

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

Incidentes de seguridad
notificados en 2021

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

Incidentes de seguridad
notificados en 2021

Este documento ha sido encargado a la Fundación Avedis Donabedian en el marco del contrato nº expediente 202107PAS001

Redacción

Fundación Avedis Donabedian

María del Mar Fernández Maíllo
Joaquim Bañeres Amella

Revisión

Ministerio de Sanidad

Yolanda Agra Varela
Nuria Prieto Santos

Comunidades Autónomas

Andalucía: Elvira Eva Moreno Campoy, Paloma Trillo López y Elena Corpas Nogales

Aragón: Mabel Cano del Pozo

Asturias: Sara Mérida Fernández y María Belén Suarez Mier

Canarias: María Paloma García de Carlos y Nuria Bañón Morón

Cantabria: José Luis Teja Barbero y Patricia Corro Madrazo

Castilla y León: Tomás Maté Enríquez y Montserrat Alcalde Martín

Castilla-La Mancha: Sonia Cercenado Sorando y Félix Alcázar Casanova

Cataluña: Laura Navarro Vila, Gloria Oliva Oliva y Jordina Capella Gonzalez

Comunidad Valenciana: María José Avilés Martínez

Extremadura: Manuel García Toro

Galicia: María José López Pimentel y Olga Roca Bergantiños

INGESA: María Antonia Blanco Galán

Islas Baleares: Marta Torres Juan

Madrid: Alberto Pardo Hernández y Cristina Navarro Royo

Murcia: José Eduardo Calle Urrea

Navarra: Aránzazu Elizondo Sotro

La Rioja: Pilar Sáenz Ortiz

País Vasco: María Luisa Iruretagoyena Sánchez y Enrique Peiró Callizo



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18 - 28014 MADRID

NIPO en línea: 133-21-084-6

<https://cpage.mpr.gob.es>

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

Incidentes de seguridad
notificados en 2021



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

Índice

Alcance	9
Incidentes notificados en hospital	11
Análisis global de los incidentes notificados	12
Tipo de incidente	12
Lugar en que ocurrió el incidente	16
Profesión del notificante	18
Consecuencia de los incidentes en los pacientes	21
Riesgo asociado a los incidentes	24
Factores contribuyentes a la aparición del incidente	27
Incidentes clasificados como SAC 1	32
Incidentes notificados en atención primaria	37
Análisis global de los incidentes notificados	38
Tipo de incidente	38
Lugar en que ocurrió el incidente	40
Profesión del notificante	41
Consecuencia de los incidentes en los pacientes	42
Riesgo asociado a los incidentes	43
Factores contribuyentes a la aparición del incidente	45
Incidentes clasificados como SAC 1 y SAC 2 catastróficos	49
Indicadores de gestión del SiNASP	51
Recomendaciones para mejorar la gestión del SiNASP	56
Notificaciones realizadas en el Sistema Nacional de Salud durante 2021	57

Alcance

Este informe incluye los incidentes notificados al SiNASP durante el año 2021 tanto en hospitales como en centros de atención primaria. En la tabla 1 figuran los hospitales y áreas sanitarias que estaban dados de alta a 31 de diciembre de 2021.

Tabla 1. Centros dados de alta en SiNASP a 31 de diciembre de 2021		
Comunidad Autónoma	Áreas Sanitarias	Hospitales*
Aragón	8	13
Canarias	7	10
Cantabria	3	4
Castilla-La Mancha	14	15
Extremadura	9	20
Galicia	7	17
INGESA	1	2
La Rioja	1	4
Murcia	10	11
Navarra	6	6
Principado de Asturias	8	16
TOTAL	74	118

*Incluye también los servicios de emergencias extrahospitalarias

Los incidentes notificados al SiNASP son analizados en primer lugar por los gestores del sistema en el propio centro sanitario en el que se notifican, 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 –siempre que este se haya identificado– 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 realizadas en 2021 que estaban cerradas a 30 de junio de 2022:

- Hospital: 3.555 notificaciones (de 4.109 recibidas. En 2020 se recibieron 4.143)
- Atención Primaria: 151 notificaciones (de 210 recibidas. En 2020 se recibieron 333)

Por tanto, la notificación en 2021 siguió disminuyendo tanto en hospitales como en atención primaria y además un buen número de notificaciones permanecían sin cerrar a 30 de junio del año siguiente.

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 93 hospitales de 10 Comunidades Autónomas más INGESA, dos más que en 2020. Según puede verse en la tabla 2, aunque en el periodo de estudio había 118 hospitales dados de alta, no todos ellos utilizaron el sistema. En 2021 se mantuvo el número de hospitales que notificaron al SiNASP en Galicia, Murcia, Cantabria, Aragón, Navarra, INGESA y Asturias; en La Rioja disminuyó, mientras que en tres comunidades aumentó (Castilla-La Mancha, Canarias y Extremadura).

Tabla 2. Hospitales que han utilizado SiNASP en 2021

CCAA	Comienzo de la implantación	Hospitales que usaron SiNASP* en 2021	Hospitales que usaron SiNASP en 2020
Castilla-La Mancha	Enero 2010	11	10
Galicia	Octubre 2010	15	15
Murcia	Febrero 2011	10	10
Cantabria	Marzo 2012	4	4
Canarias	Febrero 2013	8	7
Aragón	Octubre 2013	12	12
Navarra	Octubre 2013	4	4
Extremadura	Septiembre 2014	14	13
INGESA	Septiembre 2014	2	2
Asturias	Noviembre 2014	12	12
La Rioja	Diciembre 2016	1	2
TOTAL		93	91

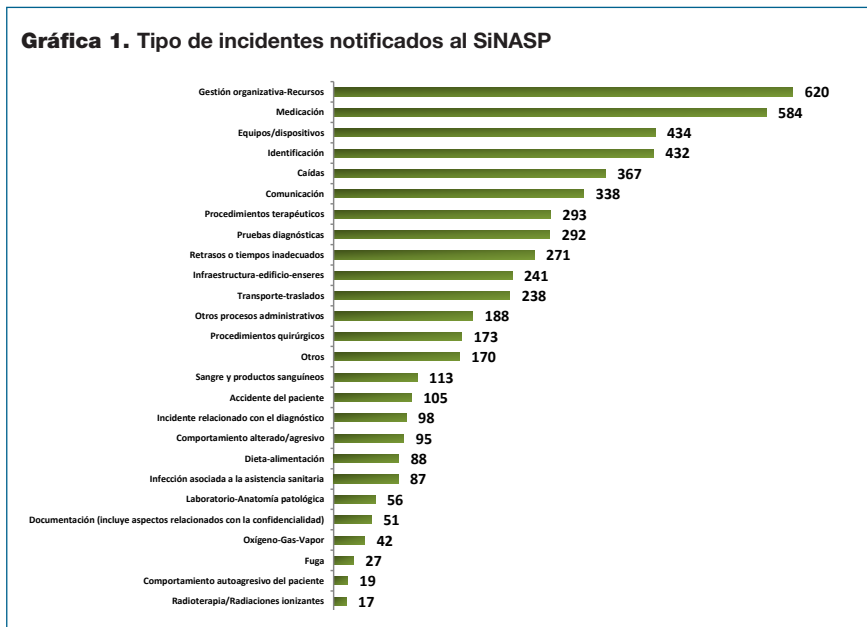
* Se considera que utilizan el SiNASP si han notificado algún incidente en el periodo cubierto por este informe

Análisis global de los incidentes notificados

Tipo de incidente

En la gráfica 1 se muestran los incidentes notificados según la clasificación por tipo de incidente. Es importante tener en cuenta que un mismo incidente puede categorizarse en más de un tipo (hasta un máximo de 5), porque puede afectar a varios de ellos. Además, se trata de un campo voluntario, por lo que no todos los incidentes necesariamente se categorizan.

Como puede observarse en la gráfica, se han notificado un total de 620 incidentes relacionados con la gestión organizativa-recursos, lo que supone el tipo más frecuente de incidente (17,4%). En segundo lugar están los incidentes relacionados con la medicación (584 incidentes: 16,4%), seguidos por los ligados a los equipos/dispositivos (434 incidentes: 12,2%) y los incidentes relacionados con la identificación (432 incidentes: 12,15%). La notificación de estos cuatro tipos de incidentes ha aumentado tanto en magnitud como en porcentaje con respecto a 2020. También suponen un porcentaje significativo las caídas (367 incidentes: 10,3%) y los incidentes relacionados con la comunicación (338 incidentes: 9,5%).

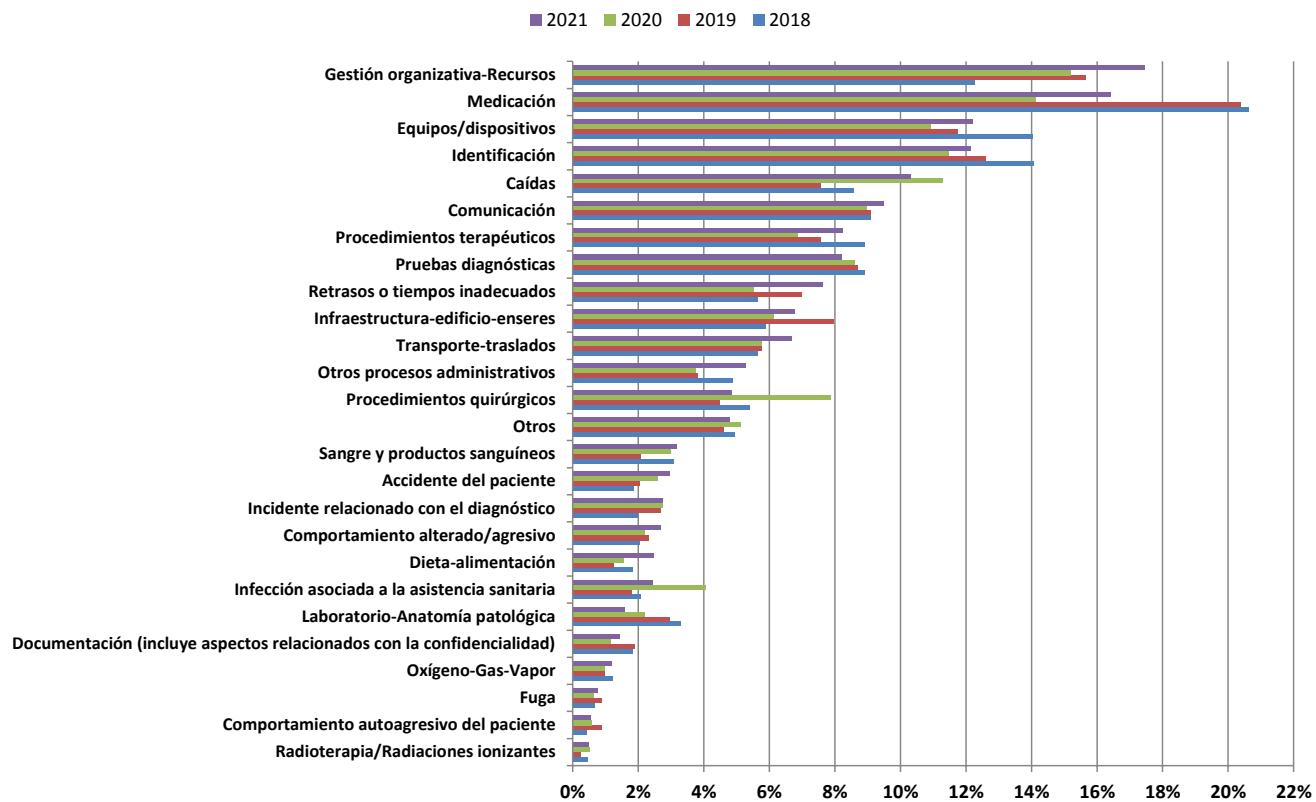


Si comparamos con los datos de los años anteriores, como se muestra en la gráfica 2, lo más llamativo en el grupo de incidentes más notificados es que sigue en aumento la notificación de incidentes relacionados con la gestión organizativa-recursos y que se invierte la tendencia decreciente de la notificación de incidentes relacionados con la medicación, equipos/dispositivos e identificación. En los dos primeros grupos el incremento es de más de dos puntos con respecto a 2020.

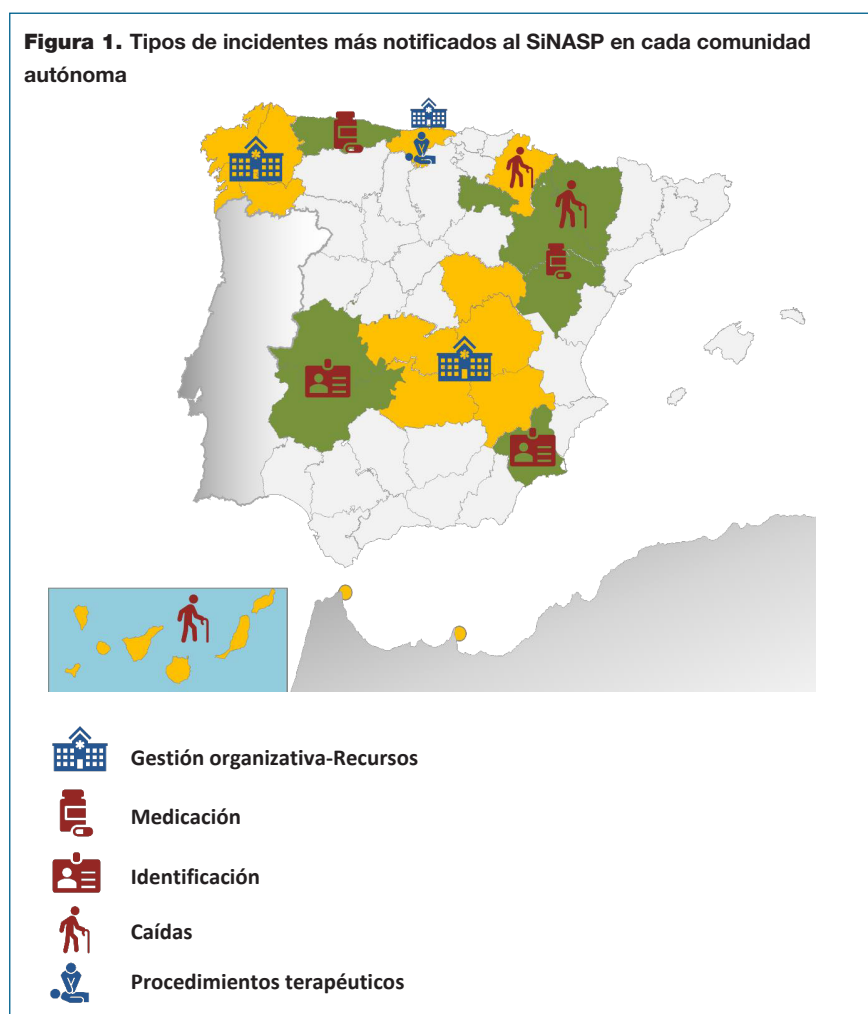
Otros tipos de incidentes cuya notificación ha aumentado más de un punto con respecto a 2020 son los relacionados con los procedimientos terapéuticos (1,5 puntos) y los retrasos o tiempos inadecuados (2 puntos). En cambio, con respecto al mismo año ha disminuido más de un punto la notificación de incidentes relacionados con la infección asociada a la asistencia sanitaria y los procedimientos quirúrgicos (3 puntos).

Se mantiene la tendencia decreciente en la notificación de incidentes relacionados con laboratorio/anatomía patológica.

El porcentaje de notificaciones relacionadas con la comunicación o las pruebas diagnósticas sigue manteniéndose estable y entre las categorías de incidentes más comunicadas.

Gráfica 2. Comparativa de tipos de incidentes notificados al SiNASP desde 2018 (porcentaje del total anual)

Los tipos de incidentes más notificados varían según la comunidad autónoma. Galicia es la que más notifica y, por tanto, es la que más se refleja en la descripción global. En la figura 1 se ilustran estas diferencias. En Galicia, Castilla-La Mancha y Cantabria los incidentes más notificados han sido los relacionados con la gestión organizativa-recursos, aunque en Cantabria están igualados con aquellos relacionados con procedimientos terapéuticos. Los incidentes relacionados con la identificación han sido los más notificados en Extremadura y Murcia, mientras que las caídas han sido la categoría más abundante en Canarias, Navarra y Aragón. En Aragón también se han notificado la misma cantidad de incidentes relacionados con la medicación, que han sido los más notificados en Asturias.



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. Es importante recordar que 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 las mismas.

Tabla 3. Incidentes notificados por área del hospital

INCIDENTES	2021		2020		2019		2018	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Unidades de hospitalización	1636	46,02%	1615	43,73%	2149	45,19%	1910	43,93%
Urgencias	478	13,45%	595	16,11%	505	10,62%	433	9,96%
UCI	372	10,46%	379	10,26%	433	9,11%	487	11,20%
Bloque quirúrgico	343	9,65%	458	12,40%	514	10,81%	510	11,73%
Servicios centrales	240	6,75%	251	6,80%	412	8,66%	368	8,46%
Hospital de día	158	4,44%	115	3,11%	213	4,48%	235	5,40%
Consultas externas	114	3,21%	139	3,76%	288	6,06%	169	3,89%
Sala de partos	94	2,64%	38	1,03%	99	2,08%	74	1,70%
Servicios de apoyo/Otros	91	2,56%	83	2,25%	117	2,46%	137	3,15%
SEE/Transporte sanitario	29	0,82%	20	0,54%	25	0,53%	25	0,57%

UCI: Unidades de Cuidados Intensivos; SEE: Servicio de Emergencias Extrahospitalarias

El 46% de los incidentes notificados al SiNASP sucedieron en unidades de hospitalización, seguidos por las urgencias (13,4%) y las unidades de cuidados intensivos (10,5%). En el caso de las unidades de hospitalización además han aumentado tanto el porcentaje como el total de notificaciones con respecto a 2020. Ha descendido notablemente el porcentaje de notificaciones de incidentes sucedidos en el bloque quirúrgico, algo que también se ha reflejado anteriormente en el tipo de incidentes relacionados con los procedimientos quirúrgicos. En cambio, la notificación de incidentes acaecidos en la sala de partos ha experimentado un aumento relativo señalado en comparación con los años anteriores.

Si comparamos las tres áreas donde se concentran el mayor número de incidentes notificados, podemos apreciar que en las unidades de hospitaliza-

ción se notifica un menor porcentaje de incidentes de alto riesgo y un mayor porcentaje de incidentes que no llegan al paciente. En urgencias se notifica el mayor porcentaje de incidentes de alto riesgo y de situaciones con capacidad de causar un incidente. En las unidades de cuidados intensivos hay un mayor porcentaje de incidentes que llegan al paciente y más del 30% son de riesgo (SAC 1, 2, o 3) (tabla 4).

Tabla 4. Incidentes notificados en 2021 según su localización, nivel de riesgo y gravedad para el paciente

Nivel de riesgo	U. hospitalización		Urgencias		UCI	
	N	%	N	%	N	%
SAC 1	14	0,86	10	2,09	5	1,34
SAC 2	105	6,42	38	7,95	28	7,53
SAC 3	305	18,64	87	18,20	80	21,51
SAC 4	432	26,41	107	22,38	90	24,19
Sin SAC	780	47,68	236	49,37	169	45,43
Gravedad para el paciente	N	%	N	%	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	584	35,70	192	40,17	133	35,75
Incidente que no llegó al paciente	196	11,98	44	9,21	36	9,68
Incidente que llegó al paciente	856	52,32	242	50,63	203	54,57

Los porcentajes se refieren al total de incidentes notificados en cada localización.

En cuanto al tipo de incidentes más notificados: en las **unidades de hospitalización** son las caídas (19,8%) y los relacionados con la medicación (17,4%), igual que en 2020 pero en menor porcentaje; en **urgencias** el 22,8% se relaciona con la gestión organizativa/recursos y el 15,5% son incidentes de identificación (en 2020 en segundo lugar fueron los relacionados con la comunicación); en las **unidades de cuidados intensivos** el 28,8% de las notificaciones se relaciona con equipos y dispositivos y el 21% con gestión organizativa-recursos.

Aunque en las tres áreas más del 60% de las notificaciones la han realizado enfermeras, existen diferencias en cuanto a los incidentes notificados por médicos: en urgencias el 31% de las notificaciones las han realizado los médicos y en las unidades de cuidados intensivos el 24%, mientras que este porcentaje disminuye al 11% en las áreas de hospitalización.

De los 94 incidentes notificados en la sala de partos un 60% han sido situaciones con capacidad de generar un incidente y el mayor porcentaje han sido incidentes relacionados con la gestión organizativa-recursos (40,4%) y con equipos/dispositivos (24,5%).

Profesión del notificante

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

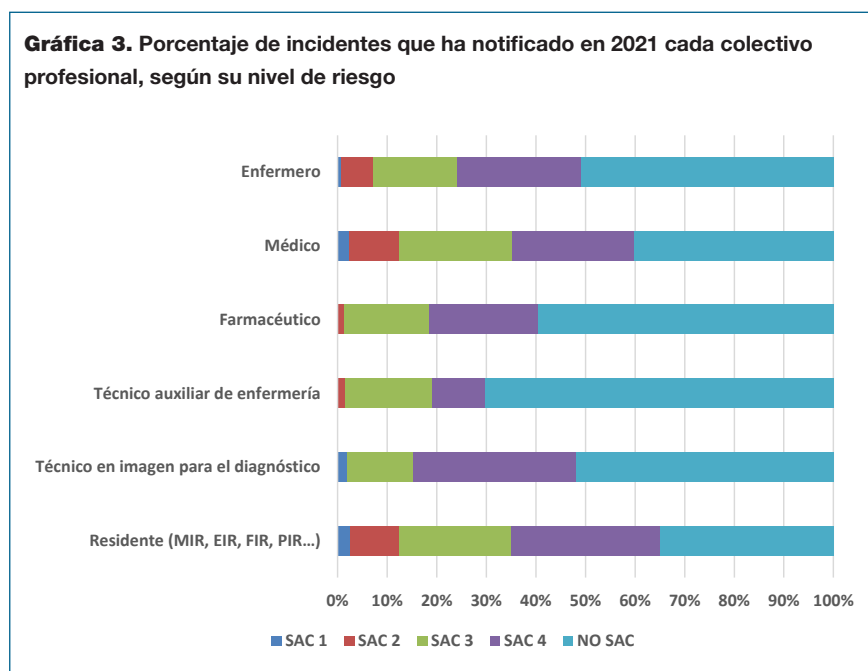
Como se presenta en la tabla 5, los profesionales de enfermería siguen siendo el grupo que más utiliza el sistema (64,9% de todos los incidentes notificados), aunque ha descendido en casi tres puntos el porcentaje de notificación con respecto a 2020, más o menos lo que ha aumentado el porcentaje de notificaciones realizadas por médicos (19,7%). En tercer lugar figuran los farmacéuticos, con un 4,1% de notificaciones, deteniendo de momento la tendencia decreciente de años anteriores. En cambio ha sucedido lo contrario en el grupo profesional de técnicos auxiliares de enfermería (TAE), cuyo porcentaje de notificaciones ha disminuido más de un punto con respecto a 2020.

Tabla 5. Incidentes notificados según profesión del notificante

Profesión del notificante	2021		2020		2019		2018	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermero	2305	64,86%	2490	67,42%	2690	56,57%	2462	56,64%
Médico	701	19,72%	621	16,82%	1244	26,16%	1091	25,10%
Farmacéutico	146	4,11%	130	3,52%	208	4,37%	246	5,66%
Técnico auxiliar de enfermería	121	3,40%	164	4,44%	208	4,37%	134	3,08%
Otros	102	2,87%	87	2,36%	124	2,61%	125	2,88%
Técnico en imagen para el diagnóstico	52	1,46%	65	1,76%	77	1,62%	73	1,68%
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)	40	1,13%	32	0,87%	55	1,16%	45	1,04%
Otros profesionales sanitarios	28	0,79%	15	0,41%	26	0,55%	32	0,74%
Fisioterapeuta	13	0,37%	22	0,60%	18	0,38%	14	0,32%
Otros licenciados/ grados sanitarios	12	0,34%	32	0,87%	35	0,74%	32	0,74%
Técnico en laboratorio de diagnóstico clínico	11	0,31%	11	0,30%	14	0,29%	9	0,21%
Otros técnicos de grado superior y medio	10	0,28%	17	0,46%	52	1,09%	52	1,20%
Técnico en radioterapia	10	0,28%	1	0,03%	0	0,00%	7	0,16%
Estudiantes/Personal en prácticas	2	0,06%	1	0,03%	2	0,04%	17	0,39%
Técnico en farmacia	1	0,03%	5	0,14%	2	0,04%	8	0,18%

La notificación del resto de colectivos sanitarios supone un porcentaje poco representativo, aunque hay variaciones llamativas en algún grupo, como el de los técnicos en radioterapia, cuyas notificaciones han aumentado notablemente en 2021. En el caso de los residentes hay un ligero aumento en las notificaciones, pero cabría esperar más, ya que la seguridad del paciente debería ser un objetivo importante en esta etapa. Puede que sea necesario consolidar este tema en los planes formativos.

En la gráfica 3 se presenta el nivel de riesgo de los incidentes notificados por cada colectivo profesional. Los residentes y los médicos tienen un perfil de notificación similar y notifican incidentes más graves que el resto, con un porcentaje superior al 12% entre SAC-1 y SAC-2, mientras que para enfermería es el 7% y para el resto de los colectivos no llega al 2%. Residentes y médicos también son los que notifican más incidentes tipo SAC-3 y menos incidentes sin SAC.



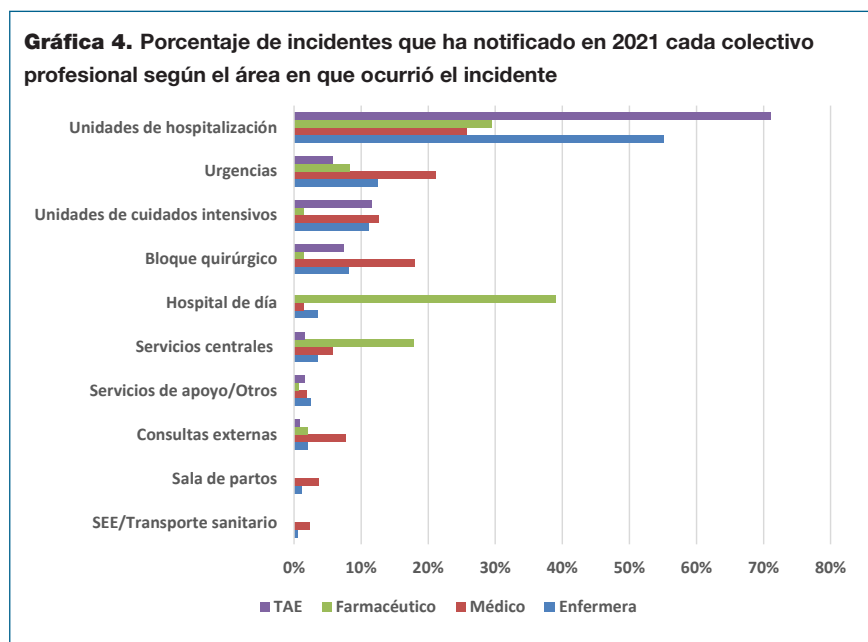
En la gráfica se han incluido solamente los colectivos con mayor número de notificaciones realizadas en 2021.

Las notificaciones de las enfermeras se distribuyen de una manera bastante equilibrada según su nivel de riesgo: la mitad son notificaciones sin SAC y el otro 50% se reparte entre las cuatro categorías disminuyendo el porcentaje según aumenta el riesgo.

Los farmacéuticos y los TAE son los colectivos que notifican incidentes de menor riesgo, con un alto porcentaje de incidentes sin SAC (60% y 70% respectivamente), no habiendo notificado ningún incidente tipo SAC-1.

Los técnicos en imagen para el diagnóstico notifican preferentemente incidentes de bajo riesgo o incidentes muy graves.

Si se revisan las áreas en las que los profesionales han realizado un mayor número de notificaciones, según se presenta en la gráfica 4, se ratifican las observaciones mencionadas previamente respecto a las diferencias existentes. Así, las enfermeras y las TAE mayoritariamente notifican incidentes generados en las unidades de hospitalización (el 55,1% en el caso de las enfermeras y el 71,1% de las realizadas por TAE). Los médicos, como ya se señaló anteriormente, concentran un mayor porcentaje de notificaciones en urgencias (21,1%), el bloque quirúrgico (18%) y las consultas externas (7,7%) que los otros colectivos. También tienen un mayor porcentaje relativo de notificaciones que las enfermeras en la sala de partos y las emergencias extrahospitalarias. En las UCI los porcentajes de notificación de médicos y personal de enfermería son muy similares. Los farmacéuticos destacan por priorizar más que el resto los incidentes generados en el hospital de día (39%) y en servicios centrales (17,8%).



Consecuencia de los incidentes en los pacientes

El SiNASP recoge información sobre todo tipo de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, entendiendo como tales 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 alcanzan al paciente, en cuyo caso pueden causar distintos tipos de daño: desde daño inexistente o inapreciable hasta contribuir o provocar la muerte del paciente.

En la tabla 6 se muestra la categorización de las consecuencias del incidente en el paciente.

El 49,6% de los incidentes notificados llegaron al paciente. Es un porcentaje superior al de 2020, cuando se invirtió la tendencia de los años anteriores y el porcentaje de incidentes que llegaron al paciente fue inferior al 50% (46,3%). En 2021 todavía no se han alcanzado los máximos del 2018, y habrá que esperar a los próximos años para saber si se vuelve a la situación anterior (gráfica 5).

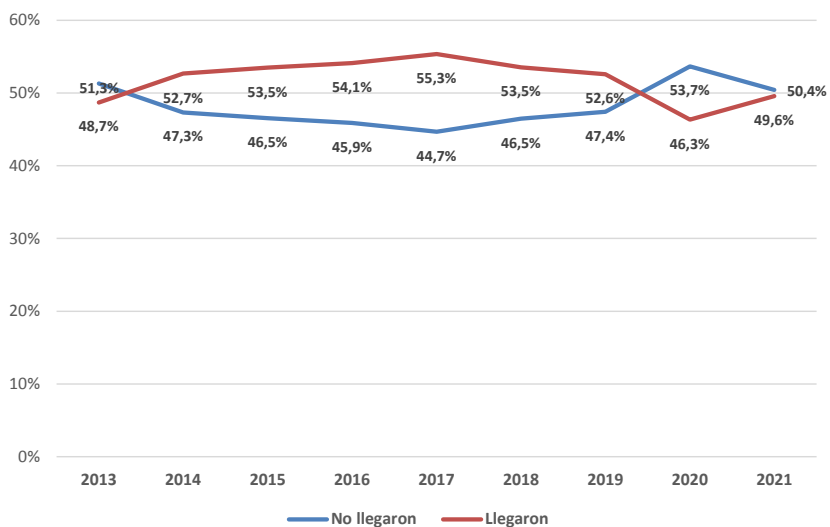
También ha disminuido el porcentaje de notificaciones clasificadas como situación con capacidad de causar un incidente (37,7% frente a 41% en 2020) (tabla 6).

El 25,4% de los incidentes que llegaron al paciente provocó daño. En 2021 el porcentaje de incidentes con un grado de daño elevado ha ascendido ligeramente con respecto a 2020 (2,2% frente al 1,8%), pero ha seguido siendo inferior al de los años previos.

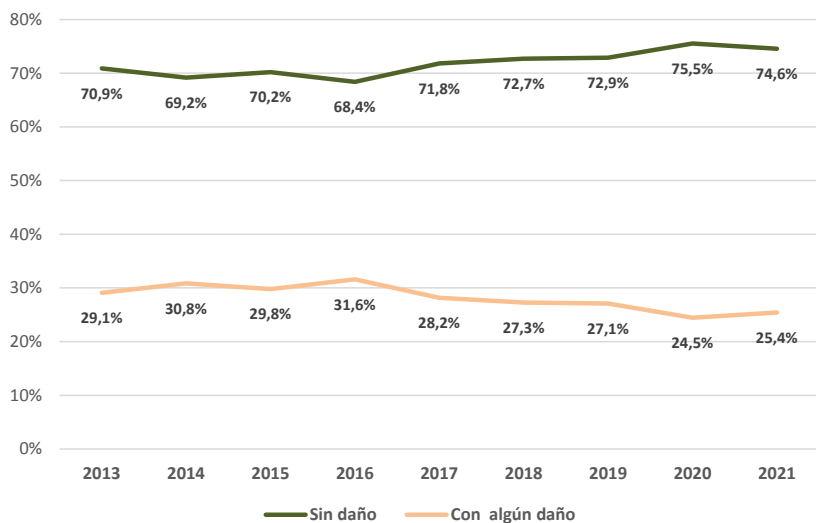
Tabla 6. Consecuencias de los incidentes en los pacientes

INCIDENTES	2021		2020		2019		2018	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	1339	37,67%	1513	40,97%	1456	30,62%	1358	31,23%
Incidente que no llegó al paciente	454	12,77%	469	12,70%	799	16,80%	663	15,25%
Incidente que llegó al paciente	1762	49,56%	1711	46,33%	2500	52,58%	2327	53,52%
El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	950	26,72%	949	25,70%	1397	29,38%	1189	27,35%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	363	10,21%	342	9,26%	423	8,90%	502	11,55%
Causó daño temporal y precisó intervención	278	7,82%	258	6,99%	406	8,54%	413	9,50%
Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	91	2,56%	92	2,49%	148	3,11%	112	2,58%
Causó daño permanente	8	0,23%	9	0,24%	18	0,38%	10	0,23%
Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida	46	1,29%	48	1,30%	82	1,72%	67	1,54%
Contribuyó o causó la muerte del paciente	25	0,70%	11	0,30%	23	0,48%	33	0,76%

Gráfica 5. Porcentaje de incidentes notificados al SiNASP desde 2013 según si llegaron o no al paciente



Gráfica 6. Porcentaje de incidentes notificados al SiNASP desde 2013 que llegaron al paciente, según provocaron o no daño



En 2021 parece haberse atenuado la tendencia al aumento de la notificación de incidentes que no provocan daño, cuyo porcentaje ha quedado por debajo del 75%, a diferencia de 2020 (gráfica 6). Todavía es un dato insuficiente para confirmar o no el cambio de tendencia.

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 y su probabilidad de ocurrencia (con cinco alternativas de respuesta que van desde muy infrecuente a frecuente). El sistema de clasificación de estas variables queda reflejado en la tabla 7.

Tabla 7. 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	Alto	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

SAC 1: Riesgo extremo; SAC 2: riesgo alto; SAC 3: riesgo moderado; SAC 4: riesgo 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».

Como se refleja en la gráfica 7, la mitad (50,5%) de los incidentes notificados no tienen SAC, porque no alcanzaron al paciente. A partir de ahí, el porcentaje de notificaciones va disminuyendo a medida que aumenta la gravedad según el SAC, hasta llegar al SAC 1 (riesgo extremo) que supone el 1% de los incidentes.

En la figura 2 se presentan las categorías de incidentes más frecuentes para cada nivel de riesgo SAC. Entre los incidentes sin SAC y los SAC-1 la categoría más frecuente es la relacionada con la gestión organizativa-recursos; en el caso de SAC-2 y SAC-3 el mayor porcentaje de incidentes son las caídas, mientras que en el nivel SAC-4 predominan los incidentes con medicamentos.

Gráfica 7. Incidentes notificados al SiNASP en 2021 según nivel de riesgo

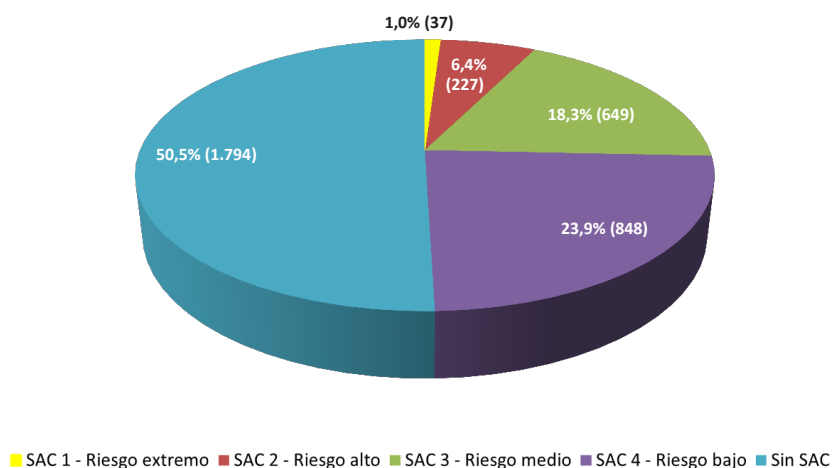
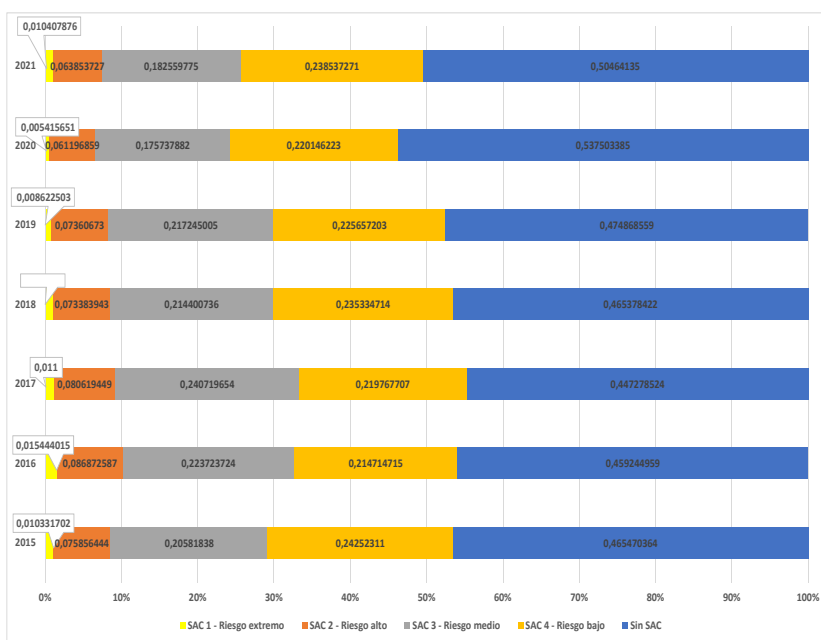


Figura 2. Tipos de incidentes más notificados al SiNASP según SAC



En la gráfica 8 se aprecia que en 2021 la tendencia a notificar menos incidentes graves y con daño se ha moderado con respecto a 2020, habiendo aumentado el nivel de riesgo de los incidentes notificados. No obstante, el porcentaje continúa siendo bajo e inferior a los años anteriores, lo que puede señalar una falta de confianza de los profesionales en las posibles consecuencias de sacar a la luz los eventos adversos y centinela.

Gráfica 8. Incidentes notificados al SiNASP desde 2015 según riesgo



Factores contribuyentes a la aparición del incidente

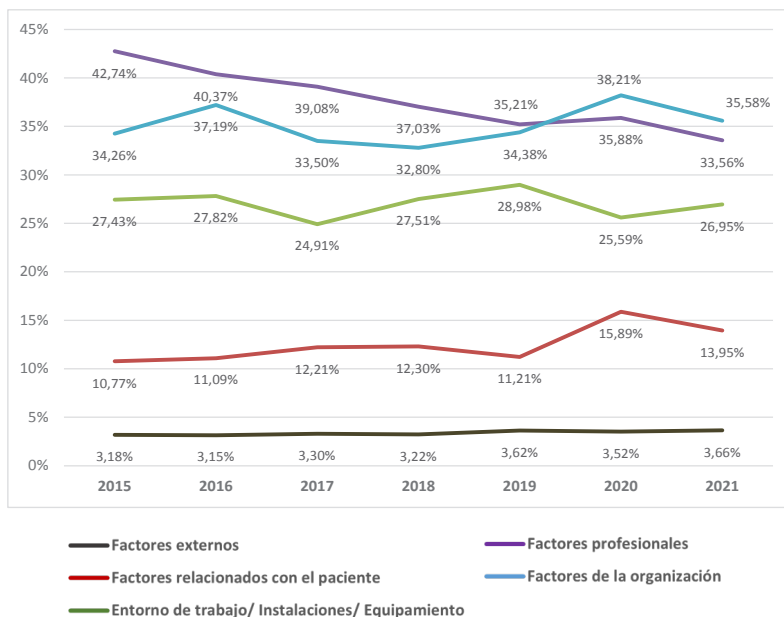
La categorización de los factores que contribuyeron a la ocurrencia de los incidentes, según la opinión de los profesionales que los notifican, se incluye en la tabla 8. Un mismo incidente puede estar ocasionado por múltiples factores causales, por lo que el número de factores contribuyentes es mayor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

Tabla 8. Incidentes notificados al SiNASP en 2021 según los factores contribuyentes

Factores contribuyentes	2021	
	N	%
Factores de la organización	1265	35,58%
Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	719	20,23%
Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo	517	14,54%
Cultura de la organización	339	9,54%
Problemas en el trabajo en equipo	212	5,96%
Factores profesionales	1193	33,56%
Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	556	15,64%
Comportamiento/conducta de los profesionales	366	10,30%
Factores estresantes/emocionales/fatiga	331	9,31%
Problemas de comunicación	405	11,39%
Otros factores de los profesionales	109	3,07%
Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento	958	26,95%
Factores relacionados con el paciente	496	13,95%
Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	205	5,77%
Otros factores relacionados con el paciente	187	5,26%
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	102	2,87%
Factores externos	130	3,66%
Otros	110	3,09%

En 2021, igual que sucedió por primera vez en 2020, los profesionales siguen señalando los factores de la organización como el grupo principal de factores contribuyentes a los incidentes de seguridad y se mantiene la tendencia descendente de la atribución a los factores profesionales (tabla 8 y gráfica 8).

Gráfica 8. Porcentaje de incidentes notificados al SiNASP desde 2015, según los grandes grupos de factores contribuyentes

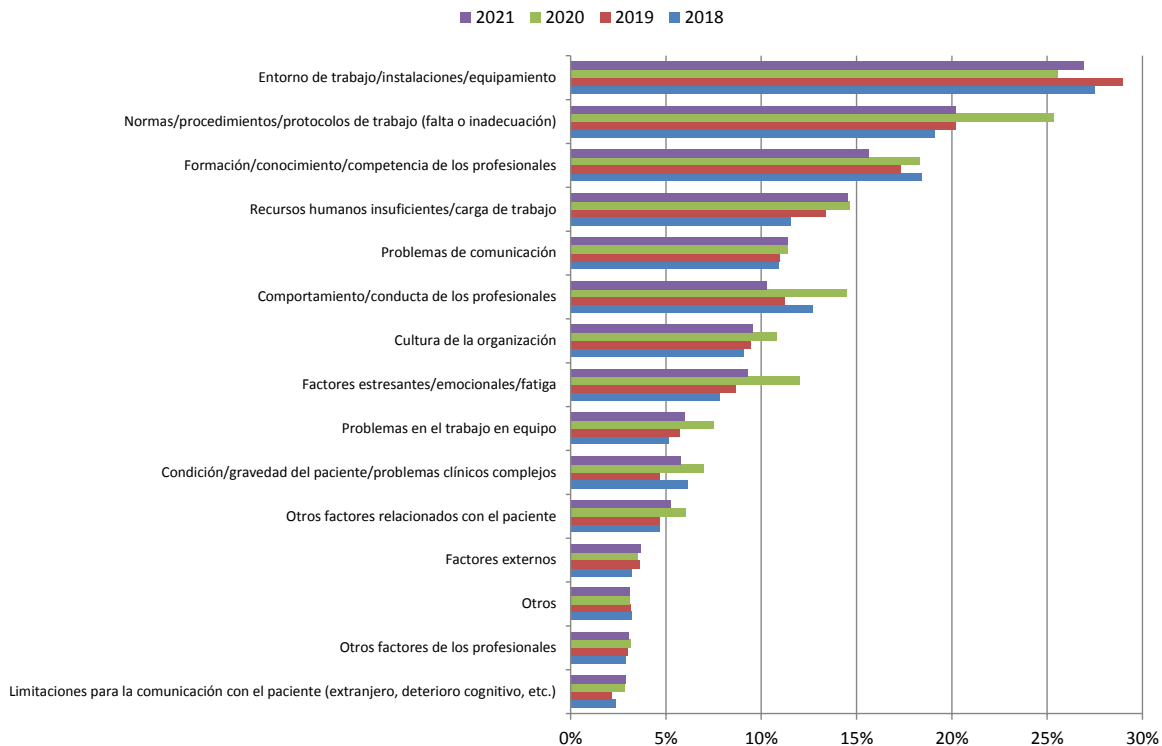


A nivel de categoría individual (gráfica 9) los factores relacionados con el *entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento* siguen siendo señalados como el mayor factor contribuyente, en mayor medida que en 2020. Es el único factor cuya atribución aumenta en 2021 (en el 27% de los incidentes frente al 25,6%). En segundo nivel de importancia se encuentra un factor de la organización: la falta o inadecuación de las *normas/procedimientos/protocolos de trabajo* (20% de incidentes) y en tercer lugar figura un factor profesional, la *formación/conocimiento/competencia de los profesionales*, aunque la contribución de este factor en 2021 es inferior a lo señalado en años anteriores.

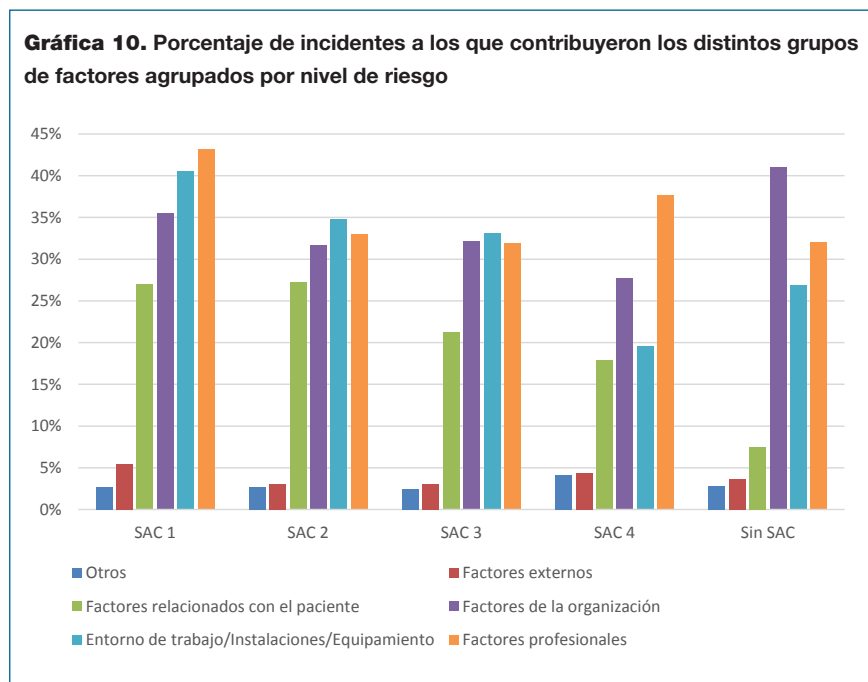
El segundo factor organizativo importante y que mantiene el mismo nivel de atribución que en 2020 es el relativo a *recursos humanos/carga de trabajo*. La contribución del resto de factores de la organización, *cultura de la organización* y *problemas en el trabajo en equipo*, que había aumentado en 2020, en 2021 se mantiene a un nivel similar al de los años anteriores.

Entre los factores profesionales los *problemas de comunicación* se mantienen como el segundo más importante y en un nivel similar al de años anteriores (contribuyente en el 11,4% de los incidentes).

Sin llegar al nivel de 2020 la contribución de factores relacionados con el paciente sigue por encima de los años anteriores. Los elementos que se señalan como contribuyentes en mayor medida son los relacionados con la complejidad y «otros factores» que no se concretan.

Gráfica 9. Incidentes notificados al SiNASP desde 2018, según los factores contribuyentes

En la gráfica 10 se presentan los grupos de factores que han contribuido a los incidentes según el nivel de riesgo SAC de estos.



En los incidentes de nivel SAC-1 parece que los notificantes tienden a encontrar una mayor diversidad de factores contribuyentes, aunque predominan los factores profesionales (43% de los incidentes). En los SAC-2 y SAC-3 son los factores ligados al entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento los que contribuyen a un mayor porcentaje de incidentes (35% y 33% respectivamente). En más del 25% de los SAC-1 y SAC-2 se considera que los factores relacionados con el paciente han sido importantes, contribución que va disminuyendo en los incidentes de menor nivel de riesgo. En los SAC-4 se atribuye claramente la mayor contribución a los factores profesionales (en el 38% de los incidentes). En el caso de las notificaciones sin SAC, que son aquellos casos que no llegan al paciente y que mayoritariamente se trata de situaciones con capacidad de causar un incidente, tiene mucho sentido que los factores del paciente tengan escasa importancia y en cambio más del 40% tengan que ver con factores de la organización.

Incidentes clasificados como SAC 1

Se han revisado todos los incidentes notificados en 2021 y clasificados como SAC 1, cuya fecha de cierre fue anterior a julio de 2022. En total, 37 incidentes.

De ellos, según la clasificación de los notificantes, 4 causaron daño permanente al paciente, 15 comprometieron la vida del paciente y precisaron intervención para mantener su vida, y 18 contribuyeron o causaron la muerte del paciente.

Según se describe en la tabla 9, la mayoría de los incidentes clasificados como SAC 1 fueron notificados por enfermeras, aunque en menor medida que en 2021 (70%) y aproximándose bastante el porcentaje de incidentes notificados por médicos, que habitualmente notifican incidentes más graves:

Profesión del notificante	Nº de incidentes	%
Enfermera	19	51,4%
Médico	16	43,2%
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR,...)	1	2,7%
Técnico en imagen para el diagnóstico	1	2,7%
Total	37	100%

El 37,8% de los incidentes notificados se produjo en unidades de hospitalización y el 27% en urgencias:

Área	Nº de incidentes	%
Unidades de hospitalización	14	37,8%
Urgencias	10	27%
Unidades de cuidados intensivos	5	13,5%
Servicios centrales	3	8,1%
Bloque quirúrgico	2	5,4%
SEE/Transporte sanitario	2	5,4%
Sala de partos	1	2,7%

Durante el análisis se han eliminado cuatro notificaciones por ser comunicaciones repetidas de un mismo incidente (en un caso tres veces). Tam-

bién se ha prescindido de dos notificaciones que en realidad comunicaban situaciones de alto riesgo, pero no propiamente incidentes: se trataba de situaciones de sobresaturación en urgencias por falta de camas de ingreso. Además, se han analizado otros siete incidentes clasificados como SAC 2 que contribuyeron o causaron la muerte del paciente. Al categorizarse como muy infrecuentes, el sistema no los clasifica como SAC 1. Cuatro incidentes fueron notificados por enfermeras y tres por médicos. Cuatro tuvieron lugar en unidades de hospitalización, y los otros tres en servicios centrales, UCI y urgencias. Uno de ellos también se ha eliminado del análisis por tratarse de una reacción anafiláctica al contraste no previsible.

Los 37 incidentes finalmente analizados se han intentado agrupar de acuerdo con una tipología o con posibles factores contribuyentes. A partir de la descripción del incidente que aparece en el sistema no en todos los casos queda claro cuál ha sido el problema de seguridad o si se trata de una complicación del proceso que sufre el paciente. Este análisis se realiza a nivel local y la información no se traslada a los niveles superiores del sistema. Se describen a continuación los incidentes incluidos en cada grupo.

1. Incidentes relacionados con los cuidados de pacientes críticos o complejos: 5

- Dificultad en la intubación en paciente crítico por vía aérea difícil y equipamiento inadecuado con la consiguiente hipoxia mantenida durante todo el procedimiento.
- Parto prematuro extremo en hospital comarcal con exitus del neonato por imposibilidad de optimizar la vía aérea. Discrepancia con hospital de referencia sobre la necesidad de desplazamiento de un neonatólogo. Retraso en equipo de transporte al hospital de referencia.
- Parada cardiorrespiratoria de neonato intervenido de cirugía cardiovascular tras alta de UCI.
- Parada cardiorrespiratoria en planta de niña de 6 años intervenida de cirugía cardiovascular la semana previa.
- Fallecimiento de un menor durante intervención de cirugía cardiovascular programada.

2. Incidentes relacionados con deficiente comunicación-transferencia-monitorización: 4

- Traslado a planta desde urgencias de paciente agitado y desaturado. Se traslada a UCI.
- Traslado de dos pacientes desde urgencias a unidad COVID estando inestables.
- Retraso de varias horas en la atención de urgencia a un paciente tras caída en la habitación por descoordinación entre los diferentes servicios implicados.

- Broncoaspiración tras iniciar alimentación sin asegurarse de tener los resultados de la radiografía, que después objetiva mal posicionamiento de la sonda nasogástrica.

3. Incidentes relacionados con el diagnóstico y valoración del paciente: 5

- Retraso en la atención de paciente con dolor agudo por posible embarazo ectópico en sala de urgencias de maternidad tras triaje por matrona que no avisa a médico de guardia.
- Error diagnóstico en urgencias en paciente derivada de atención primaria tras caída con traumatismo craneal (no se realizan pruebas radiológicas).
- Retraso en la valoración y asistencia a un lactante en situación grave en urgencias pediátricas al ser valorado por un celador a su llegada (no hay un triaje implantado).
- Retraso en la valoración y seguimiento de un paciente COVID+ a cargo de Medicina interna que ingresa en planta por la noche y no es asignado ni visto por ningún médico por la mañana. Por la tarde entra en PCR y no se activa el código de parada.
- Retraso en la valoración, monitorización y seguimiento, así como en el inicio del tratamiento de un paciente en urgencias, con deterioro progresivo y shock séptico urológico.

4. Incidentes relacionados con caídas o accidentes del paciente: 5

- Familiar encuentra a paciente muerto en el suelo de la habitación.
- Paciente fallecido en la cama enganchado en las barandillas. Era portador de presión positiva continua en vía aérea.
- Caída en el cuarto de baño y fallecimiento durante la noche de paciente en aislamiento de contacto.
- Caída de paciente en habitación de monitorización.
- Paciente fallecido en decúbito prono sobre el suelo de la habitación.

5. Incidentes relacionados con gestión organizativa, infraestructura y recursos: 3

- Ingreso en neonatología de recién nacido de pocos días con positividad para COVID-19 al no disponer de camas en pediatría por problemas de personal. El ingreso en neonatología supone la separación de su madre y la suspensión de la lactancia materna. Además, el retraso en el ingreso hasta los resultados de la prueba COVID favoreció contacto con otros menores en urgencias.
- Fallecimiento de paciente durante la espera de ingreso en pasillo de Radiodiagnóstico-Urgencias.

- Traslado de lactante a UCI de hospital de referencia por falta de equipamiento para ventilación adecuada en la propia UCI, dando lugar a la utilización de procedimientos invasivos.

6. Incidentes relacionados con parada cardiorrespiratoria y RCP: 6

- Retraso en RCP en planta de hospitalización porque no hubo respuesta en el teléfono de activación del protocolo de urgencia vital.
- Descoordinación de actuaciones ante deterioro rápido de un paciente y situación de parada cardiorrespiratoria.
- Retraso tratamiento emergencia PCR en UCI por no disponer de CIK en el servicio. Exitus.
- Activación del circuito de parada en pediatría sin que los diversos actores tengan claro el protocolo.
- Retraso en RCP por desconocimiento de localización del paciente en una zona de hospitalización recién habilitada y después por falta de pilas en el laringoscopio.
- Parada cardiorrespiratoria de un paciente en el cuarto de baño que, al caer, bloquea la puerta de acceso al mismo, con el consiguiente retraso en la atención.

7. Incidentes relacionados con los equipos/dispositivos: 3

- Fallo del ventilador en paciente neonatal que obliga a dejar de atender a otro paciente también inestable con ventilación mecánica.
- Problemas funcionamiento monitores y desfibrilador del carro de parada durante RCP.
- Fallo en dos laringoscopios durante intubación orotraqueal en paciente con insuficiencia respiratoria.

8. Incidentes relacionados con los medicamentos: 3

- Error de preparación que contribuyó a un error en la vía de administración por usar un tipo de jeringa equivocada.
- Sobredosificación de heparina (prescrita en AP) y retraso en la intervención por falta de claridad en la cartera de servicios de radiología intervencionista.
- Parada cardiorrespiratoria y exitus tras TC con contraste de paciente con función renal muy alterada.

9. Incidentes directamente relacionados con la pandemia de COVID-19: 1

- Numerosos neumotórax con el implante de tubo de tórax para drenaje, atribuidos en parte al abundante personal sin experiencia con pacientes complejos y también a la insuficiencia del sistema de aspiración para la complejidad de los pacientes.

10. Incidentes relacionados con la formación del personal: 2

- Neumonía por broncoaspiración en paciente a la que se alimenta por vía oral a pesar de no tener un nivel de conciencia suficiente.
- Deficiente exploración e informe de interconsulta de un paciente por parte de un facultativo. Posiblemente no sea un incidente adecuado para SiNASP.

Incidentes notificados en atención primaria

Se incluyen los incidentes notificados en centros de atención primaria (y asimilados, como las residencias sociosanitarias) de 9 Comunidades Autónomas. Según puede verse en la tabla 11, la implantación del SiNASP en atención primaria no ha llegado a consolidarse y está en descenso. Aunque a finales de 2021 había 621 centros de atención primaria dados de alta en el sistema, la mayoría no lo utiliza, y no llegan al 14% los que han realizado notificaciones. De hecho, en 2021 solamente se han recibido notificaciones de 86 centros de atención primaria, una cifra notablemente inferior a la del año anterior que, a su vez, ya era bastante más baja que la de 2019.

Tabla 11. Centros de atención primaria dados de alta en el SiNASP a 31 de diciembre de 2021 y los que han usado SiNASP en 2021

CCAA	Comienzo de la implantación	Centros de AP*	Centros AP que usan SiNASP** en 2021	Centros AP que usan SiNASP en 2020
Aragón	Octubre 2014	8	1	1
Asturias	Noviembre 2014	39	11	8
Canarias	Noviembre 2014	45	1	1
Cantabria	Septiembre 2014	44	7	15
Castilla-La Mancha	Diciembre 2013	142	10	7
Extremadura	Octubre 2016	122	7	6
Galicia	Diciembre 2013	67	30	37
INGESA	Diciembre 2019	4	0	0
La Rioja	Diciembre 2016	1	0	0
Murcia	Diciembre 2013	78	6	6
Navarra	Octubre 2014	71	13	23
TOTAL		621	86	104

* Incluye residencias sociosanitarias. El número de centros de AP no es comparable entre o dentro de las CCAA, ya que puede darse de alta como un centro cualquier tipo de unidad o agrupación de unidades de atención primaria, incluso un área.

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

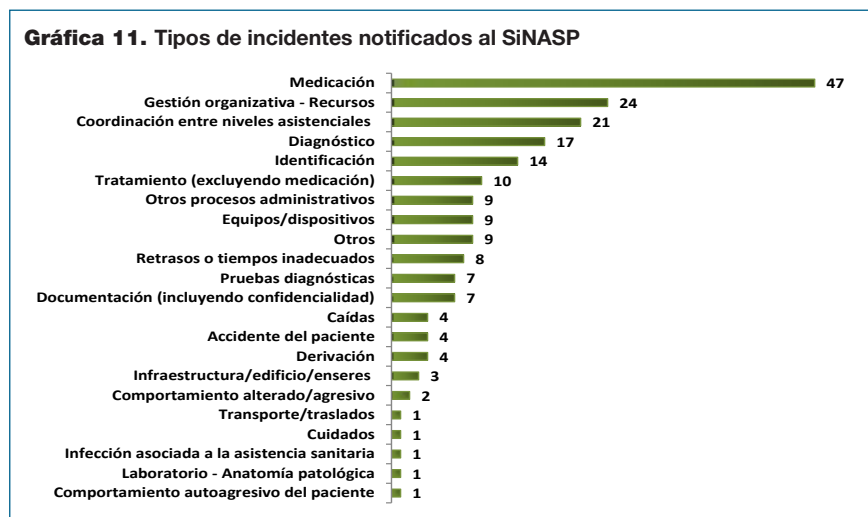
Análisis global de los incidentes notificados

Tipo de incidente

En la gráfica 11 se muestran los incidentes notificados según la clasificación por tipo de incidente. Es importante tener en cuenta que un mismo incidente puede categorizarse en más de un tipo, porque puede afectar a varios temas. Además, se trata de un campo voluntario, por lo que no todos los incidentes necesariamente se categorizan.

Las dos categorías principales de incidentes notificados en atención primaria son *medicación* (47 incidentes, 31%) e incidentes relacionados con la *gestión organizativa/recursos* (24 incidentes, 16%). Aunque el bajo número de notificaciones hace que las comparaciones con otros años puedan no ser relevantes, en el caso de los incidentes relacionados con la medicación se mantiene la tendencia al alza y en 2021 ha subido más de cinco puntos el porcentaje de incidentes notificados con respecto a 2020 (gráfica 12). En tercer lugar se han notificado incidentes relacionados con la *coordinación entre niveles asistenciales* (21 incidentes, 14%), en un porcentaje inferior al de 2020.

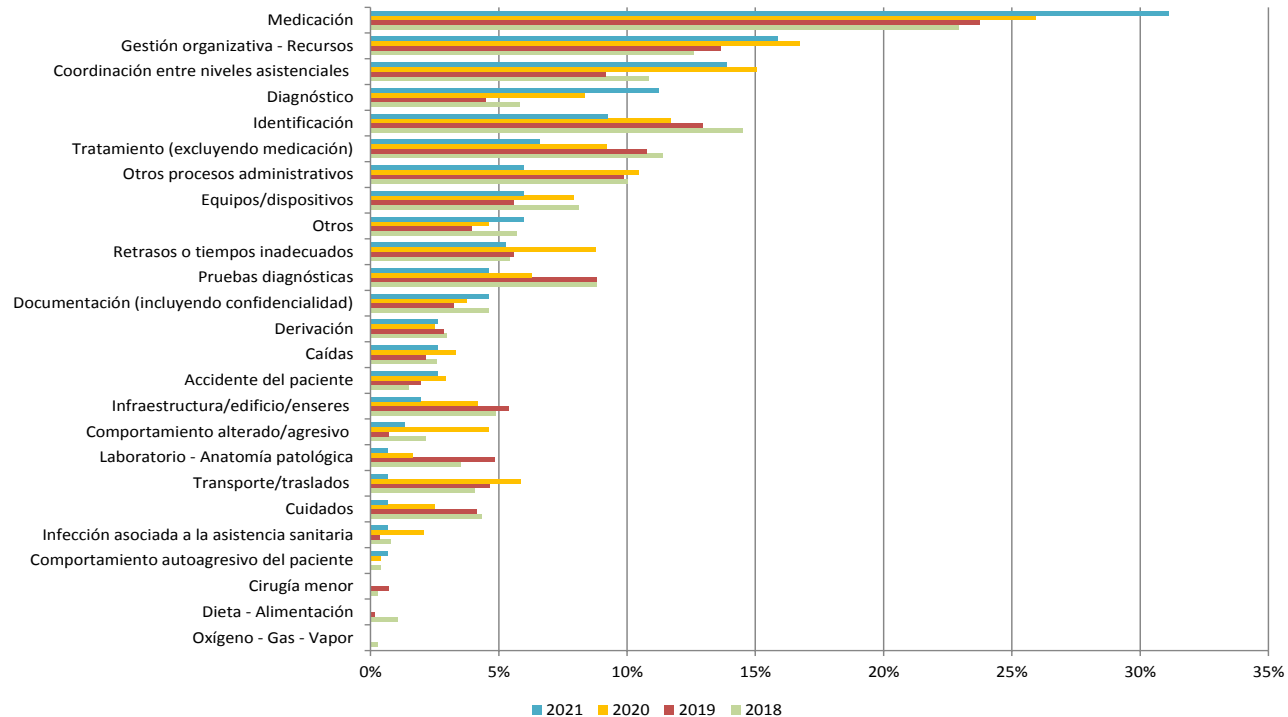
Como sucedió en 2020, no se ha notificado ningún incidente de tres categorías: *oxígeno-gas-vapor*, *dieta-alimentación* y *cirugía menor*.



Otra categoría de incidentes cuyo porcentaje de notificación destaca sobre años anteriores es *diagnóstico*, subiendo en torno a tres puntos con respecto a 2020. Sigue disminuyendo el porcentaje de incidentes relacionados con la *identificación* y el *tratamiento (excluyendo medicación)*.

No obstante, como se decía más arriba, teniendo en cuenta que el número de notificaciones de cada categoría es bastante bajo, hay que relativizar las posibles tendencias en los datos.

Gráfica 12. Comparativa de incidentes notificados al SiNASP desde 2018



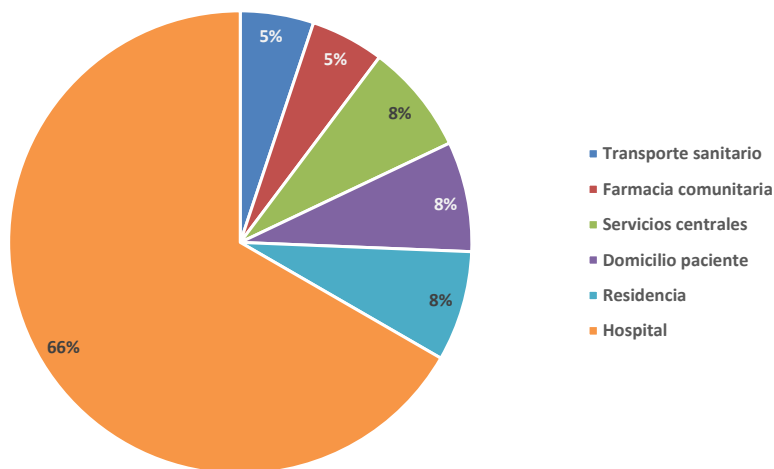
Lugar en que ocurrió el incidente

Sigue disminuyendo el porcentaje de incidentes generados en la consulta (tabla 12), y aumenta notablemente el porcentaje de incidentes notificados que tuvieron lugar en una organización o lugar distinto al centro de atención primaria. De ellos (gráfica 13), el 66% tuvo lugar en el hospital, en gran medida relacionados con la falta de conciliación al alta o con la ausencia de prescripción electrónica o de instrucciones escritas al alta sobre la medicación del paciente. En el resto de las áreas no hay notables variaciones, excepto por el descenso del porcentaje de notificaciones de incidentes ocurridas en el área de atención continuada/urgencias de atención primaria, que bajan más de tres puntos. En todo caso hay que seguir insistiendo en que el número de notificaciones ha sido muy bajo y, por tanto, puede resultar aventurado interpretar las tendencias.

Tabla 12. Incidentes notificados según el área en que se produjo el incidente desde 2018

INCIDENTES Area	2021		2020		2019		2018	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Consultas/consultorio	73	48,34%	124	51,88%	296	53,24%	347	47,08%
En una organización/ lugar distinto al centro de Atención Primaria	39	25,83%	40	16,74%	84	15,11%	143	19,40%
Área de atención continuada/urgencias/ SUAP	13	8,61%	29	12,13%	43	7,73%	89	12,08%
Teléfono	6	3,97%	14	5,86%	14	2,52%	4	0,54%
Laboratorio	5	3,31%	11	4,60%	52	9,35%	55	7,46%
Sala de espera	5	3,31%	9	3,77%	9	1,62%	7	0,95%
Otras áreas del centro de Atención Primaria (escaleras, entrada,...)	3	1,99%	7	2,93%	21	3,78%	39	5,29%
Servicios de apoyo	2	1,32%	1	0,42%	5	0,90%	5	0,68%
Lugar desconocido	2	1,32%	1	0,42%	4	0,72%	9	1,22%
Radiología	2	1,32%	0	0,00%	6	1,08%	12	1,63%
Área de administración/ información	1	0,66%	3	1,26%	22	3,96%	27	3,66%

Gráfica 13. Ubicación de los incidentes notificados en 2021 que tuvieron lugar fuera del centro de atención primaria



Profesión del notificante

En 2021, al igual que en 2020 más de la mitad de las notificaciones han sido realizadas por médicos (Tabla 13). Se mantiene estable el porcentaje de notificaciones realizadas por enfermeras y aumenta el de los incidentes notificados por farmacéuticos. Aunque, como ya se ha mencionado anteriormente, los datos son muy escasos para interpretar posibles tendencias, parece seguir en aumento el porcentaje de notificaciones realizadas por residentes.

Tabla 13. Incidentes notificados según la profesión del notificante desde 2018

Profesión del notificante	2021		2020		2019		2018	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico	84	55,63%	138	57,74%	249	44,78%	335	45,45%
Enfermero	40	26,49%	65	27,20%	201	36,15%	288	39,08%
Farmacéutico	18	11,92%	23	9,62%	69	12,41%	65	8,82%
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)	6	3,97%	6	2,51%	10	1,80%	5	0,68%
Otros	2	1,32%	5	2,09%	11	1,98%	22	2,99%
Técnico auxiliar de enfermería	1	0,66%	0	0,00%	8	1,44%	4	0,54%

Consecuencia de los incidentes en los pacientes

En 2021, el 74% de los incidentes notificados llegaron al paciente, lo que contrasta notablemente con lo que sucede en los hospitales y supone un aumento considerable con respecto a 2020. Además supone el mayor porcentaje en toda la serie histórica (tabla 14 y gráfica 14).

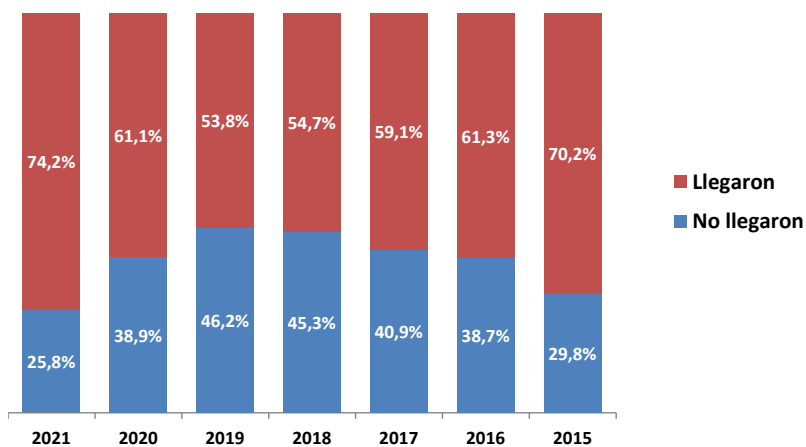
Tabla 14. Incidentes notificados según las consecuencias en los pacientes desde 2018

INCIDENTES	2021		2020		2019		2018	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	18	11,92%	58	24,27%	184	33,09%	221	29,99%
Incidente que no llegó al paciente	21	13,91%	35	14,64%	73	13,13%	113	15,33%
Incidente que llegó al paciente	112	74,17%	146	61,09%	299	53,78%	403	54,68%
El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	56	37,09%	61	25,52%	114	20,50%	162	21,98%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	37	24,50%	58	24,27%	133	23,92%	163	22,12%
Daño moderado: daño temporal menor y/o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o conflicto con el paciente.	13	8,61%	23	9,62%	39	7,01%	54	7,33%
Daño importante: daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario	2	1,32%	4	1,67%	9	1,62%	21	2,85%
Catastrófico: muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente	4	2,65%	0	0,00%	4	0,72%	2	0,27%

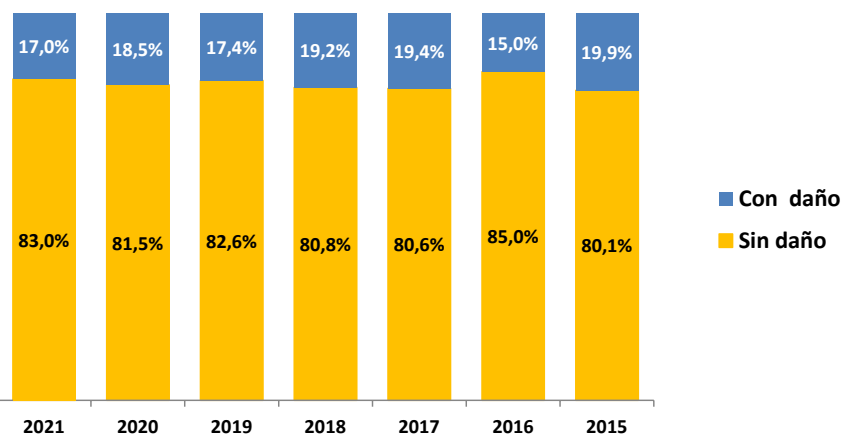
En la tabla 14 podemos ver además que en 2021 ha seguido disminuyendo la notificación de situaciones con capacidad de causar un incidente, tendencia que comenzó en 2020.

De los incidentes que llegaron al paciente el 83% no le produjeron daño (gráfica 15). Esta proporción se mantiene bastante estable a lo largo de los años.

Gráfica 14. Incidentes notificados según si llegaron o no al paciente desde 2015



Gráfica 15. Incidentes notificados según si produjeron o no daño al paciente desde 2015



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 15.

Tabla 15. Cálculo del riesgo asociado a un incidente en atención primaria (SAC)

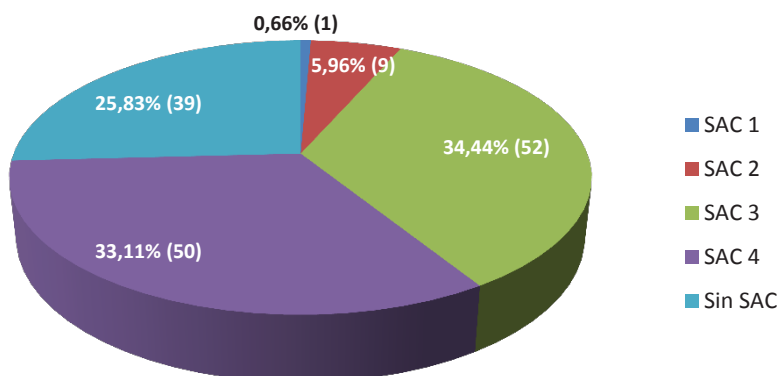
	Frecuente	Probable	Ocasional	Poco frecuente	Muy infrecuente
Muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente	Extremo	Extremo	Extremo	Extremo	Alto
Daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
Daño temporal menor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

SAC 1: Riesgo extremo; SAC 2: riesgo alto; SAC 3: riesgo moderado; SAC 4: riesgo bajo

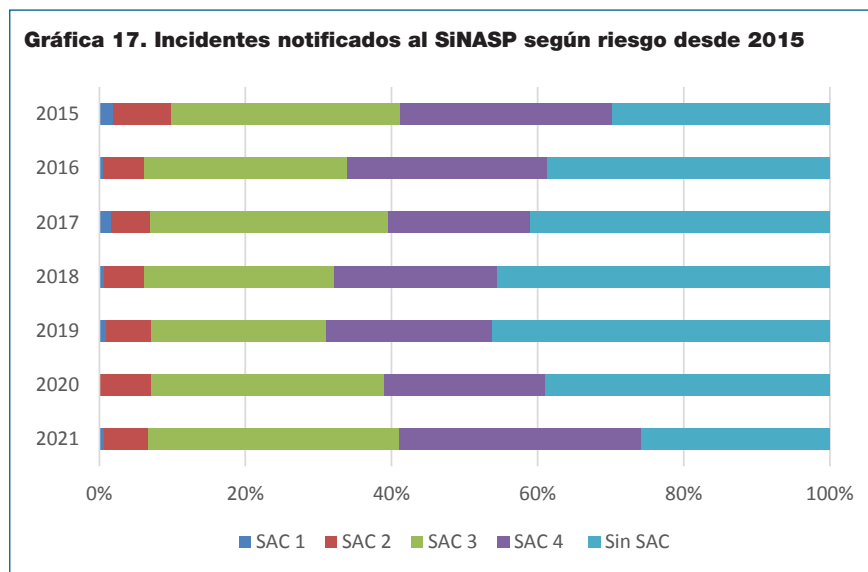
Hay dos tipos de incidentes que no son susceptibles de una clasificación mediante el SAC: las situaciones con capacidad de causar incidentes y los incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente. Teniendo en cuenta que una de las variables que se utilizan para el cálculo del SAC 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 en atención primaria queda reflejado en la gráfica 16.

Gráfica 16. Incidentes notificados al SiNASP en 2021 según nivel de riesgo



En 2021 ha disminuido ligeramente el porcentaje de incidentes que han supuesto un riesgo elevado para el paciente 6,6% frente al 7,11% de 2020 (gráfica 17). Ha disminuido notablemente el porcentaje de incidentes sin SAC, siendo el menor porcentaje de toda la serie histórica. Esta disminución está directamente relacionada con el descenso antes mencionado en la notificación de situaciones de riesgo. El porcentaje de incidentes de bajo riesgo (SAC 4), es el mayor de toda la serie histórica, al igual que de los SAC 3, aunque estos solo aumentan ligeramente con respecto al año anterior.



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 16.

Al igual que en 2020, los factores de la organización aparecen como el grupo principal de factores contribuyentes a los incidentes de seguridad, aumentando más en porcentaje (tabla 16 y gráfica 18). Los factores relacionados con el entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento también siguen en aumento, mientras que desciende la atribución de los notificantes a los factores profesionales. A nivel de categoría individual (gráfica 19) el factor más importante sigue siendo la *falta o inadecuación de las normas/procedimientos/protocolos de trabajo* –cuya atribución a los incidentes mantiene la tendencia creciente–, seguido de los factores relacionados con el *entorno de*

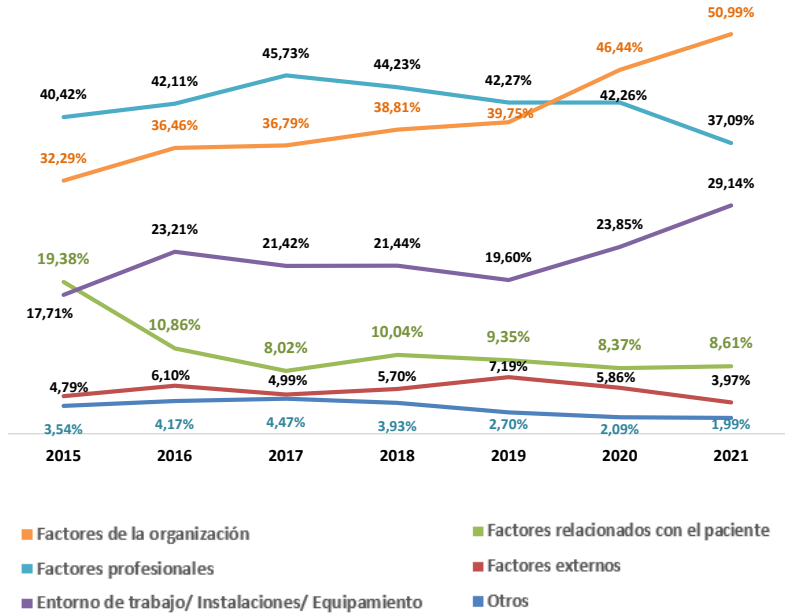
trabajo/instalaciones/equipamiento, cuyo porcentaje de atribución sigue creciendo y alcanza el valor más alto de toda la serie histórica. En tercer lugar aparece la *cultura de la organización*, en menor porcentaje de atribución que en 2020. Otro factor de la organización, *recursos humanos insuficientes/carga de trabajo*, figura en cuarto lugar, manteniendo la tendencia creciente. Entre los factores profesionales, el más importante sigue siendo el relacionado con la *formación/conocimiento/competencia*, aunque los *factores estresantes/emocionales/fatiga* se encuentran casi al mismo nivel, con un aumento de cuatro puntos con respecto a 2020.

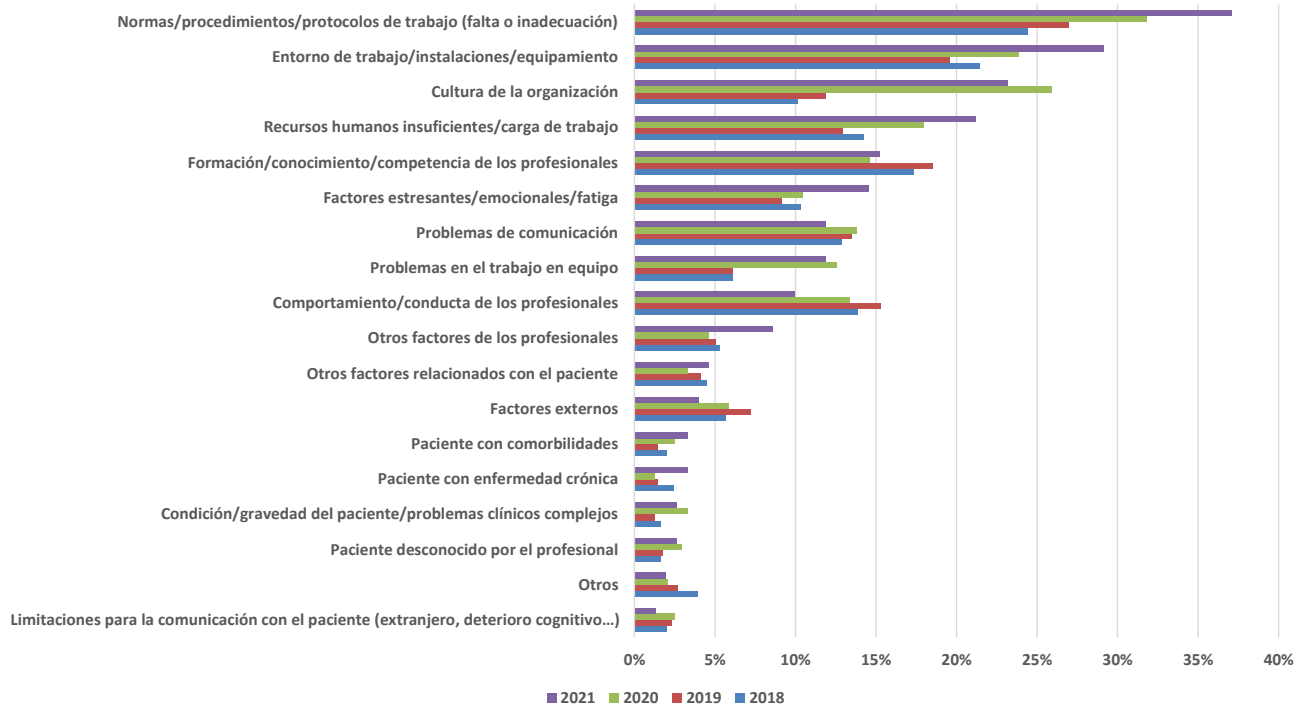
Tabla 16. Incidentes notificados al SiNASP en 2021 según los factores contribuyentes

Factores contribuyentes	2021	
	N	%
Factores de la organización	77	50,99%
Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	56	37,09%
Cultura de la organización	35	23,18%
Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo	32	21,19%
Problemas en el trabajo en equipo	18	11,92%
Factores profesionales	56	37,09%
Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	23	15,23%
Factores estresantes/emocionales/fatiga	22	14,57%
Problemas de comunicación	18	11,92%
Comportamiento/conducta de los profesionales	15	9,93%
Otros factores de los profesionales	13	8,61%
Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento	44	29,14%
Factores relacionados con el paciente	13	8,61%
Otros factores relacionados con el paciente	7	4,64%
Paciente con comorbilidades	5	3,31%
Paciente con enfermedad crónica	5	3,31%
Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	4	2,65%
Paciente desconocido por el profesional	4	2,65%
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	2	1,32%
Factores externos	6	3,97%
Otros	3	1,99%

El total puede superar el nº de incidentes notificados porque en un incidente pueden identificarse varios factores contribuyentes.

Gráfica 18. Porcentaje de incidentes notificados al SiNASP desde 2015, según los grandes grupos de factores contribuyentes



Gráfica 19. Incidentes notificados al SiNASP desde 2018 según los factores contribuyentes

Incidentes clasificados como SAC 1 y SAC 2 catastróficos

Entre las notificaciones cerradas a 30 de junio de 2022 figura un incidente clasificado como SAC-1 y tres incidentes clasificados como SAC-2 con consecuencia de daño catastrófico. Al revisar los incidentes se deduce que dos notificaciones se refieren el mismo incidente SAC-2.

Todas las notificaciones fueron realizadas por médicos.

Uno de los incidentes se produjo en consulta telefónica, otro en el domicilio del paciente y el tercero en la consulta presencial.

Se describen a continuación estos incidentes y una indicación de posibles factores contribuyentes. A partir de la descripción del incidente que aparece en el sistema, no en todos los casos queda claro cuál ha sido el problema de seguridad, ya que lo importante es el análisis a nivel local.

1. Incidentes relacionados con el diagnóstico: 2

- Durante la asistencia telefónica no se percibe la gravedad de un paciente anciano con dolor torácico que acaba falleciendo en su domicilio.

Situación de pandemia por SARS-CoV-2. Imposibilidad de visita a domicilio. Posible fallo de comunicación durante la atención telefónica (falta de entrenamiento en este tipo de asistencia, falta de procedimiento específico...).

- Sinusitis complicada no detectada como tal a pesar de las posibles señales, que finalmente precisa intervención quirúrgica.

El paciente siempre mantuvo buen estado general y había sido valorado inicialmente en urgencias hospitalarias. Quizá estos factores contribuyeron a un sesgo en la valoración de los signos clínicos.

2. Incidentes relacionados con la medicación: 1

- Se tarda en detectar la sobredosificación de Sintrom a una paciente con tromboembolismo pulmonar por un error de prescripción en hospital. Sangrado persistente y empeoramiento.

El médico de familia de la paciente está de vacaciones, por lo que es probable que no se le hiciese un seguimiento adecuado tras el alta. No se hace ningún control del tratamiento anticoagulante hasta que se detecta la hemorragia. Hay problemas para comunicarse con el médico prescriptor.

Indicadores de gestión del SiNASP

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 gestores del SiNASP en las comunidades autónomas (CCAA) y en el Ministerio de Sanidad (MS) 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 MS tienen una visión global del funcionamiento del sistema, que ayuda a orientar el apoyo a los centros.

La tabla 17 presenta una selección de indicadores de hospitales y atención primaria agregados a nivel global del SiNASP.

Tabla 17. Indicadores de gestión del SiNASP a nivel Sistema Nacional de Salud

	Hospital				Atención Primaria			
	2021	2020	2019	2018	2021	2020	2019	2018
Volumen de notificaciones								
nº notificaciones recibidas*	4.109	4.143	5.222	4.911	210	333	670	821
Características de las notificaciones								
% SAC 1 y SAC 2 respecto al total	8	6,9	8,3	8,7	6,2	8,1	7,6	7,2
% notificantes identificados	67,6	63,9	62,9	65,5	68,6	74,8	69,9	67
Gestión de las notificaciones								
Tiempo medio asignación (días)	23,1	25,6	21,3	23,8	66,3	30,9	35,6	15,9
Tiempo medio gestión notif. (días)	75,5	109,3	68,1	75,6	127,8	71,6	64,6	53,5
% de notificaciones > 1 mes no gestionadas	13,4	8,7	8,9	9,6	28,1	27,6	17	9,3
% notif. cerradas con acciones	80,9	82,2	86,4	89,1	78,6	69,8	78,3	83,8
Análisis de las notificaciones								
% notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR	15,1	17,9	16,1	22,9	12,5	14,3	12,5	14,8
% notificaciones con indicación de ACR	4,4	4,6	4,6	6,2	4,6	2,4	2	6,9
Mecanismos de feedback								
% correos enviados a notificantes identificados	80,4	74,7	79,8	82,9	58,8	47,1	64	73,1

* El número de notificaciones recibidas es el total, incluidas las que todavía no se habían terminado de gestionar a 30 de junio de 2022 y, por lo tanto, no han sido incluidas en el análisis de este informe.

Las tablas 18 y 19 presentan los mismos indicadores desagregados por comunidad autónoma, en hospitales y en atención primaria.

Tabla 18. Indicadores de gestión del SINASP en hospitales en 2021 desagregado por CCAA

CCAA:		Castilla-La Mancha	Galicia	Murcia	Cantabria	Canarias	Aragón	Navarra	Extremadura	INGESA	Principado de Asturias	La Rioja	Total
Volumen de notificaciones													
1	nº notificaciones recibidas	266	1350	356	171	119	632	638	184	87	302	4	4109
Características de las notificaciones													
2	% SAC 1 y SAC 2 respecto al total	13,9	6,4	10,7	9,4	16,8	5,7	10	6	0	5,6	25	8
3	% notificantes identificados	68	60,8	65,2	67,8	79	77,7	67,1	68,5	97,7	65,9	100	67,6
Gestión de las notificaciones													
4	Tiempo medio asignación (días)	33,2	14,6	14,1	14,8	39,6	7,5	21,2	143,2	11	10,7	0	23,1
5	Tiempo medio gestión notif. (días)	110,3	34,4	30,3	326,3	87,8	53,1	122,1	175,3	0	83,3	0	75,5
6	% de notificaciones > 1 mes no gestionadas	51,1	1,3	16,6	50,9	30,3	4,6	5,3	2,2	100	18,9	100	13,4
7	% notif. cerradas con acciones	98,5	85,3	79,9	94,5	54,5	93,1	60,7	77,9	0	85	0	80,9
Análisis de las notificaciones													
8	% notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR	23,1	15,5	18,2	12,5	7,7	6,3	13,8	36,4	0	5	0	15,1
9	% notificaciones con indicación de ACR	10,5	3,5	4,4	2,2	5,2	3,3	2,3	12,7	0	7	0	4,4
Mecanismos de feedback													
10	% email enviados a notificantes identificados	29,6	81,5	81,4	88,9	32,3	91,2	87,2	82,1	0	74,4	0	80,4

Tabla 19. Indicadores de gestión del SINASP en atención primaria en 2021 desagregado por CCAA

CCAA:		Castilla-La Mancha	Galicia	Murcia	Cantabria	Canarias	Aragón	Navarra	Extremadura	INGESA	Principado de Asturias	La Rioja	Total
Volumen de notificaciones													
1	nº notificaciones recibidas	22	107	7	11	1	6	30	7	0	19	0	210
Características de las notificaciones													
2	% SAC 1 y SAC 2 respecto al total	9,1	6,5	14,3	0	0	0	6,7	0	-	5,3	-	6,2
3	% notificantes identificados	81,8	59,8	100	90,9	100	100	56,7	85,7	-	78,9	-	68,6
Gestión de las notificaciones													
4	Tiempo medio asignación (días)	16,4	40,4	0,3	330,1	0	0	9	169,7	-	12,2	-	66,3
5	Tiempo medio gestión notif. (días)	25	46,6	4,3	435,3	0	0	9	173,8	-	73,7	-	127,8
6	% de notificaciones > 1 mes no gestionadas	31,8	8,4	42,9	90,9	100	0	93,3	0	-	5,3	-	28,1
7	% notif. cerradas con acciones	83,3	72,8	100	76,3	0	100	100	100	-	93,3	-	78,6
Análisis de las notificaciones													
8	% notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR	0	8,3	100	0	0	0	0	0	-	0	-	12,5
9	% notificaciones con indicación de ACR	0	1,8	50	0	0	0	0	27,3	-	13,3	-	4,6
Mecanismos de feedback													
10	% email enviados a notificantes identificados	60	44,3	75	69	0	100	0	70	-	90,9	-	58,8

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

- El número de notificaciones recibidas tanto en hospitales como en atención primaria ha seguido disminuyendo, aunque en hospitales el descenso no es tan marcado como en atención primaria. En junio de 2022 todavía estaban pendientes de gestionar el 13,5% de las notificaciones de hospital (en el informe de 2020 fueron el 10,9%) y el 28,1% de las de atención primaria (igual que en 2020). Por tanto, se sigue constatando la cada vez más escasa implantación y funcionamiento del SiNASP en atención primaria y el descenso de la actividad de notificación en los hospitales.
- El tiempo medio de asignación de notificaciones ha mejorado ligeramente en los hospitales (23,1 días frente a 25,6 en 2020), aunque sigue siendo alto. En atención primaria ha subido llamativamente (66,3 días frente a 30,9 en 2020), pero parece deberse fundamentalmente a un par de CCAA, en las que es posible que los gestores de este nivel no estén realizando un seguimiento del sistema. Es imprescindible revisar qué centros tienen problemas para realizar esta tarea y plantear posibles soluciones (tiempo, formación, cambio de gestores,...). Este indicador solo se calcula en aquellos centros que tienen más de un gestor y en los que el gestor principal debe determinar a quién se asigna la gestión de cada notificación y no debería ser superior a 7 días, ya que si el notificante se ha identificado, su correo desaparece del sistema en 15 días y los gestores deben tener tiempo suficiente para contactarle.
- El tiempo medio de gestión ha mejorado en hospitales y es elevadísimo en primaria: 75,5 días en hospitales (frente a 109,3 días en 2020) y 127,8 días en primaria (frente a 71,6 en 2020). Solo en Murcia y Galicia este tiempo está en torno a 1 mes, que debería ser el promedio. La información que aporta este dato debe valorarse con precaución, ya que aunque para el sistema las notificaciones deberían cerrarse (y por tanto quedar «gestionadas» a efectos de la aplicación) una vez decidido qué es lo que se va a hacer con ellas, no siempre se procede así, sino que algunos gestores solo las dan por cerradas una vez que se han elaborado los correspondientes planes de mejora o realizado un análisis en profundidad. Para evitar esto, la aplicación tiene una opción para cerrar las notificaciones y señalar que se mantienen acciones pendientes, por lo que deberían unificarse los criterios con los gestores a nivel de todo el SiNASP para que este indicador pueda interpretarse adecuadamente. No obstante, cifras por encima de 100 días apuntan a un deficiente funciona-

miento del sistema de gestión, ya que de esta forma la información tarda mucho en llegar al siguiente nivel, en el que también corresponde a los coordinadores autonómicos realizar un seguimiento del tipo de incidentes que se están notificando.

- El porcentaje de notificaciones que pasan más de un mes sin ser gestionadas ha subido en hospitales (13,4% frente a 8,7% en 2020), y sigue demasiado alto en atención primaria (28,1% frente a 27,6% en 2020). Las cifras varían bastante entre CCAA: en el caso de hospitales, cuatro comunidades están por debajo o en torno al 5%, mientras que hay dos que no han cerrado ninguna de las notificaciones recibidas; en primaria también hay cuatro con porcentajes bajos, por debajo del 10%, mientras que otras tres presentan porcentajes por encima del 90%. Las precisiones realizadas en el punto anterior también valdrían en este caso.
- El porcentaje de notificaciones que se cierran con acciones mantiene el descenso en hospitales (80,9% frente al 82,2% de 2020) mientras que sube en atención primaria (78,6 frente al 69,8% de 2020). Esta cifra debería ser prácticamente del 100%, ya que los gestores siempre deberían señalar qué acciones se han decidido poner en marcha ante el incidente. Puede tener sentido hacer que este campo sea de obligado cumplimiento antes de cerrar la notificación.
- El 8% de las notificaciones de hospital son SAC 1 o SAC 2 (similar a las cifras anteriores a 2020), y el 15% de ellas se cierra con indicación de realizar un análisis causa-raíz (porcentaje inferior al de años anteriores). En el caso de hospitales hay cierta variabilidad en los datos entre comunidades autónomas. La Rioja y Canarias son las que tienen un porcentaje más alto de incidentes de mayor riesgo.
- Ha aumentado el porcentaje de los notificantes identificados que recibe un correo de acuse de recibo, tanto en hospitales como en atención primaria. Esta cifra debería aproximarse al 100%. El porcentaje sigue siendo mayor en hospitales (80,4%) que en atención primaria (58,8%). Hay que insistir en que esta es una acción muy sencilla que favorece la notificación, por lo que es muy importante concienciar a los gestores locales de que la realicen. Pero solo puede realizarse si no transcurre mucho tiempo desde la recepción de la notificación, por lo que es importante que la gestión se realice lo antes posible.
- El porcentaje de notificantes que se identifican ha aumentado en hospitales, mientras que por primera vez disminuye, y no poco, en primaria. Así se ha igualado en ambos niveles (68,6% en primaria frente a 67,6% en hospitales).

Recomendaciones para mejorar la gestión del SiNASP

A partir de los resultados de este informe y de los indicadores de gestión del SiNASP, resulta evidente la necesidad de revitalizar la cultura de notificación en los centros sanitarios, que va íntimamente unida a la cultura de seguridad del paciente.

En este sentido, cabe plantear algunas recomendaciones de cara a la coordinación autonómica:

1. Revisar la situación del SiNASP en las áreas sanitarias, hospitales y centros de atención primaria: saber qué gestores están en activo, cuál es el nivel de notificación, detectar problemas específicos.
2. Actualizar el compromiso de las gerencias con el funcionamiento del SiNASP.
3. Reforzar los equipos de gestión y los núcleos de seguridad: personas, formación, recursos.
4. Establecer una estrategia específica para atención primaria: en muchas áreas sanitarias, la gestión del área se realiza desde los hospitales y esto puede ir en detrimento del conocimiento de la realidad de la atención primaria y de la difusión del sistema en dicho nivel de atención. Las áreas se crearon para difundir y apoyar el sistema de notificación en atención primaria.
5. Mejorar la coordinación a nivel autonómico: comunicación e intercambio de experiencias entre los equipos SiNASP; disponer de algún recurso de asesoramiento para casos específicos.
6. Priorizar las acciones de sensibilización y formación en los centros sanitarios dirigidas a todos los profesionales sobre la importancia de la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Notificaciones realizadas en el sistema nacional de salud durante 2021

En la siguiente tabla se incluye, además de la información del SiNASP, la información remitida por 6 Comunidades Autónomas que no utilizan el SiNASP pero cuyos centros sanitarios utilizan algún tipo de sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad.

Tabla 20. Incidentes notificados en el SNS durante 2021

CCAA	Total	Atención especializada		Atención primaria		Incidentes sin daño		Incidentes con daño		Medicamentos		Rad. ionizantes	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía*	8.572	7.694	89,8	720	8,4	5.733	66,9	2.803	32,7	1.467	17,1	118	1,4
Aragón	609	603 (632)	99	6 (6)	1	545	89,5	64	10,5	112	18,4	3	0,5
Asturias	263	245 (302)	93,2	18 (19)	6,8	230	87,5	33	12,5	67	25,5	3	1,1
Baleares	1.159	1.097	94,7	62	5,3	957	82,6	144	12,4	241	20,8	4	0,3
Canarias	83	83 (119)	100	0 (1)	0	64	77,1	19	22,9	22	26,5	2	2,4
Cantabria	84	83 (171)	98,8	1 (11)	1,2	73	86,9	11	13,1	11	13,1	0	0
Castilla-La Mancha	145	130 (266)	89,7	15 (22)	10,3	116	80	29	20	25	17,2	0	0
Castilla y León**	1.531	1.422	92,9	109	7,1	1.531	100	-	-	366	23,9	-	-
Cataluña	13.072	10.575	80,9	2.497	19,1	8.835	67,6	4.237	32,4	3.342	25,6	-	-
Com. Valenciana***	6.554	4.800	76,5	769	7,6	4.365	66,6	2.189	33,4	933	17,1	0	0
Extremadura	187	180 (184)	96,3	7 (7)	3,7	165	88,2	22	11,8	23	12,3	3	1,6
Galicia	1.428	1.330 (1.350)	93,1	98 (107)	6,9	1.273	89,1	155	10,9	266	18,6	5	0,4
INGESA	0	0 (87)	0	0 (0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0 (4)	0(0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Madrid**	12.674	10.715	84,5	1.959	15,5	12.674	100	-	-	3.683	29	-	-
Murcia	301	297 (356)	98,7	4 (7)	1,3	251	83,4	50	16,6	28	9,3	0	0
Navarra	606	604 (638)	99,7	2 (30)	0,3	522	86,1	84	13,9	77	12,7	1	0,2
País Vasco**	4.136	3.562	86,1	574	13,9	4.136	100	-	-	729	17,6	-	-

En esta tabla los incidentes sin daño incluyen también los incidentes que no llegan al paciente.

* Incluye notificaciones en el sistema autonómico y en centros con sistema propio. Las notificaciones relacionadas con los medicamentos se reenvían automáticamente al centro Andaluz de Farmacovigilancia y al Instituto para el Uso Seguro del Medicamento. Para recoger los incidentes relacionados con radiaciones ionizantes se ha realizado una revisión de todos los incidentes notificados en 2021 que contenían las palabras Radiología, Radiación, Rayos X, Radiactividad, Nuclear y/o Radioterapia.

** Solo se recogen incidentes sin daño.

*** 985 casos sin especificar nivel asistencial. De las notificaciones relacionadas con medicamentos 359 son RAM.

Las cifras entre paréntesis corresponden al total de notificaciones recibidas en el SINASP. Los cálculos se realizan exclusivamente a partir de las notificaciones cerradas, que son las que no figuran entre paréntesis.

Este es el informe agregado de los incidentes notificados al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) del año 2021.

El objetivo de este informe es presentar los incidentes notificados en el hospital, en atención primaria así como los indicadores de gestión del SiNASP y presentar algunas recomendaciones para mejorar la propia gestión del sistema.

En este informe se han incluido las notificaciones realizadas en 2021 que estaban cerradas a 30 de junio de 2022 que han sido; en hospitales 3.555 notificaciones y en Atención Primaria 151 notificaciones.

En el periodo de estudio ha habido 118 hospitales dados de alta, no todos ellos utilizaron el sistema. En 2021 se mantuvo el número de hospitales que notificaron al SiNASP en Galicia, Murcia, Cantabria, Aragón, Navarra, INGESA y Asturias; en La Rioja disminuyó, mientras que en tres comunidades aumentó (Castilla-La Mancha, Canarias y Extremadura).

Respecto a las notificaciones procedentes de hospitales, los incidentes relacionados con la gestión organizativa-recursos, supone el tipo más frecuente de incidente (17,4%) que sigue aumentando con respecto a años anteriores; seguido de los incidentes relacionados con la medicación (16,4%), y los ligados a equipos/dispositivos (12,2%).

Respecto a atención primaria, la implantación del SiNASP no ha llegado a consolidarse y hay muchos centros que aún dados de alta en el sistema, no lo utilizan. Este aspecto relevante se analiza en detalle en el informe.

Respecto a los indicadores de gestión del sistema SiNASP, algunos presentan mejoría respecto a años anteriores, como por ejemplo la asignación en hospitales, pero otros tienen margen de mejora.

Con esta información el SiNASP pretende fomentar la cultura de Seguridad del Paciente, compartir conocimiento entre organizaciones y continuar siendo una herramienta útil para promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje.

Este informe, como los de años anteriores, ayuda a la retroalimentación de los profesionales que forman parte del sistema y así incentivar la mejora continua en las Comunidades donde está implantado, abordando de manera específica las recomendaciones.

