superior de referencia parece deberse a que la codificación del paciente ha sido como embarazada cuando no lo está.*

Nos ponemos en contacto con el Laboratorio donde confirman el error.

- *Se pidió estudio con serología para ETS (enfermedades de transmisión sexual) a una paciente. El resultado fue positivo para VIH y en el análisis*

posterior de confirmación resultó negativo. Comentado con el servicio de microbiología del hospital, se realizó un tercer análisis con extracción en el propio servicio y se confirmó la negatividad para VIH. Asegura el personal del servicio de microbiología que es imposible que el error se produjera en su servicio debido a la trazabilidad que siguen con el manejo de las muestras y que tenía que deberse a un error en el etiquetado en el Centro de Salud. El resultado fue positivo (falso) puesto que se intercambiaron las muestras con otra paciente que acudió a realizar análisis ese día y que resultaba ser enferma de SIDA. Esta comprobación pudo ser posible al entrar en la historia de todos los pacientes a los que se les extrajo ese día. En el seguimiento del error se detectó que el personal de enfermería no registra la extracción en la Historia clínica y por lo tanto no puede identificarse al profesional que realiza una extracción concreta.

Los notificantes consideraron que los factores contribuyentes más importantes para la ocurrencia de estos incidentes fueron los factores de la organización (entre los que destacan la falta o inadecuación de normas), que influyeron en más del 56% de los casos y los factores profesionales (principalmente en relación con la formación o competencia de los profesionales, su comportamiento o conducta y factores de fatiga o estrés) que lo hicieron en el 55%.

Incidentes relacionados con pruebas diagnósticas

En el periodo considerado, se han notificado en atención primaria 50 incidentes relacionados con las pruebas diagnósticas.

La mayoría de los incidentes están relacionados con otros muchos temas además de las pruebas diagnósticas, principalmente con identificación (10 casos), gestión organizativa y recursos (6) y laboratorio (5). También aparecen cuestiones como el proceso diagnóstico, los retrasos o tiempos inadecuados o la coordinación entre niveles asistenciales. La tabla 29 detalla el tipo de incidente relacionado con las pruebas diagnósticas, según la categorización de los notificantes:

Tabla XXIX. Tipos de incidentes relacionados con pruebas diagnósticas(incluyendo los también relacionados con otros temas)	
Tipo de incidente	N
Pruebas diagnósticas	50
Identificación	10
Gestión organizativa - Recursos	6
Laboratorio - Anatomía patológica	5
Retrasos o tiempos inadecuados	4

Diagnóstico	4
Coordinación entre niveles asistenciales (excluyendo medicación)	4
Tratamiento (excluyendo medicación)	3
Transporte/traslados	3
Otros procesos administrativos	3
Otros	3
Derivación	2
Medicación	1
Infraestructura/edificio/enseres	1
Equipos/dispositivos	1
Documentación (incluye aspectos relacionados con la confidencialidad)	1
Cuidados	1
Cirugía menor	1

La mayoría de los incidentes (64%) fueron notificados por un médico, el 24% por un profesional de enfermería, el 6% por un farmacéutico y el resto por otros profesionales.

En cuanto al lugar en que se produjo el incidente, el mayor número tuvo lugar en el laboratorio (30%) o en una organización distinta del centro de atención primaria (22%) y el 20% en consultas.

En cuanto a los efectos sobre el paciente, el 82% de los incidentes llegó al paciente, y de éstos el 17% causó algún tipo de daño (Tabla 30).

Tabla XXX. Incidentes relacionados con pruebas diagnósticas según las consecuencias en los pacientes

Categoría	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	6	12%
Incidente que no llegó al paciente	3	6%
Incidente que llegó al paciente	41	82%
El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	9	18%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	25	50%
Daño moderado: daño temporal menor y/o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o conflicto con el paciente.	5	10%
Daño importante: daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario	1	2%
Catastrófico: muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente.	1	2%
TOTAL	50	

En lo que se refiere a la gravedad de los incidentes relacionados con pruebas diagnósticas, el 50% fueron SAC 3, el 10% fueron SAC 2 y el 2% SAC 1, por lo que este tipo de incidentes son los más graves de los tres tipos más frecuentemente notificados.

Ejemplos de incidentes notificados

La mayor parte de los incidentes notificados tienen que ver con problemas y errores de identificación de las muestras. También hay un grupo importante relacionado con la gestión organizativa y la comunicación y coordinación entre primaria, especializada y laboratorio.

- *Paciente que acude a extracción de sangre con un volante expedido en consulta de Especialista a nombre de otra persona. Coincide que la otra paciente es también de este centro, con lo que el Servicio de Admisión dio la cita sin problemas. Por otra parte, la paciente refiere que se le pidieron más pruebas complementarias en dicho especialista, con lo que es probable que también sea errónea la identificación que llevaban esas peticiones, ya cursadas.*
- *Paciente que acude al PAC (punto de atención continuada) por problema urinario el jueves por la noche, se retira muestra para urocultivo y se inicia antibioterapia, por no disponer el viernes de recogida de muestras el centro de salud, se le indica que debe llevarlo al hospital y entregarlo allí. Al entregar la muestra codifican el bote y la petición, pero estos números no coinciden con otro código que se genera en microbiología y no procesan la muestra, por no coincidir los primeros códigos con el segundo.*
- *Paciente de 54 años con apellidos muy comunes, que acude al hospital a realizarse una radiografía de tórax, entregándole el resultado de la radiografía de otro paciente, no pudiendo identificar ni DNI, ni edad, ni otros datos en la radiografía. Lo cual motiva la repetición de nuevo de la prueba.*
- *Paciente de 4 años de edad al que le solicité una radiografía de cavum lateral, para su derivación a la consulta de otorrino, para descartar adenoiditis y valorar tratamiento quirúrgico. Cuando el paciente acudió de nuevo a mi consulta, acompañado de su padre, no pude darle los resultados, puesto que la proyección que le habían realizado al paciente no era la solicitada.*
- *El médico de Atención Primaria solicita una ecografía abdominal. El ecografista objetiva una lesión renal que necesita completar estudio con TAC (tomografía axial computerizada). Llama telefónicamente al médico de Atención Primaria indicándole que debe solicitar un TAC para completar estudio. El médico de Atención Primaria le explica que no puede solicitar un TAC desde A. Primaria y que la op-*

ción sería derivar a consultas externas de urología con una demora de varios meses o bien que el propio radiólogo solicite el TAC, quedando pendiente de esta opción. Al cabo de unos 15 días el médico de A. Primaria comprueba en citas programadas que no hay ninguna solicitud de TAC. En este momento el médico se pone en contacto con el jefe de servicio de su centro que contacta con Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico que obtiene una cita para TAC para una semana después.

- *Paciente de 60 años, varón, que citan para COLONOSCOPIA. No se la realizan porque no tiene una analítica reciente, en las previas tenía TROMBOPENIA. Pasa el tiempo no lo llaman. Meses después la Dra. de Familia del Paciente llama al servicio de ENDOSCOPIAS para explicar el problema. Contestan que no sabían qué había pasado. Le citaron y al paciente le realizan a quien diagnostican de ADENOCARCINOMA DE COLON.*
- *Al acudir el paciente a ver el resultado de una analítica de control de Hipertensión objetivo un potasio de 6.4. Esta analítica se había realizado días antes sin que saltase alerta alguna. Creo que ante alteraciones analíticas que puedan suponer un alto riesgo y que necesiten alguna actuación urgente, en el laboratorio debería saltar alguna “alarma” para que se pusiesen en contacto con el médico solicitante de la misma.*

En este caso no tuvo trascendencia alguna pues en la analítica de confirmación se descartó la existencia de dicha hiperpotasemia.

Los notificantes consideraron que los factores contribuyentes más importantes para la ocurrencia de estos incidentes fueron los factores profesionales (principalmente en relación con la formación o competencia de los profesionales, su comportamiento o conducta y problemas de comunicación), que contribuyeron en el 58% de los casos; los factores de la organización (sobre todo por la falta o inadecuación de las normas) afectaron en el 38% de los incidentes.

Recomendaciones

La Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (período 2015-2020)² sigue manteniendo entre sus objetivos el promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje. Los objetivos específicos que plantea son los siguientes:

1. Promover en los centros sanitarios la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la atención sanitaria, orientados al aprendizaje y resolución de problemas a nivel local.
2. Promover el desarrollo de estrategias para mejorar e incentivar la notificación de incidentes en los centros sanitarios.
3. Fomentar la retroalimentación ágil y oportuna de la información a los profesionales que han participado en la notificación de incidentes, así como al resto de la organización.
4. Fomentar la publicación periódica de información relacionada con los incidentes de seguridad identificados en el SNS.
5. Promover la protección de los profesionales participantes en los sistemas de notificación de acciones disciplinarias o legales.

De la revisión y el análisis de los incidentes notificados al SiNASP se pueden extraer tanto recomendaciones sobre la gestión del propio sistema de notificación como recomendaciones generales centradas en la prevención de los incidentes notificados al SiNASP.

Recomendaciones para promover el uso del SiNASP en los centros

Este informe incluye datos agregados del conjunto de los centros que utilizan el sistema, tanto hospitales como centros de atención primaria. El nivel de implantación es muy variable entre los distintos centros y los distintos ámbitos sanitarios, por lo que algunas de las **recomendaciones incluidas en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS)** están claramente indicadas:

- Establecer en los centros sanitarios y unidades que no dispongan del mismo, un sistema de notificación de incidentes relacionados con la

2 Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.

atención sanitaria que sea voluntario, confidencial, no punitivo y que favorezca el aprendizaje.

- Facilitar en los centros que lo tengan su uso y sostenibilidad con el fin de mejorar la seguridad de la atención sanitaria.
- Desarrollar acciones formativas dirigidas a todos los profesionales para la adecuada notificación de incidentes relacionados con la atención sanitaria.
- Desarrollar acciones con los gerentes y profesionales que favorezcan la notificación, el análisis y la gestión de incidentes relacionados con la atención sanitaria.
- Informar a tiempo a los profesionales de los centros sanitarios sobre los incidentes identificados y las acciones tomadas para su prevención.

Aunque el sistema recoge información útil sobre incidentes, cuyo análisis se traduce en mejoras concretas implementadas en organizaciones sanitarias, el SiNASP podría beneficiarse de un nuevo impulso por parte de los líderes y gestores del sistema tanto a nivel de Comunidad Autónoma como de centro sanitario.

Se recomienda también a los gestores valorar algunas de las **recomendaciones de la literatura científica**^{3,4,5,6} para potenciar un buen uso de los sistemas de notificación, con el fin de decidir cuáles pueden ser útiles para promover un mejor funcionamiento del SiNASP en su centro:

1. Reforzar las actividades informativas para garantizar que todos los profesionales sanitarios de los centros, usuarios potenciales del sistema, conocen los objetivos y el sistema de funcionamiento del SiNASP.
2. Formar a los potenciales usuarios del sistema para que sean capaces de identificar y notificar incidentes de seguridad. La calidad de la información introducida es más importante que la cantidad de notificaciones de cara al aprendizaje y la mejora.
3. Implicar a algunos líderes naturales de la organización en la difusión de información sobre el SiNASP, para que puedan transmitir de for-

3 Julius Cuong Pham, Thierry Girard, Peter J. Pronovost What to do with healthcare Incident Reporting Systems. *Journal of Public Health Research* 2013; volume 2:e27.

4 Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe. European Commission, 2014.

5 Mitchell I, et al. Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. *BMJ Qual Saf* 2015;0:1-8. doi:10.1136/bmjqs-2015-004405.

6 Howell AM et al. International recommendations for national patient safety incident reporting systems: an expert Delphi consensus-building process. *BMJ Qual Saf* 2016; 0:1-14. doi:10.1136/bmjqs-2015-004456.

ma creíble la utilidad de los sistemas de notificación al resto de los profesionales.

4. Proporcionar información temprana al notificante, mediante mecanismos sencillos como un email de confirmación de haber recibido la notificación, que transmita al notificante que hay alguien al otro lado atendiendo a la información que ha facilitado.
5. Seleccionar muy bien aquellos casos que son más relevantes para la organización, con el fin de realizar un análisis en profundidad de los mismos que permita implementar cambios. Centrar los esfuerzos en la implementación de cambios y el aprendizaje, más que en la propia notificación y gestión de casos.
6. Proporcionar entrenamiento a los profesionales sanitarios de más experiencia en cómo investigar incidentes de seguridad.
7. Informar a todos los profesionales de la organización sobre los incidentes notificados, los análisis realizados y las estrategias de prevención de riesgos implementadas, mediante mecanismos múltiples y redundantes para intentar llegar a un alto porcentaje de profesionales.
8. Avanzar en la implantación de estrategias de mejora a partir del análisis de incidentes que vayan acompañadas de indicadores de monitorización que permitan evaluar los cambios implementados en la organización y el impacto de los mismos en la seguridad del paciente, pues este es el objetivo final del sistema.
9. Tener en cuenta que uno de los mayores beneficios de los sistemas de notificación es que las soluciones a los incidentes provengan de los profesionales que están en primera línea de atención.
10. Integrar el SiNASP con otros mecanismos que haya implementado la organización para promover la seguridad del paciente, con el fin de tener información complementaria e integrada para la gestión de riesgos y maximizar la utilidad de los distintos mecanismos.
11. Poner en marcha estrategias específicas para implicar a los médicos en el sistema de notificación: son necesarios líderes médicos que valoren la notificación por parte de los médicos y apoyarse en la evidencia científica sobre la utilidad de informar sobre los eventos adversos; también puede ser eficaz demostrar que la notificación ha conducido a acciones tangibles a nivel local.
12. Compartir las soluciones de mejora implementadas con el resto de organizaciones que participan en el sistema. El aprendizaje compartido es uno de los objetivos principales de los sistemas de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
13. Implicar al equipo directivo en la seguridad del paciente a través de la responsabilidad directa de un miembro del mismo y exigir a los

centros sanitarios que investiguen sus notificaciones de incidentes de seguridad.

Los expertos consideran que la tasa de notificación de incidentes refleja la cultura de seguridad de una organización. Los sistemas de notificación deberían utilizarse para describir los tipos de cuestiones de seguridad que afectan a la organización: las notificaciones señalan hacia problemas subyacentes. Por eso también se insiste en que la calidad es más importante que la cantidad, aunque esta afirmación también debe matizarse según el grado de madurez de la cultura de seguridad de la organización.

Nunca debe perderse de vista que el objetivo de los sistemas de notificación es aprender de los errores. Por eso es importante capacitar al personal para proponer soluciones y entrenarlo para asumir la responsabilidad de investigar y entender los fallos del sistema.

Cada organización debe considerar su propia responsabilidad al proporcionar información a nivel interno y al generar soluciones a sus propios problemas de seguridad que después pueda compartir con otros niveles (autónomo y de SNS).

El apoyo del equipo directivo a través de la implicación directa de uno de sus miembros posibilitará que el centro sanitario manifieste y demuestre que aprender de los eventos adversos es realmente una prioridad.

En relación a los indicadores de gestión evaluados se recomienda a las Consejerías de sanidad, a los coordinadores del SiNASP a nivel de la Comunidad Autónoma y a los gestores de los centros instaurar estrategias para:

- Establecer un programa de formación o actividades formativas para dotar a los profesionales sanitarios (y en especial a los gestores del sistema de notificación) de los conocimientos y herramientas necesarios para la gestión de riesgos, especialmente para la adecuada gestión e investigación de los incidentes notificados.
- Establecer compromisos con los gerentes de los centros adheridos al SiNASP para responder en tiempo y forma a los notificantes de los incidentes y cerrar los mismos con planes adecuados de mejora.
- Desarrollar herramientas para informar sobre los incidentes notificados, su análisis y recomendaciones a todos los profesionales de la Comunidad Autónoma, así como mecanismos que permitan la evaluación comparativa y el intercambio de conocimientos y experiencias.
- Designar un coordinador del SiNASP a nivel de la comunidad autónoma que haga seguimiento del uso y gestión del sistema de notificación SiNASP y apoye a los gestores de los centros en aquello que precisen.
- Fomentar la cultura de seguridad en los centros sanitarios para facilitar la comunicación de incidentes en un ambiente no punible.

Recomendaciones para prevenir los incidentes de seguridad más frecuentes

Tanto en hospitales como en atención primaria, los dos tipos de incidentes más frecuentes son los relacionados con los medicamentos y la identificación. En el informe sobre los incidentes notificados al SiNASP en 2013 se incluían recomendaciones específicas para estos tipos de incidentes relacionados con la seguridad del paciente⁷. La Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS también incluye recomendaciones específicas para promover el uso seguro del medicamento (por ejemplo, programas de prescripción asistida con sistemas de alerta) y la identificación inequívoca del paciente (fomentando la formación y sistemas electrónicos para la identificación de pacientes y muestras).

En este informe se han analizado los incidentes relacionados con equipos y dispositivos, pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos.

Incidentes relacionados con equipos y dispositivos

Según los notificantes, los principales factores contribuyentes a este tipo de sucesos tienen que ver con las instalaciones, equipamientos o entorno de trabajo. La *Joint Commission International*⁸ sugiere algunas recomendaciones que favorezcan la seguridad de los equipos:

1. Disponer de un programa para la evaluación, realización de pruebas y mantenimiento de la tecnología médica y para documentar los resultados, que incluya:
 - Inventario de los equipos de tecnología médica
 - Inspecciones periódicas de los equipos y dispositivos médicos
 - Pruebas de los equipos, de acuerdo con su uso y requisitos de los fabricantes
 - Mantenimiento preventivo
2. Implementar un sistema para la monitorización y acción ante avisos de riesgo, retiradas de equipos, incidentes, problemas y fallos de la tecnología médica.
3. Educación del personal: el personal debe estar capacitado para manejar tecnología médica y suministros básicos, así como para darles mantenimiento de acuerdo con los requerimientos de sus puestos de trabajo.

7 Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Primer Informe de Incidentes de Seguridad Notificados al Sistema Año 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.

8 Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International, 5ª edición, 2014.

La Sociedad Española de Electromedicina e Ingeniería Clínica (SEEIC)⁹ señala que es cada vez más prioritario velar por el uso correcto de la tecnología en aras de una atención sanitaria segura y de calidad. Para ello, deben tomarse las medidas oportunas, que pasan por la cualificación profesional, la disposición de medios adecuados, la realización de verificaciones así como controles de seguridad.

Para la SEEIC, la gestión del riesgo debe ser tomada como requerimiento durante todo el ciclo de vida útil de los equipos tecnológicos sanitarios. Ya en el desarrollo y diseño de un producto se definen los requerimientos de mantenimiento para mantener los niveles de seguridad requeridos. Este mantenimiento correcto de los equipos de tecnología dedicados al ámbito sanitario es de extrema importancia a la hora de evitar riesgos para el paciente. Por tanto, se considera muy necesaria la presencia de un responsable de la vigilancia de los equipos tecnológicos sanitarios.

Incidentes relacionados con pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos

Una parte de estos incidentes tenían relación con la gestión organizativa y los recursos, aspectos que deben enfocarse a nivel local.

En este tipo de incidentes los principales factores contribuyentes parecen ser aquellos relacionados con la formación y capacitación de los profesionales. Pueden plantearse algunas recomendaciones en este sentido:

1. Existencia de descripciones de puestos de trabajo
2. Utilizar un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los pacientes (evaluación inicial y reevaluaciones)
3. Tener una evaluación documentada de cada miembro del personal sanitario al menos anualmente.
4. Proporcionar educación y capacitación a cada miembro del personal para mantener o fomentar sus destrezas y conocimientos relacionados con su puesto de trabajo.
5. Establecer y asignar privilegios y credenciales en función de la capacitación y la experiencia de los profesionales clínicos y revisarlos periódicamente.
6. Establecer procedimientos de supervisión. Particularmente lo que hace referencia a la supervisión de residentes en los hospitales docentes.

9 <http://www.seeic.org>.

El *Institute of Medicine* de los Estados Unidos, en un reciente informe sobre el problema de los errores diagnósticos¹⁰, incluye algunas recomendaciones que pueden ser también de utilidad en el ámbito sanitario español:

1. Teniendo en cuenta que el proceso diagnóstico es una actividad dinámica, basada en un trabajo de equipo, las organizaciones sanitarias deberían garantizar que los profesionales sanitarios tengan los conocimientos, habilidades, recursos y apoyo necesarios para poder trabajar en equipo durante el proceso diagnóstico. Para conseguir esto, deberían facilitar y apoyar:
 - El trabajo en equipo intra e interprofesional durante el proceso diagnóstico.
 - La colaboración entre patólogos, radiólogos, profesionales de otras especialidades diagnósticas y los profesionales clínicos, con el fin de mejorar los procesos de pruebas diagnósticas.
2. Las organizaciones y los profesionales sanitarios deberían incluir a los pacientes y sus familias en el equipo diagnóstico y facilitar su implicación, alineándose con sus necesidades, valores y preferencias. Para conseguir esto, deberían:
 - Proporcionar a los pacientes oportunidades de aprender sobre el proceso diagnóstico.
 - Generar espacios en los que los pacientes y sus familias se sientan cómodos implicándose en el proceso diagnóstico y compartiendo sus preocupaciones y dando información sobre errores (y cuasi-errores) diagnósticos.
 - Proporcionar a los pacientes acceso a la historia clínica electrónica, incluyendo las anotaciones clínicas y los resultados de las pruebas diagnósticas, para facilitar su implicación en el proceso diagnóstico y la revisión de la precisión de las historias clínicas.
 - Detectar las posibles oportunidades de incluir a los pacientes y sus familias en los esfuerzos de mejora del proceso diagnóstico aprendiendo de los errores y cuasi-errores.Estas recomendaciones están totalmente en sintonía con el objetivo de promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la seguridad del paciente incluido en la estrategia del SNS.
3. Asegurar que los procesos educativos, de capacitación y formación continua:
 - Aborden el desempeño del proceso diagnóstico, incluyendo áreas como: el razonamiento clínico, el trabajo en equipo, la comunicación con los pacientes, sus familias y otros profesionales sanitarios, la utilización adecuada de pruebas diagnósticas y la aplicación de

10 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Improving diagnosis in health care*. Washington, DC: The National Academies Press, 2015.

sus resultados en la toma de decisiones, y el uso de las tecnologías de la información.

- Utilicen enfoques educativos que estén alineados con las ciencias pedagógicas.

La Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS incluye recomendaciones específicas relacionadas con la utilización de radiaciones ionizantes en pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos. También plantea algunas recomendaciones orientadas al objetivo de promover la formación para la implementación de prácticas seguras, la adecuada identificación de pacientes, muestras y documentos así como la comunicación estandarizada durante las transiciones asistenciales, lo que afecta directamente al ámbito de las pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos. Ejemplos de estas recomendaciones son:

- Desarrollar acciones para la implementación de técnicas de comunicación estructurada.
- Establecer acciones para la comunicación efectiva y a tiempo de valores de alerta y críticos de pruebas diagnósticas que pueden poner en peligro la vida del paciente.

Incidentes relacionados con el uso de tecnologías de la información

En atención primaria, los problemas en la utilización de los sistemas de prescripción electrónica o tecnologías de la información se encuentran en el origen de gran número de incidentes relacionados con los medicamentos o en la transmisión de resultados de las pruebas diagnósticas.

Las tecnologías de la información deben evaluarse y probarse antes de su implementación y, una vez implementadas, debe realizarse un seguimiento de la calidad y seguridad de las mismas.

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) pueden tener un impacto muy positivo en la seguridad del paciente y la gestión de riesgos. Ejemplos en este sentido son los sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas, los sistemas de prescripción electrónica o los sistemas de alerta. Sin embargo, una de las lecciones aprendidas de la implementación de este tipo de herramientas es la importancia de tener en cuenta al usuario final a la hora de diseñarlas. Si este tipo de sistemas no están adecuadamente diseñados, en el mejor de los casos no serán efectivos y en el peor lo que conseguirán es aumentar el número de errores. Más aún, si los sistemas no son rápidos y no muestran toda la información relevante de una manera coherente y fácil de utilizar, los profesionales clínicos los rechazarán. Por otro lado, los mayores beneficios de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) se consiguen cuando estas herramientas se implemen-

tan de manera integrada. La implementación debe tener en cuenta no solo la viabilidad técnica, sino también cuestiones culturales, organizacionales, legales, éticas y de garantía de calidad¹¹.

La estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (periodo 2015-2020) recoge estos aspectos en sus recomendaciones para promover el uso seguro del medicamento utilizando las TIC: “Desarrollar acciones para implantar programas de prescripción electrónica, que incluyan sistemas de ayuda a la decisión clínica y que estén integrados en los sistemas de información del centro sanitario, y disponibles para todos los profesionales implicados en la atención del paciente”

Debería también avanzarse en la incorporación de la historia clínica electrónica con información compartida (incluyendo pruebas diagnósticas) entre atención primaria y especializada.

11 V Stroetmann, A Dobrev, KA. Stroetmann, JP Thierry. Impact of ICT on Patient Safety and Risk Management. Final report: synthesis, vision and research issues. 2007.

La “Estrategia de Seguridad del Paciente. Periodo 2015-2020”, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 29 de julio de 2015, incluye como objetivo, en su línea Estratégica nº 3 Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes, “promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje”.

La Ley de Cohesión y Calidad, en su artículo 59, “Infraestructura de la Calidad”, establecía el compromiso de disponer de un registro de acontecimientos adversos que cogiera la información sobre aquellas prácticas que hayan resultado ser un problema potencial de seguridad para el paciente. El Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) promovido por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) fue ratificado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el Pleno nº 102 de fecha 27-06-2012.

Este sistema, viene siendo utilizado por nueve Comunidades Autónomas (Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, Murcia y Navarra, mas INGESA (Ceuta y Melilla).

La presente publicación es el informe agregado de los incidentes notificados en este Sistema en el periodo comprendido entre enero de 2014 y junio de 2015, lo que supuso una notificación de 5.004 incidentes.

Los incidentes más frecuentes son los relacionados con la medicación (29,5%), seguido de los relacionados con la gestión organizativa y recursos (14,4%) y los relacionados con la identificación del paciente (675 incidentes, un 13,5%).

Este informe incluye un análisis detallado de algunos tipos frecuentes de incidentes tanto en hospital como en atención primaria, así como ejemplos de incidentes y análisis de factores contribuyentes.

Finalmente se formulan algunas recomendaciones para poder seguir avanzando en la implementación del SiNASP y lograr la ampliación y consolidación del Sistema.

