

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

Incidentes de seguridad
notificados en 2022

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

Incidentes de seguridad
notificados en 2022

Este documento ha sido encargado por el Ministerio de Sanidad 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, Glòria Oliva Oliva y Roser Bosser Giralt

Comunidad Valenciana: María José Avilés Martínez

Extremadura: Manuel García Toro

Galicia: Isabel Losada Castillo y Olga Roca Bergantiños

INGESA: María Antonia Blanco Galán, Javier de la Vega (Melilla) y Julián Domínguez (Ceuta)

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

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18 - 28014 MADRID

NIPO 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 2022



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	17
Profesión del notificante	19
Consecuencia de los incidentes en los pacientes	22
Riesgo asociado a los incidentes	25
Factores contribuyentes a la aparición del incidente	28
Incidentes clasificados como SAC 1	33
Incidentes notificados en atención primaria	39
Análisis global de los incidentes notificados	40
Tipo de incidente	40
Lugar en que ocurrió el incidente	42
Profesión del notificante	44
Consecuencia de los incidentes en los pacientes	46
Riesgo asociado a los incidentes	48
Factores contribuyentes a la aparición del incidente	51
Incidentes clasificados como SAC 1 y SAC 2 catastróficos	54
Indicadores de gestión del SiNASP	55
Recomendaciones para mejorar la gestión del SiNASP	60
Notificaciones realizadas en el Sistema Nacional de Salud durante 2022	63

Alcance

Este informe incluye los incidentes notificados al SiNASP durante el año 2022 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 2022.

Tabla 1. Centros dados de alta en SiNASP a 31 de diciembre de 2022		
Comunidad Autónoma	Áreas Sanitarias	Hospitales*
Aragón	8	14
Canarias	7	10
Cantabria	3	4
Castilla-La Mancha	15	16
Extremadura	9	20
Galicia	7	16
INGESA	1	2
La Rioja	1	5
Murcia	10	11
Navarra	7	6
Principado de Asturias	12	17
TOTAL	80	121

* Incluye también los servicios de emergencias extrahospitalarias y centros ambulatorios de especialidades

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.

Se han incluido las notificaciones realizadas en 2022 que estaban cerradas a 30 de junio de 2023:

- Hospital: 4.698 notificaciones (de 5.266 recibidas. En 2021 se recibieron 4.109)
- Atención Primaria: 228 notificaciones (de 301 recibidas. En 2021 se recibieron 210)

En 2022 han aumentado las notificaciones con respecto al año anterior tanto en hospitales como en atención primaria. El 11% de las notificaciones de hospitales y el 24% de las de atención primaria 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 98 hospitales de 10 Comunidades Autónomas más INGESA, cinco más que en 2021. Según puede verse en la tabla 2, aunque en el periodo de estudio había 121 hospitales dados de alta, no todos ellos utilizaron el sistema. En 2022 se mantuvo el número de hospitales que notificaron al SiNASP en Galicia, Murcia, Aragón, Navarra, INGESA y Asturias; aumentó en Castilla-La Mancha, Extremadura y La Rioja, mientras que en dos comunidades disminuyó (Cantabria y Canarias).

Tabla 2. Hospitales que han utilizado SiNASP en 2022

CC. AA.	Comienzo de la implantación	Hospitales que usaron SiNASP* en 2022	Hospitales que usaron SiNASP en 2021
Castilla-La Mancha	Enero 2010	13	11
Galicia	Octubre 2010	15	15
Murcia	Febrero 2011	10	10
Cantabria	Marzo 2012	3	4
Canarias	Febrero 2013	7	8
Aragón	Octubre 2013	12	12
Navarra	Octubre 2013	4	4
Extremadura	Septiembre 2014	15	14
INGESA	Septiembre 2014	2	2
Asturias	Noviembre 2014	12	12
La Rioja	Diciembre 2016	5	1
TOTAL		98	93

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

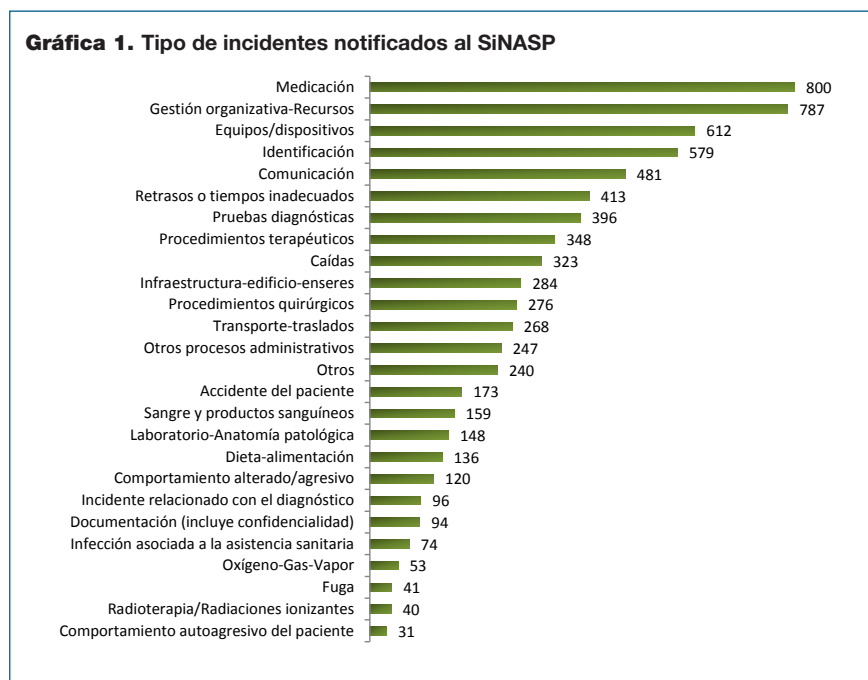
Análisis global de los incidentes notificados

Tipo de incidente

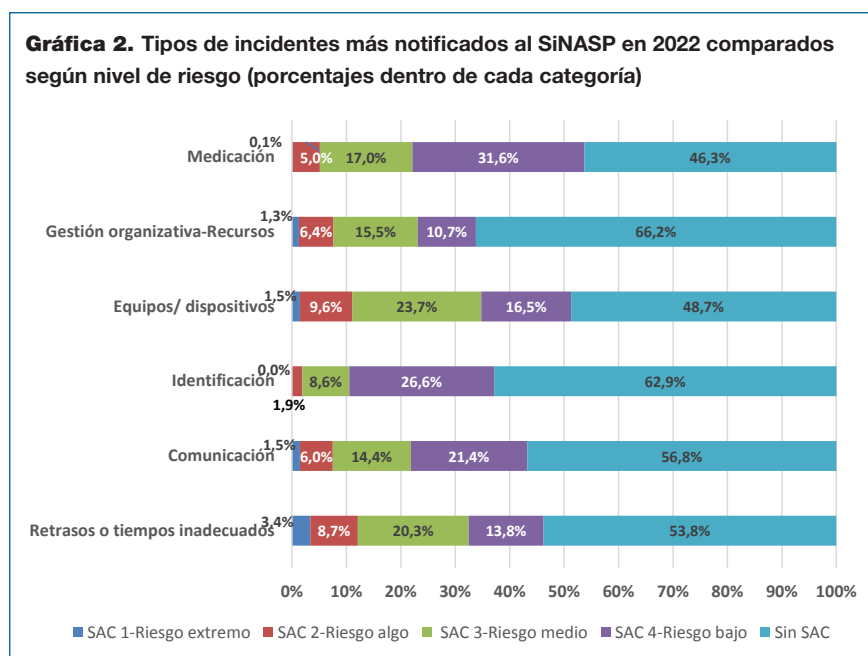
En la gráfica 1 se muestran los incidentes notificados según la clasificación por tipo de incidente. Hay que tener en cuenta que un mismo incidente puede categorizarse en más de un tipo (hasta un máximo de 5), porque puede afectar a varios de ellos. Además, se trata de un campo voluntario, por lo que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

Se han notificado un total de 800 incidentes relacionados con la medicación, lo que supone el tipo más frecuente de incidente (17% –en 2021 fue 16,4%–) y en segundo lugar están los incidentes relacionados con la gestión organizativa-recursos (787 incidentes: 16,8% –en 2021 fue 17,4%–). En ambos casos ha incrementado el número de notificaciones, pero los porcentajes se mantienen bastante estables, con oscilaciones en torno al medio punto.

Las siguientes categorías de incidentes más notificados han sido los ligados a los equipos/dispositivos (612 incidentes: 13,03%), los incidentes relacionados con la identificación (579 incidentes: 12,3%) y los incidentes relacionados con la comunicación (481 incidentes: 10,2%).



En la gráfica 2 se comparan las seis categorías de incidentes más notificados en función de su nivel de riesgo SAC¹. Se observa que las notificaciones relacionadas con retrasos o tiempos inadecuados y con equipos/dispositivos son las que presentan un mayor porcentaje de incidentes de riesgo extremo y alto (por encima del 10%). También tienen un mayor porcentaje de incidentes de riesgo intermedio, por lo que globalmente en estas categorías se notifican incidentes de mayor riesgo que en el resto. En el otro extremo se encuentran los incidentes relacionados con la identificación, de los que prácticamente el 90% no llegan al paciente o son de bajo riesgo.



Si comparamos con los datos de los años anteriores, como se muestra en la gráfica 3, lo más destacable en el grupo de incidentes más notificados es que se mantiene la tendencia creciente de la notificación de incidentes relacionados con la medicación, equipos/dispositivos y comunicación, aunque en ninguno de estos casos el incremento es superior a un punto. En el caso de los incidentes relacionados con la gestión organizativa-recursos e identi-

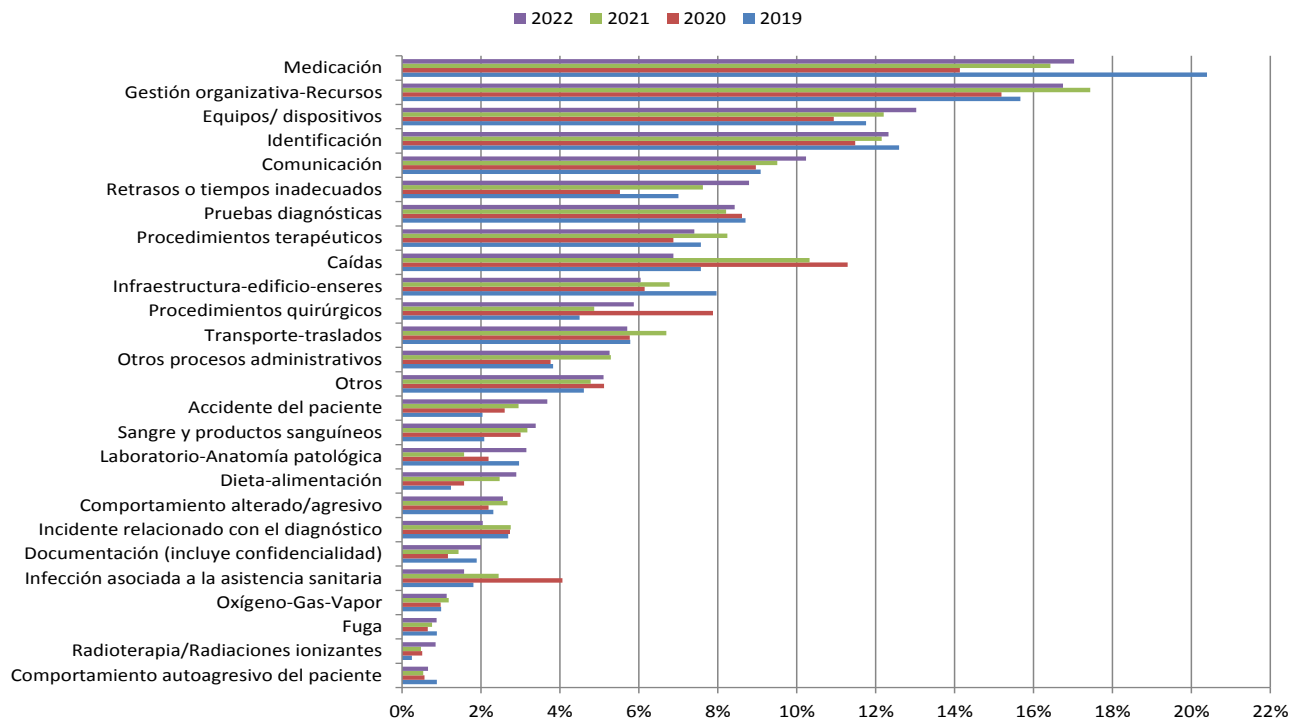
¹ Las categorías de riesgo SAC se explican en profundidad en el apartado “Riesgo asociado a los incidentes” de este informe.

ficación no se han producido variaciones suficientes como para establecer tendencias.

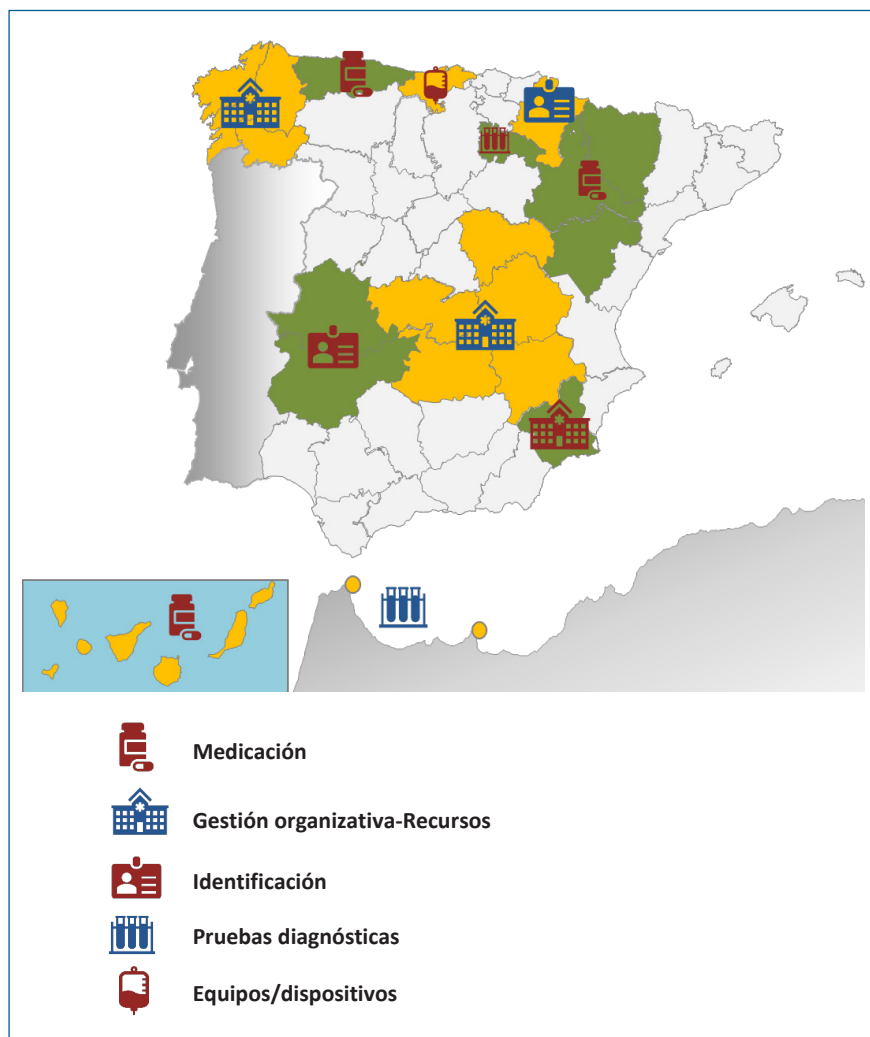
Lo más llamativo con respecto a 2021 puede ser el descenso en la notificación de caídas, que ha pasado del 10,3% al 7% de los incidentes notificados, disminuyendo tanto en porcentaje como en magnitud de notificaciones. También es reseñable el incremento en el porcentaje de incidentes relacionados con retrasos o tiempos inadecuados, que ha aumentado en más de un punto (413 incidentes: 8,79%), manteniendo la tendencia creciente. También han aumentado en más de un punto las notificaciones relacionadas con laboratorio-anatomía patológica (148 incidentes: 3,15%).

Entre las categorías cuyos porcentajes de notificación son más bajos, hay algunas en las que se mantiene la tendencia creciente: radioterapia/radiaciones ionizantes, fuga del paciente, documentación, y dieta/alimentación. A su vez mantienen la tendencia decreciente las notificaciones relacionadas con accidentes del paciente y las relacionadas con la infección asociada a la asistencia sanitaria.

Gráfica 3. Comparativa de tipos de incidentes notificados al SiNASP desde 2019 (porcentaje del total anual)



Los tipos de incidentes más notificados varían según la comunidad autónoma. En la figura 1 se ilustran estas diferencias. En Aragón, Asturias y Canarias los incidentes más notificados han sido los relacionados con la medicación. Los incidentes relacionados con la gestión organizativa-recursos han sido los más notificados en Castilla-La Mancha, Galicia y Murcia, mientras que la identificación ha sido la categoría más abundante en Extremadura y Navarra. En La Rioja y en los hospitales del INGESA los incidentes relacionados con pruebas diagnósticas han sido los más notificados. Las notificaciones más numerosas en Cantabria han estado relacionadas con equipos-dispositivos.



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 señalar 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	2022		2021		2020		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Unidades de hospitalización	1927	41,02%	1636	46,02%	1615	43,73%	2149	45,19%
Urgencias	692	14,73%	478	13,45%	595	16,11%	505	10,62%
Bloque quirúrgico	585	12,45%	343	9,65%	458	12,40%	514	10,81%
UCI	558	11,88%	372	10,46%	379	10,26%	433	9,11%
Servicios centrales	303	6,45%	240	6,75%	251	6,80%	412	8,66%
Hospital de día	200	4,26%	158	4,44%	115	3,11%	213	4,48%
Servicios de apoyo/ Otros	171	3,64%	91	2,56%	83	2,25%	117	2,46%
Consultas externas	150	3,19%	114	3,21%	139	3,76%	288	6,06%
Sala de partos	97	2,06%	94	2,64%	38	1,03%	99	2,08%
SEE/Transporte sanitario	15	0,32%	29	0,82%	20	0,54%	25	0,53%
TOTAL	4698		3555		3693		4755	

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

El 41% de los incidentes notificados al SiNASP sucedieron en unidades de hospitalización, seguidos por las urgencias (14,7%) y el bloque quirúrgico (12,5%). En el caso de las unidades de hospitalización, aunque siguen siendo con diferencia el área donde más notificaciones se producen, el porcentaje ha disminuido cinco puntos con respecto a 2021. El porcentaje de notificaciones de incidentes sucedidos en el bloque quirúrgico, que descendió notablemente en 2021 ha vuelto a recuperar valores más próximos a años anteriores. Entre las áreas en las que se comunican menos incidentes podemos destacar el incremento en más de un punto del porcentaje de incidentes notificados ocurridos en servicios de apoyo y el descenso en la notificación de incidentes de los servicios de emergencias extrahospitalarias.

Si comparamos las tres áreas donde se concentran el mayor número de incidentes notificados, podemos apreciar que en las unidades de hospitalización se notifica un mayor porcentaje de incidentes que llegan al paciente, aunque mayoritariamente son de bajo riesgo. En urgencias se notifica el mayor porcentaje de incidentes de alto riesgo y los incidentes que llegan al paciente, aunque no alcanzan el 50% de los notificados, tienen un perfil de riesgo mayor que en las otras áreas. En el bloque quirúrgico es donde se notifica un mayor porcentaje de situaciones de riesgo y de incidentes que no llegan al paciente (tabla 4).

Tabla 4. Incidentes notificados en 2022 según su localización, nivel de riesgo y gravedad para el paciente

	U. hospitalización		Urgencias		Bloque quirúrgico	
	N	%	N	%	N	%
Nivel de riesgo						
SAC 1	6	0,31	17	2,46	7	1,20
SAC 2	163	8,46	59	8,53	31	5,30
SAC 3	394	20,45	113	16,33	90	15,38
SAC 4	492	25,53	127	18,35	89	15,21
Sin SAC	872	45,25	376	54,34	368	62,91
Gravedad para el paciente	N	%	N	%	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	632	32,80	289	41,76	273	46,67
Incidente que no llegó al paciente	240	12,45	87	12,57	94	16,07
Incidente que llegó al paciente	1.055	54,75	316	45,66	218	37,26

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 los relacionados con la medicación (20,2%, mayor porcentaje que en 2021) y las caídas (13,6%, menor porcentaje que en 2021, ratificando el descenso global de la notificación este tipo de incidentes en 2022); en **urgencias** el 24,1% se relaciona con la gestión organizativa/recursos –sube dos puntos con respecto a 2021–, y el 16,8% son incidentes por retrasos o tiempos inadecuados (en 2021 en segundo lugar fueron los relacionados con la identificación); en el **bloque quirúrgico** el 37,8% de las notificaciones se relaciona con los procedimientos y el 22,7% con equipos/dispositivos.

En el bloque quirúrgico es donde hay un mayor porcentaje de notificaciones realizadas por médicos: el 40% frente al 53% realizadas por enfermeras. En las unidades de hospitalización las enfermeras han notificado el 77% de los incidentes y los médicos apenas el 11%. En el área de urgencias el 25% han sido realizadas por médicos y el 64% por enfermeras.

Profesión del notificante

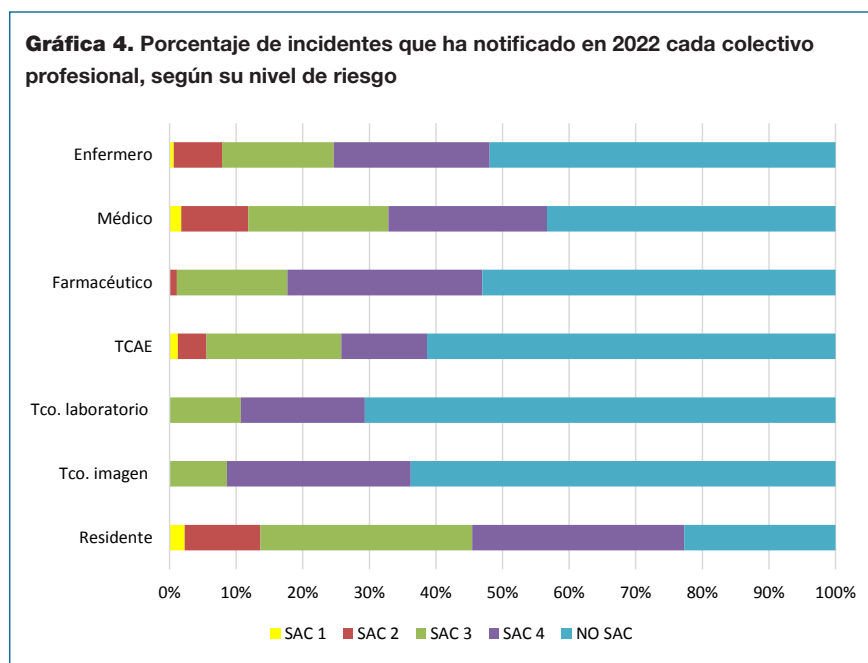
El cuestionario del SiNASP recoge información sobre la profesión del notificante como campo de cumplimentación obligatoria.

Como se presenta en la tabla 5, en 2022 no se han producido variaciones relevantes en los porcentajes de notificación realizados por los profesionales que más notifican. Los profesionales de enfermería siguen siendo el grupo que más utiliza el sistema (65% de todos los incidentes notificados, prácticamente igual que en 2021), seguido a gran distancia por los médicos, que siguen con un porcentaje inferior al 20% (19,2%), también similar al de 2021. Sucede lo mismo con el grupo profesional de técnicos auxiliares de enfermería (TCAE), cuyo porcentaje de notificaciones (3,5%) apenas ha variado con respecto al año anterior. El porcentaje de notificaciones realizadas por farmacéuticos ha descendido ligeramente, quedando por debajo del 4%.

Profesión del notificante	2022		2021		2020		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermero	3055	65,03%	2305	64,86%	2490	67,42%	2690	56,57%
Médico	901	19,18%	701	19,72%	621	16,82%	1244	26,16%
Técnico auxiliar de enfermería	163	3,47%	121	3,40%	164	4,44%	208	4,37%
Farmacéutico	156	3,32%	146	4,11%	130	3,52%	208	4,37%
Otros	153	3,26%	102	2,87%	87	2,36%	124	2,61%
Técnico en laboratorio de diagnóstico clínico	75	1,60%	11	0,31%	11	0,30%	14	0,29%
Técnico en imagen para el diagnóstico	58	1,23%	52	1,46%	65	1,76%	77	1,62%
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)	36	0,77%	40	1,13%	32	0,87%	55	1,16%
Otros licenciados/ grados sanitarios	25	0,53%	12	0,34%	32	0,87%	35	0,74%
Otros profesionales sanitarios	24	0,51%	28	0,79%	15	0,41%	26	0,55%
Otros técnicos de grado superior y medio	19	0,40%	10	0,28%	17	0,46%	52	1,09%
Fisioterapeuta	15	0,32%	13	0,37%	22	0,60%	18	0,38%
Técnico en radioterapia	12	0,26%	10	0,28%	1	0,03%	0	0,00%
Estudiantes/Personal en prácticas	3	0,06%	2	0,06%	1	0,03%	2	0,04%
Técnico en farmacia	3	0,06%	1	0,03%	5	0,14%	2	0,04%

La notificación del resto de colectivos sanitarios supone un porcentaje poco representativo, aunque hay variaciones llamativas en el grupo de los técnicos en laboratorio de diagnóstico clínico, cuyas notificaciones han aumentado notablemente en 2022. Probablemente tenga relación con el aumento de las notificaciones de laboratorio-anatomía patológica. En el caso de los residentes vuelven a descender las notificaciones, lo que de nuevo llama la atención sobre la necesidad de consolidar este tema en los planes formativos.

En la gráfica 4 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 10% entre SAC-1 y SAC-2, mientras que en enfermería (enfermeras y TCAE) no llega al 8% y en el resto de los colectivos no alcanza el 1,5%. Residentes y médicos también son los que notifican más incidentes tipo SAC-3 y menos incidentes sin SAC (particularmente los residentes).



En la gráfica se han incluido solamente los colectivos con mayor número de notificaciones realizadas en 2022.

Las notificaciones de las enfermeras se distribuyen de una manera bastante equilibrada según su nivel de riesgo: algo más de la mitad son no-

tificaciones sin SAC y el resto se reparte entre las cuatro categorías disminuyendo el porcentaje según aumenta el riesgo. Los TCAE notifican más incidentes sin SAC que las enfermeras, pero en su caso los incidentes que llegan al paciente tienen un riesgo más alto.

Los técnicos de laboratorio y los técnicos en imagen para el diagnóstico notifican preferentemente incidentes que no llegan al paciente o de bajo riesgo: no han notificado ningún incidente tipo SAC 1 o SAC 2.

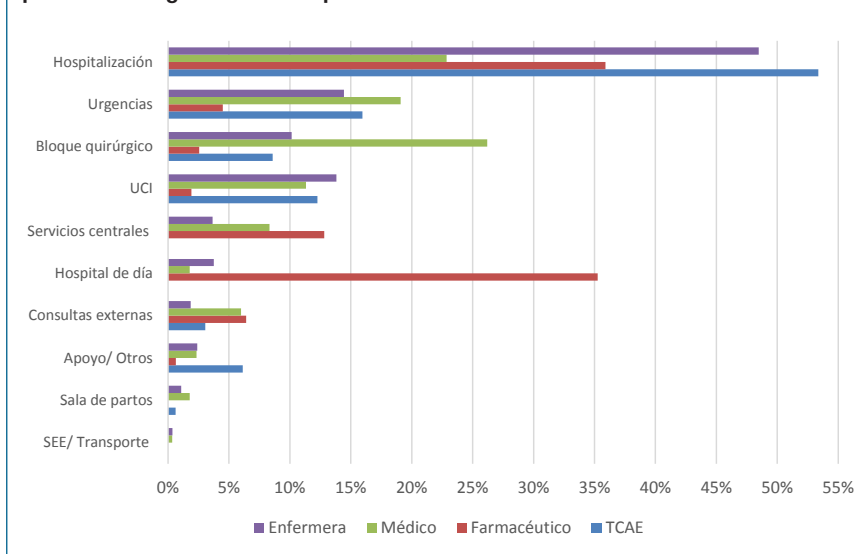
Los farmacéuticos ocupan una posición intermedia: algo menos de la mitad de los incidentes que notifican llegan al paciente, pero muy pocos son de alto riesgo. Tampoco han notificado ningún incidente tipo SAC 1 y solo un 1% de SAC 2.

Si se revisan las áreas en las que los profesionales han realizado un mayor número de notificaciones, según se presenta en la gráfica 5, se ratifican las observaciones mencionadas previamente respecto a las diferencias existentes. Así, las enfermeras y las TCAE mayoritariamente notifican incidentes generados en las unidades de hospitalización (el 48,5% en el caso de las enfermeras y el 53,4% de las realizadas por TCAE). Las enfermeras también realizaron más de un 10% de notificaciones en urgencias y en UCI. Los médicos, como ya se señaló anteriormente, concentran más de una cuarta parte de sus notificaciones en el bloque quirúrgico (26,2%), aunque también tienen un peso notable las realizadas en las unidades de hospitalización (23%) y las urgencias (19,1%), donde también superan en porcentaje relativo a las enfermeras. En las UCI los porcentajes de notificación de médicos y personal de enfermería son bastante similares. Los farmacéuticos destacan por priorizar más que el resto los incidentes generados en el hospital de día (35,7%) y en servicios centrales (12,9%).

Los técnicos de laboratorio² no solo han notificado incidentes ocurridos en los servicios centrales o de apoyo (39%), sino que han dado un peso importante a los producidos en las unidades de hospitalización (31%) y en urgencias (21%).

² Estos datos no figuran en la gráfica porque en el resto de áreas el número de notificaciones no es significativo

Gráfica 5. Porcentaje de incidentes que ha notificado en 2022 cada colectivo profesional según el área en que ocurrió el incidente



Consecuencia de los incidentes en los pacientes

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, comparando los últimos cuatro años.

Tabla 6. Consecuencias de los incidentes en los pacientes

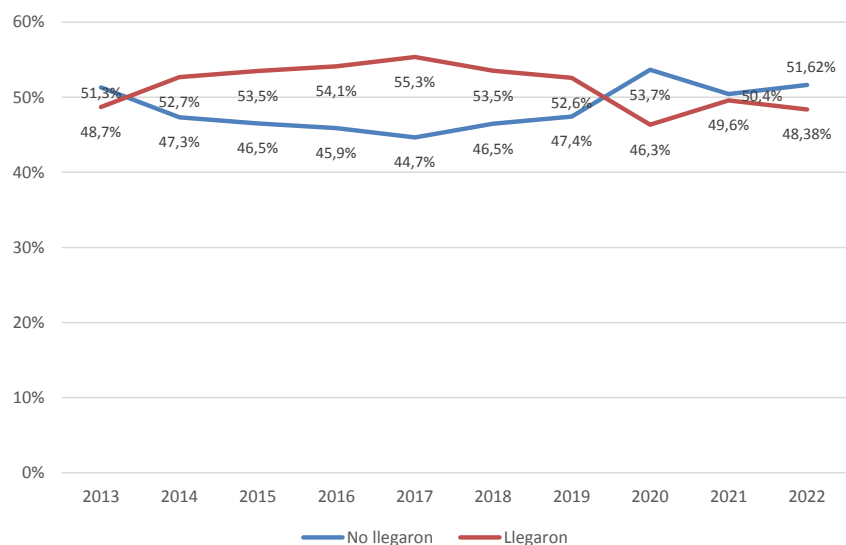
INCIDENTES	2022		2021		2020		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	1744	37,12%	1339	37,67%	1513	40,97%	1456	30,62%
Incidente que no llegó al paciente	681	14,50%	454	12,77%	469	12,70%	799	16,80%
Incidente que llegó al paciente	2273	48,38%	1762	49,56%	1711	46,33%	2500	52,58%
El incidente llegó al paciente, pero no le causó daños	1182	25,16%	950	26,72%	949	25,70%	1397	29,38%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	485	10,32%	363	10,21%	342	9,26%	423	8,90%
Causó daño temporal y precisó intervención	366	7,79%	278	7,82%	258	6,99%	406	8,54%
Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	125	2,66%	91	2,56%	92	2,49%	148	3,11%
Causó daño permanente	13	0,28%	8	0,23%	9	0,24%	18	0,38%
Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida	71	1,51%	46	1,29%	48	1,30%	82	1,72%
Contribuyó o causó la muerte del paciente	29	0,62%	25	0,70%	11	0,30%	23	0,48%

En 2022 el 48,4% de los incidentes notificados llegaron al paciente. Es un porcentaje inferior al de 2021, aunque sigue estando por encima del de 2020, cuando se invirtió la tendencia de los años anteriores y el porcentaje de incidentes que llegaron al paciente fue inferior al 50%. Todavía es prematuro determinar si se mantiene el cambio de tendencia (gráfica 6).

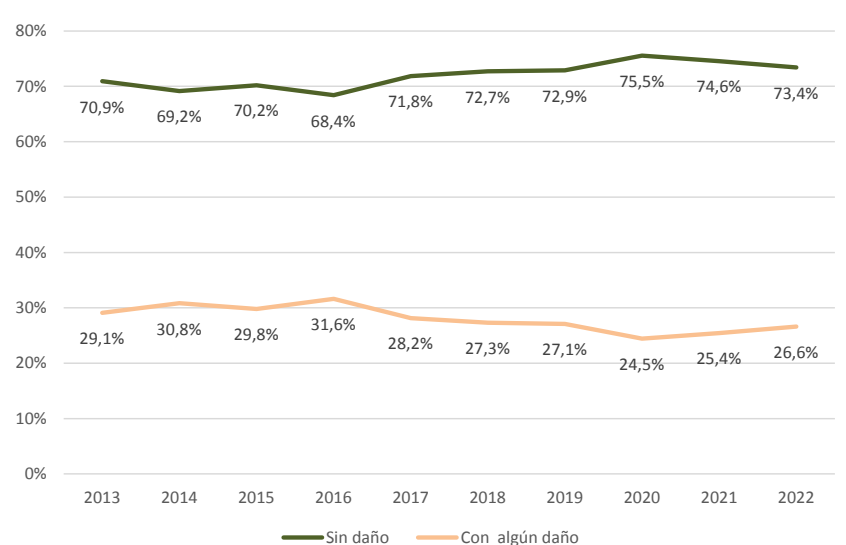
El porcentaje de notificaciones clasificadas como situación con capacidad de causar un incidente se mantiene en cifras similares al año pasado (37,1% frente a 37,7% en 2021) (gráfica 6).

El 26,6% de los incidentes que llegaron al paciente provocó daño. Es un porcentaje superior al de los dos años anteriores (gráfica 7). También es mayor el porcentaje de incidentes con un grado de daño elevado (2,4%).

Gráfica 6. Porcentaje de incidentes notificados al SiNASP desde 2013 según si llegaron o no al paciente



Gráfica 7. Porcentaje de incidentes notificados al SiNASP desde 2013 que llegaron al paciente, según provocaron o no daño



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 8, más de la mitad (51,7%) 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 0,9% 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 la categoría más frecuente es la relacionada con la gestión organizativa-recursos; en el caso de SAC-3 y SAC-4 el mayor porcentaje de incidentes son los incidentes con medicamentos, mientras que en el nivel SAC-2 predominan los incidentes relacionados con equipos/dispositivos y la categoría más abundante en los SAC-1 son los debidos a retrasos o tiempos inadecuados.

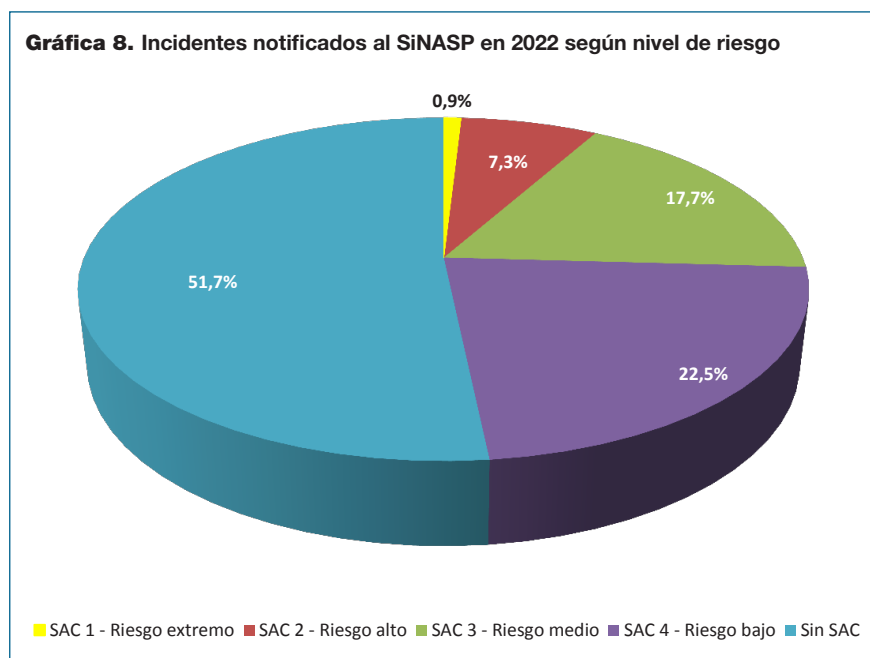
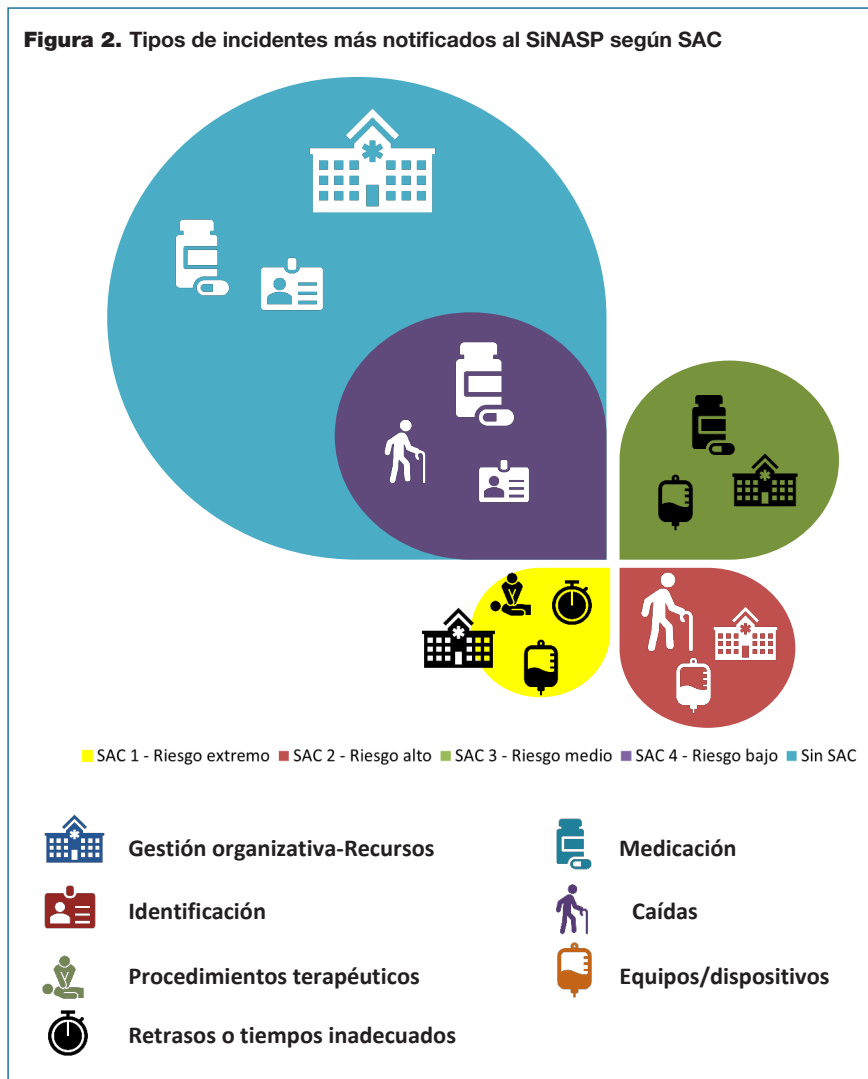
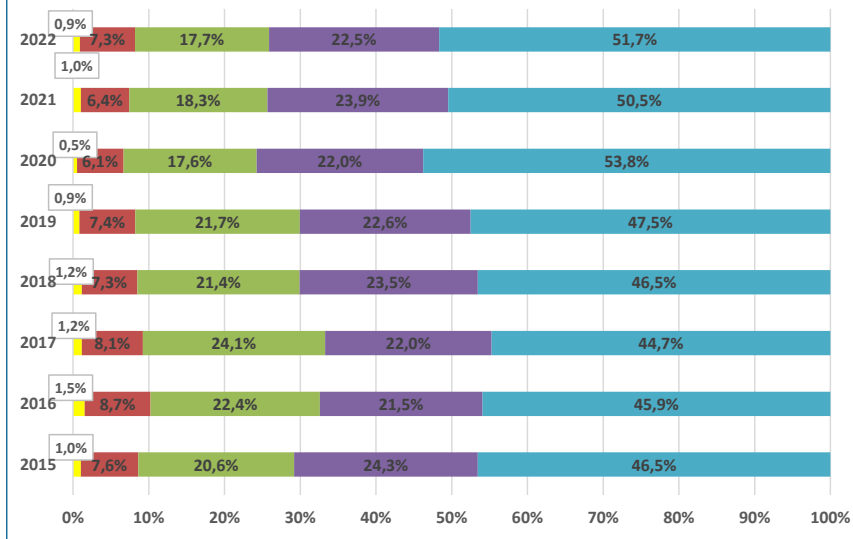


Figura 2. Tipos de incidentes más notificados al SiNASP según SAC



En general la distribución de niveles de riesgo en los incidentes notificados se mantiene muy similar a la de 2021 (gráfica 9), aunque parece seguir aumentando el porcentaje de notificaciones de incidentes de alto riesgo, aproximándose a los niveles anteriores a la pandemia de 2020. No obstante, el porcentaje continúa siendo bajo, lo que puede señalar una falta de confianza de los profesionales en las posibles consecuencias de sacar a la luz los eventos adversos más graves.

Gráfica 9. 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 2022 según los factores contribuyentes

	2022	
	N	%
Factores profesionales	1796	38,23%
Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	884	18,82%
Comportamiento/conducta de los profesionales	564	12,01%
Problemas de comunicación	572	12,18%
Factores estresantes/emocionales/fatiga	487	10,37%
Otros factores de los profesionales	163	3,47%
Factores de la organización	1669	35,53%
Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	944	20,09%
Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo	763	16,24%
Cultura de la organización	501	10,66%
Problemas en el trabajo en equipo	304	6,47%
Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento	1278	27,20%
Factores relacionados con el paciente	578	12,30%
Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	198	4,21%
Otros factores relacionados con el paciente	223	4,75%
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	121	2,58%
Factores externos	179	3,81%
Otros	126	2,68%

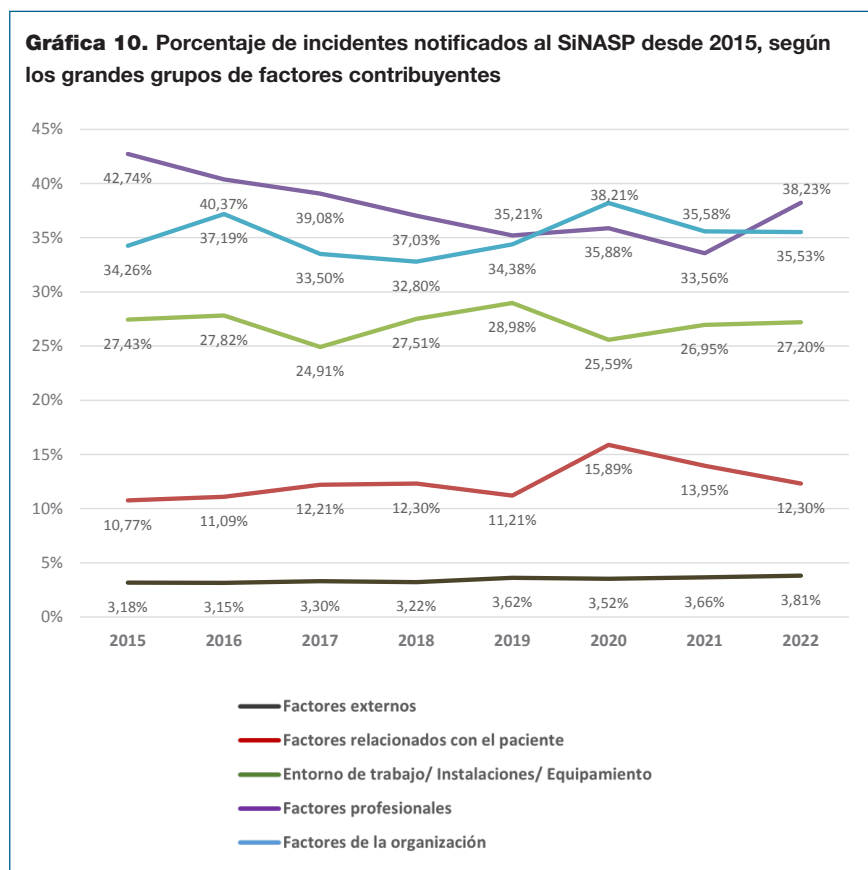
En 2022, a diferencia de los dos años anteriores, los profesionales han vuelto a señalar los factores profesionales como el grupo principal de factores contribuyentes a los incidentes de seguridad (tabla 8 y gráfica 10): todos los tipos de factores incluidos en este grupo han incrementado el porcentaje de atribución con respecto a 2021 (gráfica 11). Los factores de la organización ocupan el segundo lugar, manteniéndose a un nivel prácticamente idéntico al de 2021.

A nivel de categoría individual (gráfica 11) los factores relacionados con el *entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento* siguen siendo señalados como el mayor factor contribuyente, aunque el porcentaje de atribución es muy similar a 2021 (gráfica 10). En segundo nivel de importancia se encuentra un factor de la organización: la falta o inadecuación de las *normas/procedimientos/protocolos de trabajo*, también sin variaciones con respecto al año anterior y en tercer lugar figura un factor profesional, la *formación/conocimiento/competencia de los profesionales*, cuya contribución se incrementa en tres puntos con respecto a 2021 y se sitúa también por delante de los años anteriores.

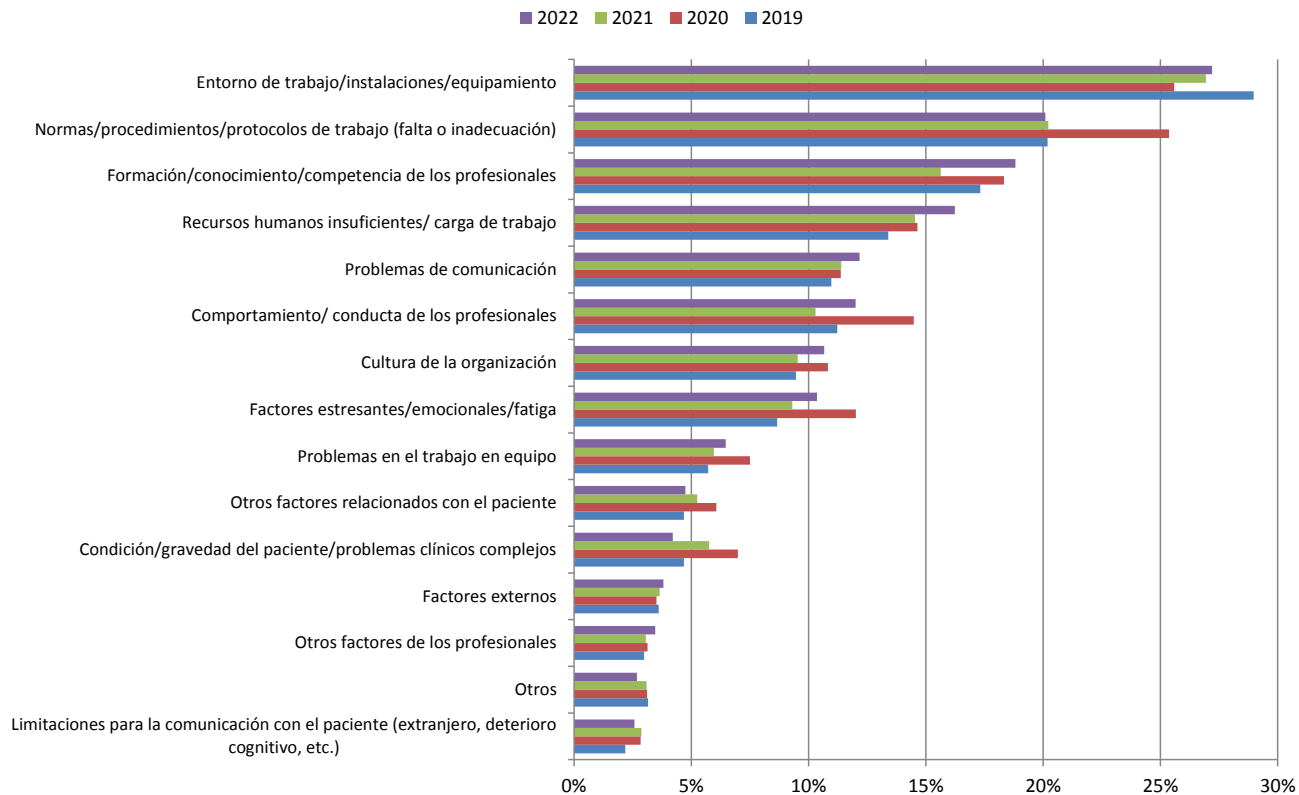
Como se ha mencionado anteriormente, todos los factores profesionales han experimentado incrementos en la atribución: los *problemas de comunicación* se mantienen como el segundo más importante seguido del *comportamiento/conducta de los profesionales*, en ambos casos contribuyendo al 12% de los incidentes.

Otro factor organizativo importante que experimenta un incremento de atribución con respecto a años anteriores 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*, también aumenta con respecto a 2021, sin llegar a los niveles de 2020.

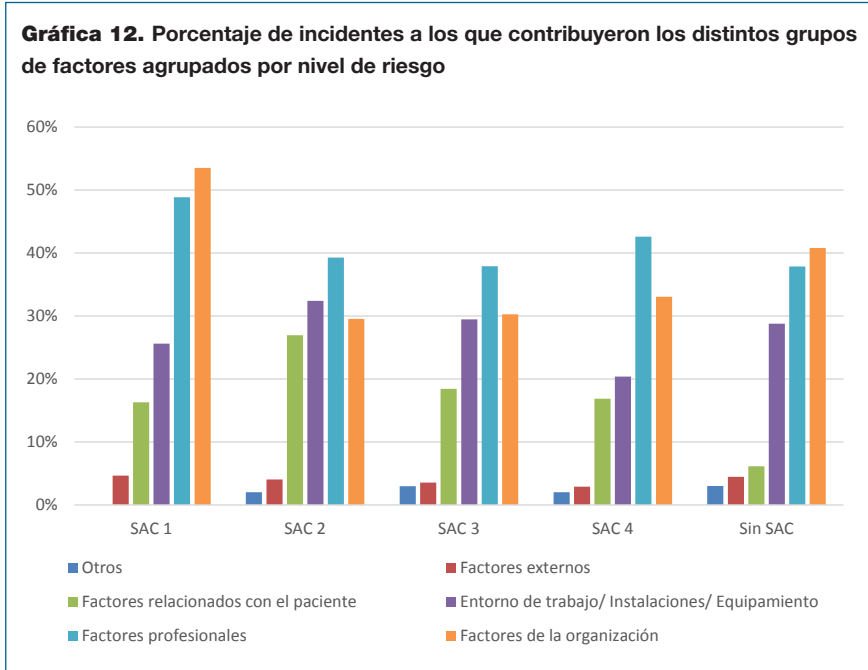
La contribución de los factores relacionados con el paciente disminuye con respecto a los dos años anteriores. Los elementos que se señalan como contribuyentes en mayor medida son los relacionados con la complejidad y “otros factores” que no se concretan.



Gráfica 11. Incidentes notificados al SiNASP desde 2019, según los factores contribuyentes



En la gráfica 12 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 predominan los factores de la organización (53,5% de los incidentes) y los profesionales (38% de los incidentes). En los SAC-2 y SAC-3 el perfil de factores contribuyentes es similar, siendo los factores profesionales los que contribuyen a un mayor porcentaje de incidentes (39% y 38% respectivamente). Los factores relacionados con el paciente parecen haber tenido mayor importancia en el caso de los SAC-2, habiendo contribuido al 27% de los incidentes. En los SAC-4 se atribuye claramente la mayor contribución a los factores profesionales (en el 43% 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 2022 y clasificados como SAC 1, cuya fecha de cierre fue anterior a julio de 2023. En total, 43 incidentes.

De ellos, según la clasificación de los notificantes, 2 causaron daño permanente al paciente, 20 comprometieron la vida del paciente y precisaron intervención para mantener su vida, y 21 contribuyeron o causaron la muerte del paciente.

Según se describe en la tabla 9, aunque las enfermeras notificaron el mayor número de incidentes clasificados como SAC 1, se aproximó bastante el número de incidentes notificados por médicos, que habitualmente notifican incidentes más graves:

Tabla 9. Incidentes clasificados como SAC 1 según la profesión del notificante

Profesión del notificante	Nº de incidentes	%
Enfermera	20	46,5
Médico	17	39,5
Otros	3	7
Técnico auxiliar de enfermería	2	4,7
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)	1	2,3
Total	43	100

Con respecto a 2021, lo más destacable es el aumento del porcentaje de incidentes notificados producidos en urgencias (39,5% frente a 27%), y la notable disminución del porcentaje de incidentes SAC 1 notificados originados en las unidades de hospitalización, que el año anterior había sido el área donde más incidentes de este tipo se notificaron (14% en 2022 frente al 37,8% en 2021):

Tabla 10. Áreas en las que tuvieron lugar los incidentes clasificados como SAC 1

Área	Nº de incidentes	%
Urgencias	17	39,5
Unidades de cuidados intensivos	8	18,6
Bloque quirúrgico	7	16,3
Unidades de hospitalización	6	14
Servicios centrales	2	4,7
Consultas externas	1	2,3
Servicios de apoyo/otros	1	2,3
Hospital de día	1	2,3

Durante el análisis se han eliminado tres notificaciones que no describían el incidente –dos de ellas solo incluían un número de historia clínica y la tercera una relación de posibles factores contribuyentes–. También se ha prescindido de una notificación que en realidad comunicaba un riesgo, pero no propiamente un incidente de seguridad: se trataba de situaciones de posible carencia de suficiente personal de enfermería especializado en UCI.

También se han analizado otros ocho 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, tres por médicos y un incidente por otro tipo de profesional. Cinco tuvieron lugar en unidades de hospitalización, dos en urgencias y uno en el bloque quirúrgico.

Los 47 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 gestión organizativa, infraestructura y recursos: 9

- Evento adverso por error en el suministro desde cocina de la alimentación a un paciente que solo podía ingerir dieta blanda.
- Desestabilización de paciente trasladado al hospital de referencia por posibles fallos en la gestión organizativa de la recepción.
- Retraso en cirugía endovascular de urgencia porque el equipo de enfermería de urgencias no estaba familiarizado con el equipamiento del quirófano específico.
- Evento adverso en una actuación de emergencia durante la endoscopia digestiva a un paciente de alto riesgo. La inadecuada disposición de la sala pudo ser un factor contribuyente.
- Falta de espacios en urgencias para la atención a pacientes nuevos por la presencia de pacientes pendientes de ingreso.
- Retraso (supera la ventana de oportunidad) en el traslado a hospital de referencia de paciente crítico por no poder localizar a tiempo a un médico que realice el acompañamiento.
- Broncoaspiración tras vomitar y fallecimiento en paciente anciana en urgencias en situación de sobrecarga asistencial.
- Imposibilidad de realizar el análisis microbiológico de un paciente fallecido por infección en la UCI pediátrica porque esta

carece de los filtros de alta eficacia requeridos para dicha instalación.

- Retraso en la atención en urgencias y empeoramiento de la situación clínica de un paciente, estando los espacios ocupados por pacientes a la espera de ingreso.

2. Incidentes relacionados con el diagnóstico y valoración del paciente: 9

- Posible retraso terapéutico en paciente con cáncer de próstata: múltiples ingresos y derivaciones desde Urgencias.
- En triaje de urgencias no se toman las constantes a un paciente derivado de primaria y no se identifica que se trata de un código sepsis.
- Retraso terapéutico por falta de valoración presencial del especialista en urgencias.
- Error en informe radiológico realizado en centro concertado.
- Fuga de paciente con ideación autolítica del área de observación de urgencias y posterior ingreso tras precipitarse por un puente.
- Retraso de varias horas en la reevaluación de un paciente con cuadro clínico severo tras la valoración inicial.
- Inadecuada valoración inicial de paciente politraumatizado.
- Posible fallo en la activación del código sepsis.
- Fallecimiento en urgencias por posible retraso en la valoración e intervención terapéutica: paciente con obstrucción intestinal y torsión.

3. Incidentes relacionados con los cuidados de pacientes críticos, complejos o vulnerables: 5

- Complicación tras alta a planta desde UCI de un paciente traqueostomizado que necesita vigilancia y monitorización y la unidad está a cargo de una única enfermera en turno de noche.
- Inapropiada sujeción mecánica de un paciente con deterioro cognitivo en el servicio de urgencias, con signos de falta de seguimiento adecuado por parte del personal.
- Empeoramiento en planta y posterior fallecimiento de paciente trasplantado cardiaco. Quizá faltó un seguimiento más estrecho y no se detectaron a tiempo los signos de alarma.
- Fallecimiento de paciente sedada con contención mecánica.
- Autoextubación de paciente en aislamiento respiratorio (COVID-19) y con sedación, que requirió de una reintubación de urgencia.

4. Incidentes relacionados con deficiente comunicación-transferencia-monitorización: 5

- Traslado de urgencias a radiología sin monitorización a pacientes que lo requerían.
- Derivación desde atención primaria de pacientes en estado crítico en condiciones inadecuadas (transporte sin soporte médico).
- Traslado a planta convencional desde urgencias de paciente inestable sin comunicación previa.
- Paciente que va a servicio de radiología para TAC y vuelve muy inestable a planta siendo el familiar quien avisa a enfermería desde la habitación.
- Derivación desde urgencias a medicina interna de paciente con criterios de vigilancia intensiva.

5. Incidentes relacionados con los equipos/dispositivos: 5

- Parada cardiorrespiratoria en paciente traqueostomizado, donde pudo ser un factor contribuyente la falta de humidificación correcta por el tipo de dispositivo.
- Problemas en la oxigenación de un paciente por caudalímetros de baja calidad.
- Problema funcionamiento desfibrilador en paciente monitorizado tras parada cardiorrespiratoria.
- Problemas al realizar radiografía a prematuro muy inestable usando un chasis radiográfico no adaptado para incubadoras.
- Interrupción y retraso de procedimiento de angioplastia por fallo de funcionamiento en el arco de escopia de la sala (problema reiterado y resuelto por el servicio técnico la semana anterior).

6. Incidentes relacionados con caídas o accidentes del paciente: 3

- Paciente que sufre escaldadura en la ducha de la habitación, tras posible desvanecimiento.
- Caída desde la camilla en el pasillo de urgencias de paciente anciana con importante deterioro cognitivo.
- Caída frontal de paciente en su habitación, posiblemente tras levantarse de la cama.

7. Incidentes relacionados con parada cardiorrespiratoria y RCP: 3

- Retraso en RCP en planta de hospitalización porque no era posible conectar el aspirador por la disposición de las tomas de aire en la habitación ni tampoco se disponía de aspirador portátil en la planta.
- PCR durante intubación difícil y el facultativo decide no iniciar RCP.

- Celador no reconoce que un paciente está en parada cuando le recoge en la habitación para llevarle a pruebas diagnósticas.

8. Incidentes relacionados con la formación del personal: 3

- Parada cardiorrespiratoria y hemorragia tras la colocación de un drenaje pleural.
- Broncoaspiración de la comida en paciente anciana y posible retraso en el aviso y llegada de los servicios de emergencia.
- Problemas de comunicación y trabajo en equipo en UCI.

9. Incidentes relacionados con la cirugía: 3

- Muerte de paciente tras reintervención por cirugía urgente (peritonitis aguda secundaria), por broncoaspiración en la inducción anestésica.
- Fallecimiento tras reemplazo de prótesis de cadera.
- Inadecuado seguimiento de complicaciones quirúrgicas con falta de comunicación entre los distintos profesionales responsables e inadecuada comunicación con la familia del paciente durante todo el proceso posquirúrgico.

10. Otros: 2

- Posible fallo de comunicación con la familia de un paciente que sufre una parada cardiorrespiratoria durante una endoscopia de urgencia y desemboca en la solicitud de una autopsia judicial.
- Fallecimiento en urgencias de manera inadecuada en un box de paciente terminal por no priorizarse su ingreso o acomodo para poder tener un final de vida en unas condiciones más confortables y dignas. Parece más un tema de humanización de la asistencia que de seguridad del paciente.

Incidentes notificados en atención primaria

Se incluyen los incidentes notificados en centros de atención primaria (y asimilados, como las residencias sociosanitarias) de 10 Comunidades Autónomas. Según puede verse en la tabla 11, la implantación del SiNASP en atención primaria no ha llegado a consolidarse, pero parece que en 2022 se observa una ligera recuperación con respecto al año anterior, especialmente en comunidades como Cantabria y Extremadura; también en La Rioja parece que la implantación empieza a despegar en atención primaria. A finales de 2022 había 648 centros de atención primaria dados de alta en el sistema (más que en 2021) y se han recibido notificaciones de 116 centros de atención primaria, que son 30 más que el año anterior, pero todavía no llegan ni al 20% del total.

Tabla 11. Centros de atención primaria dados de alta en el SiNASP a 31 de diciembre de 2022 y los que han usado SiNASP en 2022

CC. AA.	Comienzo de la implantación	Centros de AP*	Centros AP que usan SiNASP** en 2022	Centros AP que usan SiNASP en 2021
Aragón	Octubre 2014	8	3	1
Asturias	Noviembre 2014	43	12	11
Canarias	Noviembre 2014	45	1	1
Cantabria	Septiembre 2014	44	18	7
Castilla-La Mancha	Diciembre 2013	142	11	10
Extremadura	Octubre 2016	129	22	7
Galicia	Diciembre 2013	80	30	30
INGESA	Diciembre 2019	4	0	0
La Rioja	Diciembre 2016	4	3	0
Murcia	Diciembre 2013	78	6	6
Navarra	Octubre 2014	71	10	13
TOTAL		648	116	86

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

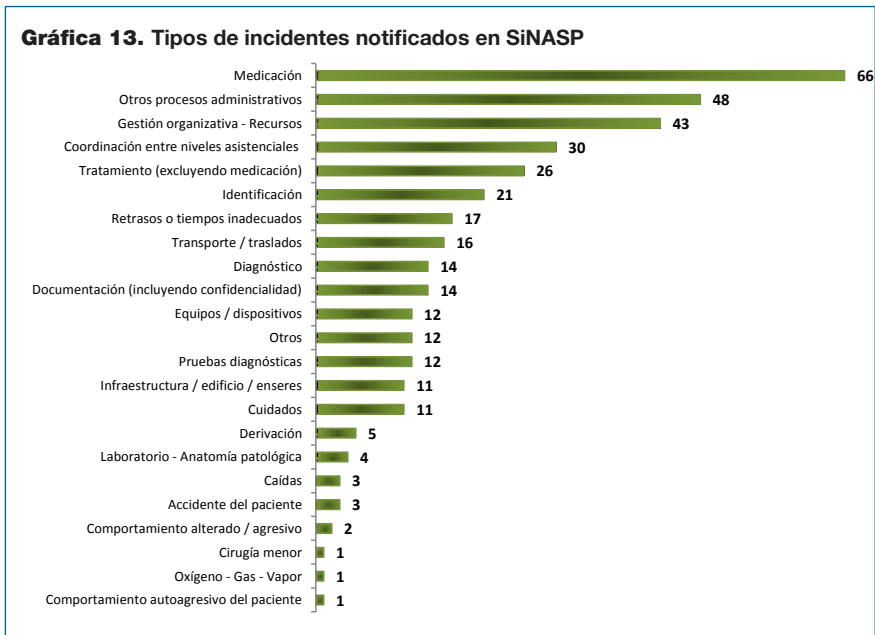
** Se considera que utilizan el SiNASP si han notificado algún incidente en el periodo cubierto por este informe.

Análisis global de los incidentes notificados

Tipo de incidente

En la gráfica 13 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* (66 incidentes, 29%) y *otros procesos administrativos* (48 incidentes, 21%). En tercer lugar figuran los incidentes relacionados con *gestión organizativa-recursos* (43 incidentes, 19%).



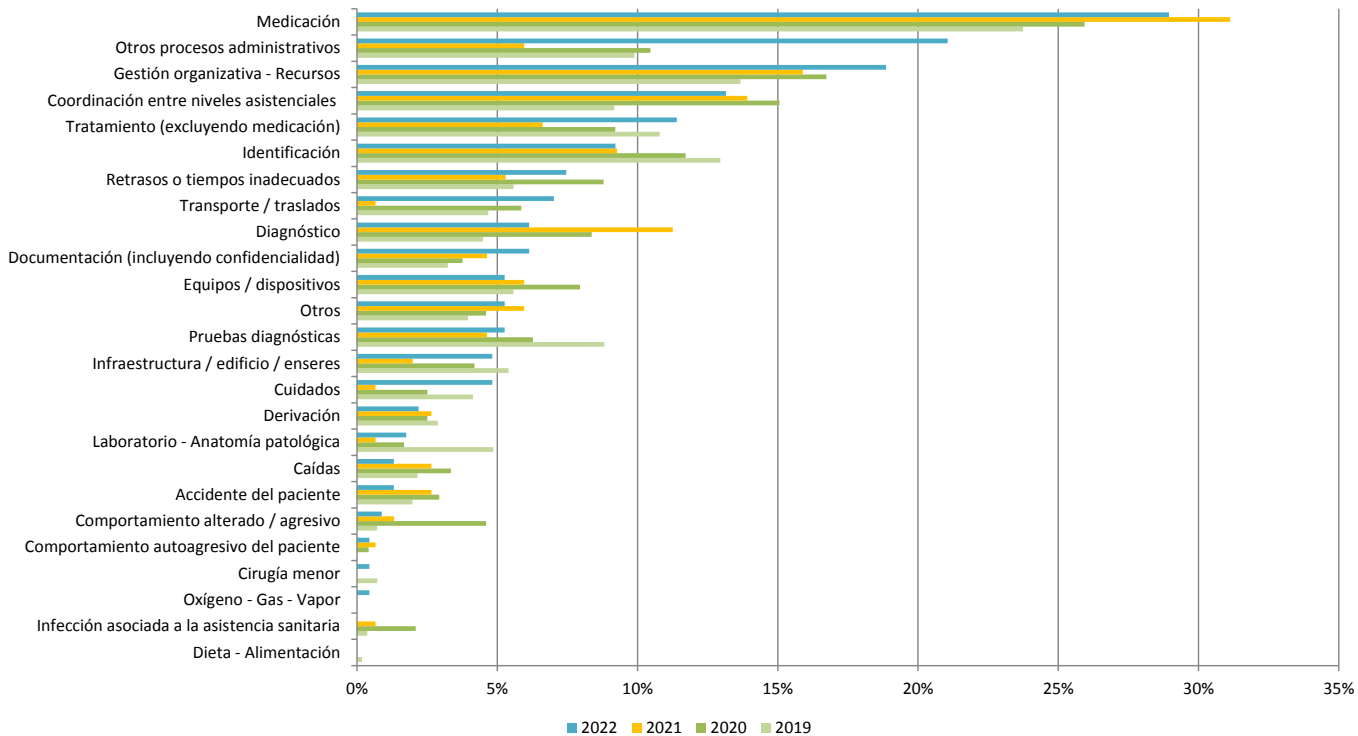
Al comparar con los años anteriores (gráfica 14) lo más llamativo es el incremento de las notificaciones relacionadas con *otros procesos administrativos* (más de diez puntos por encima de otros años). Al revisar el tipo de incidentes notificados en este grupo, hay un gran número que se ha producido durante la vacunación en centros educativos, lo que probablemente explique la diferencia con años anteriores.

Los incidentes relacionados con *gestión organizativa-recursos*, que habitualmente son de los más notificados, también se han incrementado con respecto a 2021, y en este caso parece existir una tendencia al alza que se mantiene desde 2015.

Otra categoría de incidentes cuyo porcentaje de notificación destaca sobre 2021 es el de *transporte/traslados*, aunque en este caso probablemente lo anómalo fue la cifra del año pasado y la tendencia siga siendo creciente. También han aumentado por encima de dos puntos con respecto a 2021 los incidentes relacionados con *tratamiento, retrasos o tiempos inadecuados, infraestructura/edificio/enseres y cuidados*.

Entre las categorías de incidentes cuya notificación ha disminuido al menos dos puntos con respecto a 2021 se encuentran *medicación y diagnóstico*.

No obstante, teniendo en cuenta que el número de notificaciones de cada categoría es bastante bajo, hay que relativizar las posibles comparaciones y tendencias en los datos.

Gráfica 14. Comparativa de incidentes notificados al SiNASP desde 2019

Lugar en que ocurrió el incidente

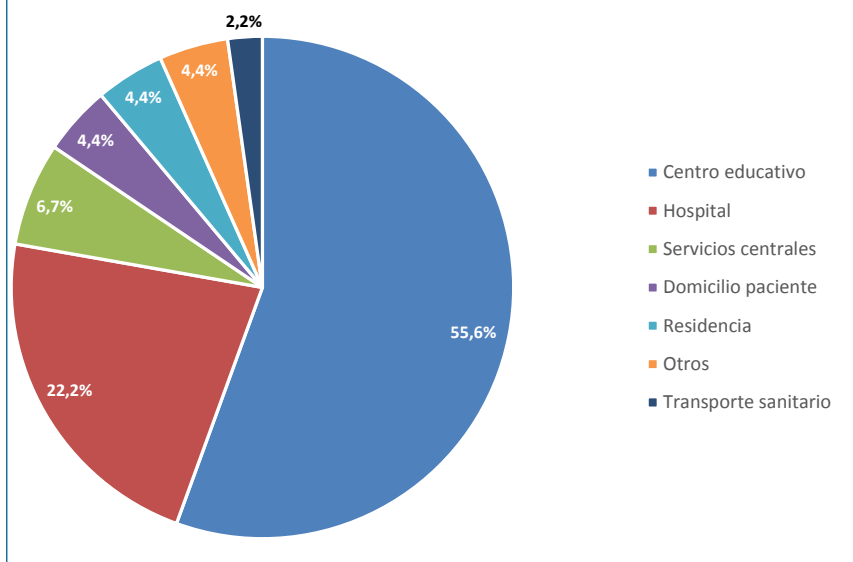
Más de la mitad de los incidentes notificados tuvo lugar en la consulta, un porcentaje más próximo al de años anteriores a 2021. Las notificaciones de incidentes que no se produjeron en el centro de atención primaria fueron casi un 20% y en tercer lugar se notificaron incidentes ocurridos en las urgencias de atención primaria (14%).

Tabla 12. Incidentes notificados según el área en que se produjo el incidente desde 2019

INCIDENTES Area	2022		2021		2020		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Consultas/consultorio	119	52,19%	73	48,34%	124	51,88%	296	53,24%
En una organización/ lugar distinto al centro de Atención Primaria	45	19,74%	39	25,83%	40	16,74%	84	15,11%
Área de atención continuada/urgencias/SUAP	32	14,04%	13	8,61%	29	12,13%	43	7,73%
Teléfono	9	3,95%	6	3,97%	14	5,86%	14	2,52%
Laboratorio	9	3,95%	5	3,31%	11	4,60%	52	9,35%
Sala de espera	2	0,88%	5	3,31%	9	3,77%	9	1,62%
Otras áreas del centro de Atención Primaria (escaleras, entrada...)	1	0,44%	3	1,99%	7	2,93%	21	3,78%
Servicios de apoyo	3	1,32%	2	1,32%	1	0,42%	5	0,90%
Lugar desconocido	1	0,44%	2	1,32%	1	0,42%	4	0,72%
Radiología	1	0,44%	2	1,32%	0	0,00%	6	1,08%
Área de administración/ información	6	2,63%	1	0,66%	3	1,26%	22	3,96%

A diferencia de otros años, la mayoría de los incidentes notificados ocurridos fuera del centro de atención primaria no se produjeron en hospitales, sino en centros educativos (gráfica 15). Este dato coincide con lo observado en el apartado anterior sobre los tipos de incidentes más notificados: el incremento de incidentes clasificados como otros procesos administrativos se ha debido en gran medida a los relacionados con la vacunación en centros educativos.

Gráfica 15. Ubicación de los incidentes notificados en 2022 que tuvieron lugar fuera del centro de atención primaria



Profesión del notificante

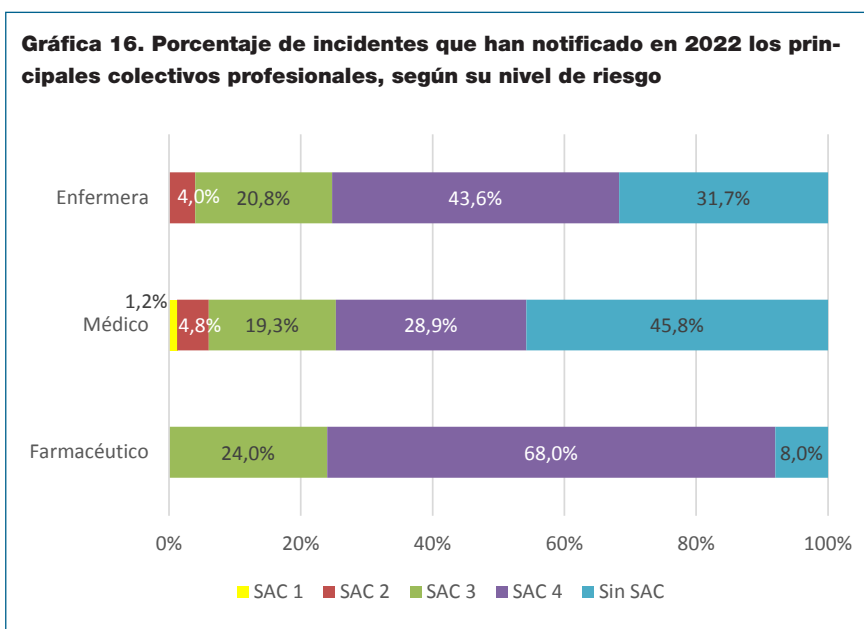
En 2022 se ha producido un cambio llamativo en los profesionales que más han notificado: el porcentaje de notificaciones realizadas por enfermeras ha aumentado en casi veinte puntos y ha superado por primera vez al de los médicos, el porcentaje de cuyas notificaciones ha descendido notablemente (Tabla 13). La notificación de los farmacéuticos y los residentes se mantiene en niveles similares a los de 2021.

Tabla 13. Incidentes notificados según la profesión del notificante desde 2019

Profesión del notificante	2022		2021		2020		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermero	101	44,30%	40	26,49%	65	27,20%	201	36,15%
Médico	83	36,40%	84	55,63%	138	57,74%	249	44,78%
Farmacéutico	25	10,96%	18	11,92%	23	9,62%	69	12,41%
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)	8	3,51%	6	3,97%	6	2,51%	10	1,80%
Otros	8	3,51%	2	1,32%	5	2,09%	11	1,98%
Otros licenciados/grados sanitarios	2	0,88%	0	0,00%	1	0,42%	0	0,00%
Fisioterapeuta	1	0,44%	0	0,00%	1	0,42%	2	0,36%
Técnico auxiliar de enfermería	0	0,00%	1	0,66%	0	0,00%	8	1,44%

Si comparamos los perfiles de riesgo de los incidentes notificados por los principales colectivos profesionales (gráfica 16) vemos que los médicos notifican un mayor porcentaje de incidentes de alto riesgo, así como de incidentes sin SAC, esto es, situaciones de riesgo e incidentes que no llegan al paciente. Los farmacéuticos fundamentalmente notifican incidentes de riesgo bajo o medio, mientras que las enfermeras presentan un perfil intermedio.

Gráfica 16. Porcentaje de incidentes que han notificado en 2022 los principales colectivos profesionales, según su nivel de riesgo



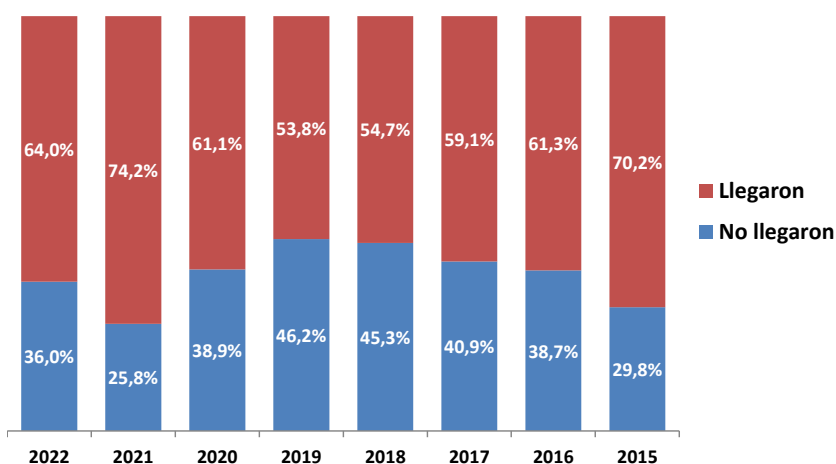
Consecuencia de los incidentes en los pacientes

En 2022, el 64% de los incidentes notificados llegaron al paciente, lo que contrasta con lo que sucede en los hospitales, manteniéndose en el rango de la serie histórica: en atención primaria siempre se han notificado más los incidentes que alcanzan al paciente (tabla 14 y gráfica 17).

Tabla 14. Incidentes notificados según las consecuencias en los pacientes desde 2019

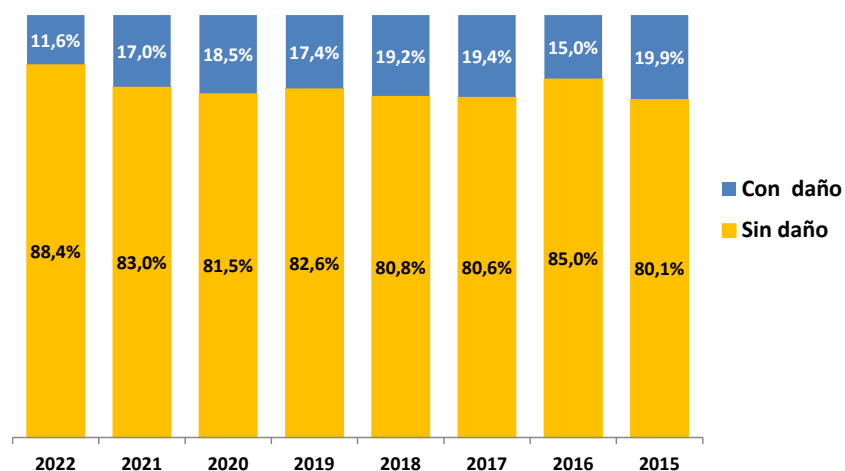
INCIDENTES	2022		2021		2020		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	57	25,00%	18	11,92%	58	24,27%	184	33,09%
Incidente que no llegó al paciente	25	10,96%	21	13,91%	35	14,64%	73	13,13%
Incidente que llegó al paciente	146	64,04%	112	74,17%	146	61,09%	299	53,78%
El incidente llegó al paciente, pero no le causó daños	83	36,40%	56	37,09%	61	25,52%	114	20,50%
Retraso en el tratamiento/tratamiento adicional al necesario/irritación	46	20,18%	37	24,50%	58	24,27%	133	23,92%
Daño temporal menor o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o conflicto con el paciente	11	4,82%	13	8,61%	23	9,62%	39	7,01%
Daño temporal importante o daño menor permanente o que necesita ingreso hospitalario	4	1,75%	2	1,32%	4	1,67%	9	1,62%
Muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente	2	0,88%	4	2,65%	0	0,00%	4	0,72%

Gráfica 17. Incidentes notificados según si llegaron o no al paciente desde 2015



De los incidentes que llegaron al paciente el 88% no le produjeron daño (gráfica 18). Esta proporción ha subido bastante en 2022 con respecto a los años anteriores, en que se había mantenido bastante estable.

Gráfica 18. 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)

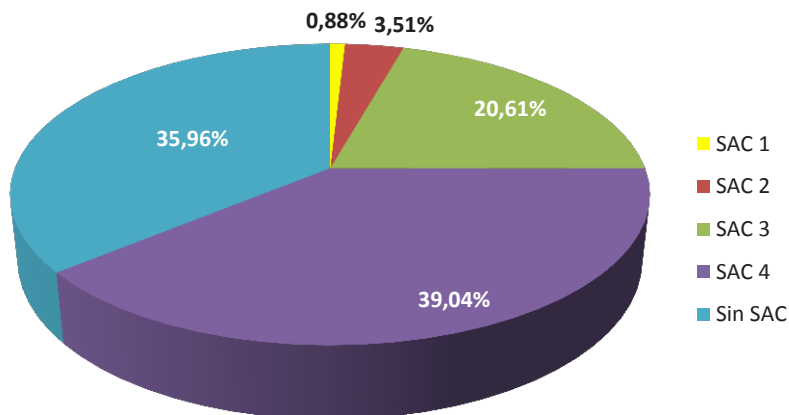
	Frecuente	Probable	Ocasional	Poco frecuente	Muy infrecuente
Muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente	Extremo	Extremo	Extremo	Extremo	Alto
Daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
Daño temporal menor y/o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o conflicto con el paciente	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado
Retraso en el tratamiento/ tratamiento adicional al 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”.

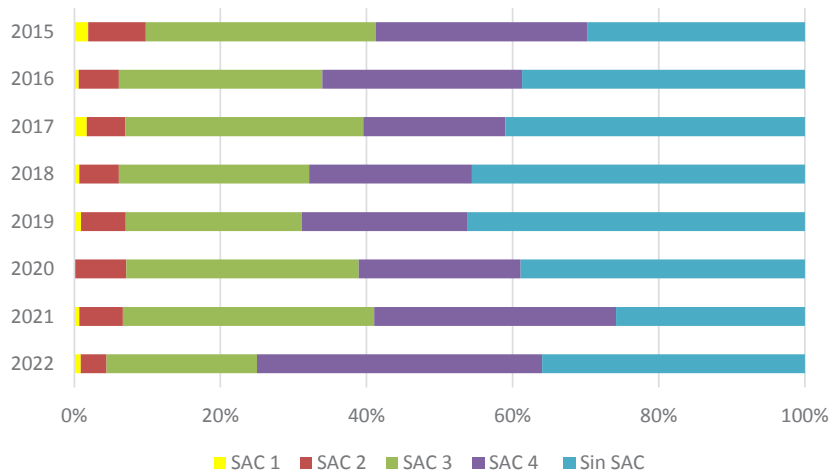
El riesgo asociado a los incidentes notificados al SiNASP en atención primaria queda reflejado en la gráfica 19. Las notificaciones de incidentes de bajo riesgo tipo SAC 4 han sido las más numerosas (39%).

Gráfica 19. Incidentes notificados en SiNASP en 2022 según nivel de riesgo

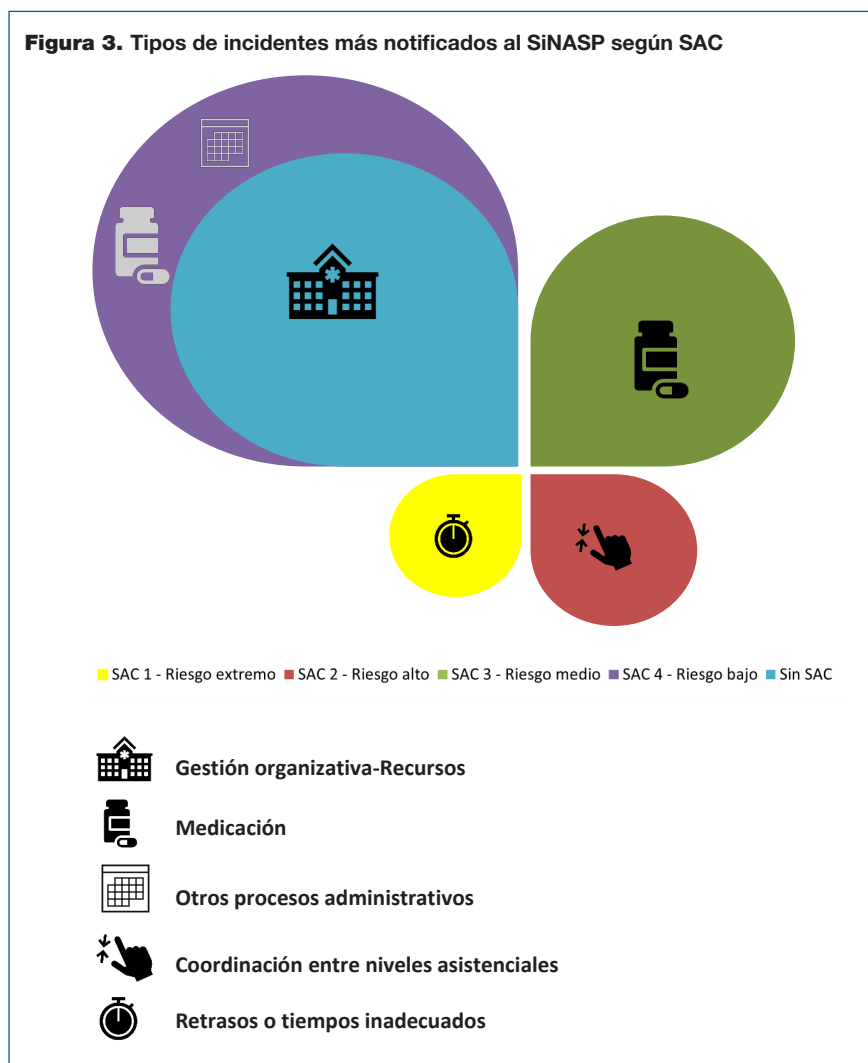


En 2022 ha seguido disminuyendo el porcentaje de incidentes que han supuesto un riesgo elevado para el paciente (4,4% frente al 6,6% de 2021) (gráfica 20), y los incidentes de riesgo intermedio (SAC 3) suponen el menor porcentaje de toda la serie histórica (21%). En cambio, el porcentaje de SAC 4 es el más alto de toda la serie, lo que claramente está relacionado con el incremento de incidentes que llegan al paciente y no le producen daño, como se ha señalado en el apartado anterior.

Gráfica 20. Incidentes notificados en SiNASP según riesgo desde 2015



En la figura 3 se presentan las categorías de incidentes más frecuentes para cada nivel de riesgo SAC. Entre los incidentes sin SAC la categoría más frecuente es la relacionada con la gestión organizativa-recursos; en el caso de SAC-3 y SAC-4 el mayor porcentaje de incidentes son los relacionados con medicamentos y también con otros procesos administrativos en el caso de SAC 4; en el nivel SAC-2 predominan los incidentes relacionados con la coordinación entre niveles asistenciales; y la categoría más abundante en los SAC-1 son los debidos a retrasos o tiempos inadecuados.



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.

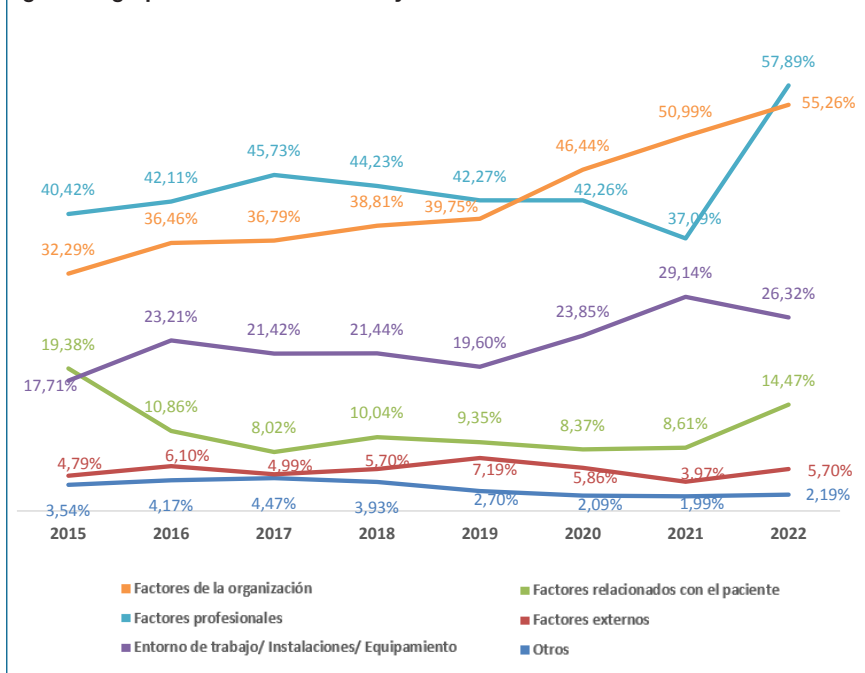
Igual que en el caso de las notificaciones de hospital, en 2022 los factores profesionales figuran por encima de los factores de la organización como principal grupo contribuyente a la aparición de los incidentes, incrementándose en un porcentaje de más de veinte puntos con respecto a 2021 y en más de 15 sobre los de años anteriores (tabla 16 y gráfica 21). Los factores de la organización, aunque en segundo lugar como grupo, mantienen la tendencia creciente de toda la serie histórica. Los factores del paciente también han experimentado una subida notable con respecto a años anteriores. En cambio, la atribución de los incidentes a los factores del entorno de trabajo, instalaciones y equipamiento ha descendido en comparación con 2021, aunque sigue siendo alta en comparación con la serie histórica.

Tabla 16. Incidentes notificados al SiNASP en 2022 según los factores contribuyentes

Factores contribuyentes	2022	
	N	%
Factores profesionales	132	57,89%
Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	67	29,39%
Problemas de comunicación	43	18,86%
Factores estresantes/emocionales/fatiga	33	14,47%
Comportamiento/conducta de los profesionales	30	13,16%
Otros factores de los profesionales	26	11,40%
Factores de la organización	126	55,26%
Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	84	36,84%
Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo	41	17,98%
Cultura de la organización	40	17,54%
Problemas en el trabajo en equipo	28	12,28%
Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento	60	26,32%
Factores relacionados con el paciente	33	14,47%
Otros factores relacionados con el paciente	21	9,21%
Paciente con comorbilidades	11	4,82%
Paciente con enfermedad crónica	8	3,51%
Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	5	2,19%
Paciente desconocido por el profesional	5	2,19%
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	3	1,32%
Factores externos	13	5,70%
Otros	5	2,19%

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

Gráfica 21. Porcentaje de incidentes notificados a SiNASP desde 2015, según los grandes grupos de factores contribuyentes



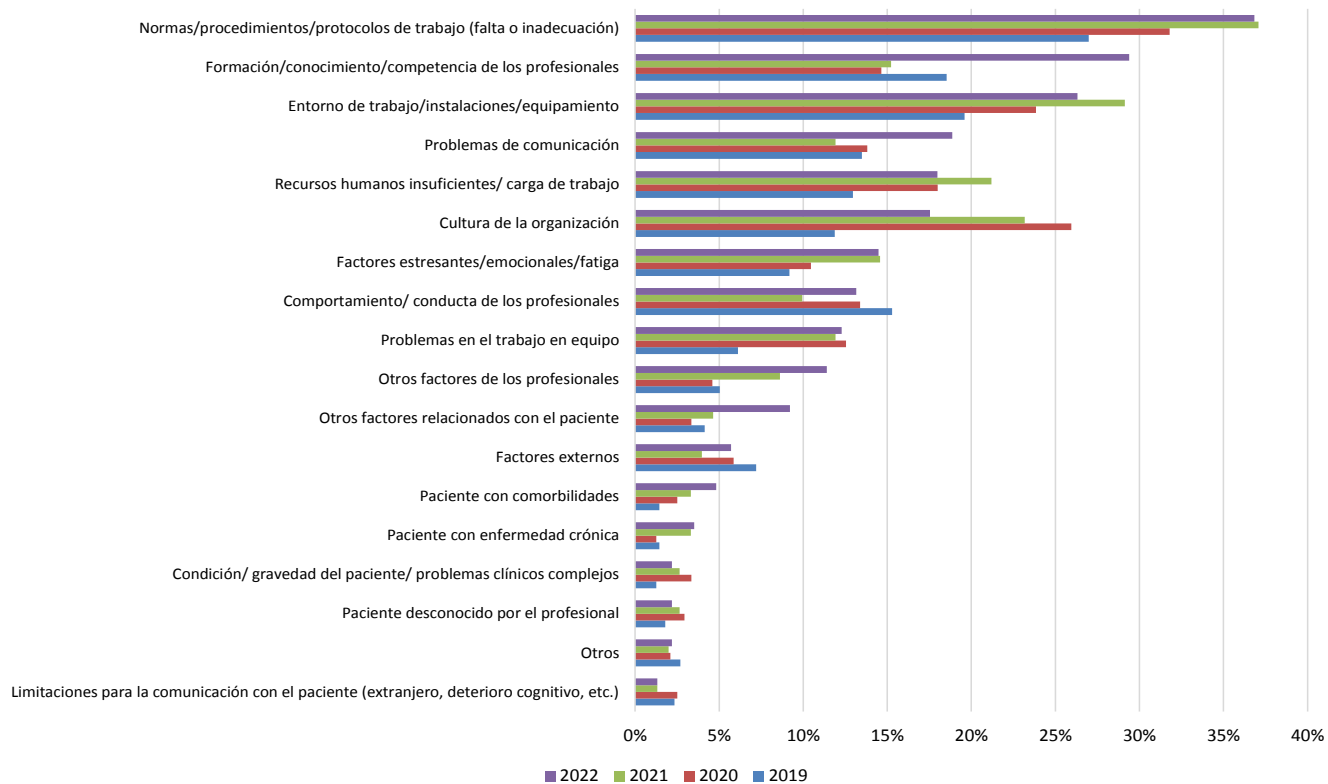
A nivel de categoría individual (gráfica 22) el factor más importante sigue siendo la *falta o inadecuación de las normas/procedimientos/protocolos de trabajo*, seguido de la *formación/conocimiento/competencia* de los profesionales, que es el factor cuya contribución más ha subido de todos los grupos y supera al menos en diez puntos a toda la serie histórica. En tercer lugar figura el *entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento*, que de momento ha moderado la tendencia creciente.

Otros factores profesionales, como los *problemas de comunicación* y el *comportamiento/conducta* de los profesionales, también han aumentado su contribución en 2022.

Los factores de la organización se han mantenido en niveles similares a 2021 o incluso ha descendido su atribución, como en el caso de la *cultura de la organización*, que mantiene la tendencia decreciente.

En cuanto al grupo de factores del paciente, el incremento se debe fundamentalmente a la contribución de “otros factores” no especificados.

Gráfica 22. Incidentes notificados al SiNASP desde 2019 según los factores contribuyentes



Incidentes clasificados como SAC 1 y SAC 2 catastróficos

Entre las notificaciones cerradas a 30 de junio de 2023 figuran dos incidentes clasificados como SAC-1 y un incidente clasificado como SAC-2 con consecuencia de daño catastrófico.

Dos notificaciones fueron realizadas por médicos y la tercera por otro profesional sanitario no especificado.

Según los notificantes, uno de los incidentes se produjo en consulta y los otros dos en un lugar distinto de la atención primaria. Sin embargo, en los tres casos hay claros problemas de continuidad asistencial.

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 retrasos en la citación para pruebas diagnósticas, interconsulta o seguimiento: 2

- Paciente con bulto en la mama. Aunque se solicita cita preferente para mamografía, se le concede con varios meses de demora, por lo que la paciente acude a un centro privado, con resultado de sospecha de carcinoma. La cita preferente para interconsulta también se le concede con meses de demora, por lo que opta por acudir de nuevo a la sanidad privada para el seguimiento del proceso.

Parece existir un problema en el mecanismo de priorización de las citas para pruebas diagnósticas y, sobre todo, para las interconsultas.

- Retraso de dos años en tratamiento de paciente diagnosticado de adenocarcinoma de próstata por no recibir esta la citación pendiente para control por parte de urología.

Parece que ni el paciente tuvo la iniciativa de averiguar qué pasaba ni existía mecanismo de seguimiento desde ninguno de los niveles asistenciales.

2. Autolisis de paciente ingresado: 1

- Suicidio de paciente ingresado en hospital de crónicos de psiquiatría con antecedentes conocidos de riesgo autolítico.

Parece un caso en el que ha fallado el abordaje de la prevención de suicidio a nivel de sistema, ya que el paciente había pasado varias veces por urgencias hospitalarias y por el punto de atención continuada precisamente por riesgo o intento de suicidio, además de echarse en falta una apropiada comunicación con la familia.

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 (CC. AA.) 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 CC. AA. 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			
	2022	2021	2020	2019	2022	2021	2020	2019
Volumen de notificaciones								
nº notificaciones recibidas*	5.266	4.109	4.143	5.222	301	210	333	670
Características de las notificaciones								
% SAC 1 y SAC 2 respecto al total	8,8	8	6,9	8,3	6	6,2	8,1	7,6
% notificantes identificados	67,7	67,6	63,9	62,9	79,4	68,6	74,8	69,9
Gestión de las notificaciones								
Tiempo medio asignación (días)	18,8	23,1	25,6	21,3	51,9	66,3	30,9	35,6
Tiempo medio gestión notif. (días)	82,5	75,5	109,3	68,1	92,3	127,8	71,6	64,6
% de notificaciones > 1 mes no gestionadas	15,1	13,4	8,7	8,9	26,3	28,1	27,6	17
% notif. cerradas con acciones	78,3	80,9	82,2	86,4	82,8	78,6	69,8	78,3
Análisis de las notificaciones								
% notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR	14	15,1	17,9	16,1	9,1	12,5	14,3	12,5
% notificaciones con indicación de ACR	3,4	4,4	4,6	4,6	2,8	4,6	2,4	2
Mecanismos de feedback								
% correos enviados a notificantes identificados	80,6	80,4	74,7	79,8	61,5	58,8	47,1	64

* El número de notificaciones recibidas es el total, incluidas las que todavía no se habían terminado de gestionar antes de julio de 2023 que, 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 2022 desagregado por CC. AA.

CC. AA.		Castilla-La Mancha	Galicia	Murcia	Cantabria	Canarias	Aragón	Navarra	Extremadura	INGESA	Principado de Asturias	La Rioja
Volumen de notificaciones												
1	nº notificaciones recibidas	320	1744	334	193	284	1039	608	257	22	437	28
Características de las notificaciones												
2	% SAC 1 y SAC 2 respecto al total	13,8	6,4	10,8	18,1	14,4	7,5	9,5	5,8	9,1	8,5	14,3
3	% notificantes identificados	77,5	58,3	74	59,6	69,4	77,3	65,3	78,6	63,6	70,5	64,3
Gestión de las notificaciones												
4	Tiempo medio asignación (días)	33,2	14,9	13,1	12,5	37,5	9,8	35,9	11,2	123	21,4	13,6
5	Tiempo medio gestión notif. (días)	51,4	65,1	62	318,5	57,8	64,1	80	19,8	217	112,3	22,6
6	% de notificaciones > 1 mes no gestionadas	60,4	6,3	16,3	38,1	28,3	9,2	12,4	7,2	90,9	15,3	75
7	% notificaciones cerradas con acciones	86,9	78	84,2	35,1	63,4	93,4	66,2	72,6	100	90,9	100
Análisis de las notificaciones												
8	% notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR	5,9	16,2	18,8	2,5	21,6	10	11,4	41,2	0	12,9	0
9	% notificaciones con indicación de ACR	2,6	3	5,6	1	5,8	2,6	2,2	7,5	0	5,2	40
Mecanismos de feedback												
10	% email enviados a notificantes identificados	48,3	79,6	84,6	53,2	81	91,3	81,7	93,2	0	72,8	100

Tabla 19. Indicadores de gestión del SiNASP en atención primaria en 2022 desagregado por CC. AA.

CC. AA.		Castilla-La Mancha	Galicia	Murcia	Cantabria	Canarias	Aragón	Navarra	Extremadura	INGESA	Principado de Asturias	La Rioja
Volumen de notificaciones												
1	nº notificaciones recibidas	25	105	31	26	6	10	17	40	0	29	12
Características de las notificaciones												
2	% SAC 1 y SAC 2 respecto al total	8	2,9	6,5	7,7	16,7	10	11,8	0	-	10,3	16,7
3	% notificantes identificados	88	63,8	93,5	96,2	66,7	100	82,4	100	-	58,6	91,7
Gestión de las notificaciones												
4	Tiempo medio asignación (días)	138,6	17	3,9	149,9	10	9,2	0	9,1	-	114,9	10,1
5	Tiempo medio gestión notif. (días)	216,3	21	58,6	243,5	-	9,2	927	16,5	-	135,5	38
6	% de notificaciones > 1 mes no gestionadas	65	23,1	10	0	100	40	100	2,6	-	26,9	0
7	% notificaciones cerradas con acciones	27,8	88,1	85,2	80,5	0	100	100	89,7	-	90	75
Análisis de las notificaciones												
8	% notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	100
9	% notificaciones con indicación de ACR	0	2,4	0	2,4	0	0	0	2,6	-	6,7	25
Mecanismos de feedback												
10	% email enviados a notificantes identificados	60	34	92	61,5	0	83,3	0	92,3	-	36,8	33,3

El análisis de los indicadores a nivel global ofrece una información limitada que debe matizarse o ajustarse a nivel autonómico, ya que existen notables diferencias entre comunidades autónomas y es en dicho nivel donde se puede conocer más concretamente la situación de los centros sanitarios y la manera de trabajar de los gestores. No obstante, se pueden destacar algunos aspectos a partir de los datos correspondientes al periodo incluido en este informe:

- El número de notificaciones recibidas tanto en hospitales como en atención primaria ha aumentado con respecto a 2021. Es un dato positivo, que parece indicar una cierta reactivación. En el caso de hospitales ha alcanzado los niveles previos a la pandemia de 2020, pero las cifras son todavía muy bajas teniendo en cuenta el número de centros dados de alta en SiNASP: suponiendo una distribución homogénea y considerando solo aquellos centros que han notificado en 2022, apenas se alcanzan las 5 notificaciones mensuales por hospital. En atención primaria, a pesar del incremento, puede considerarse que la implantación es todavía anecdótica.
- El 11% de las notificaciones de hospitales y el 24% de las de atención primaria permanecían sin cerrar antes de julio del año siguiente. Son cifras mejores que en 2021: 13,5% y 28,1% respectivamente.
- El tiempo medio de asignación de notificaciones ha mejorado ligeramente en los hospitales (18,8 días frente a 23,1 en 2021), aunque sigue siendo alto. No obstante, en 6 CC. AA. es inferior a los 15 días. 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. En atención primaria también ha mejorado, pero sigue siendo muy elevado (51,9 días frente a 66,3 en 2021), particularmente en algunas CC. AA., 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...).
- El tiempo medio de gestión ha empeorado en hospitales (82,5 días frente a 75,5 en 2021) y se ha mejorado en primaria: 92,3 días frente a 127,8 en 2021. Solo en Extremadura y La Rioja en hospitales y además en Galicia y Aragón en atención primaria este tiempo está en torno a 1 mes, que debería ser el promedio. La información

que aporta este dato debe valorarse con precaución: 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 funcionamiento 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 algo en hospitales (15,1% frente a 13,4% en 2021), y ha mejorado ligeramente en atención primaria, aunque sigue siendo muy alto (26,3% frente a 28,1% en 2021). Las cifras varían bastante entre CC. AA.: en el caso de hospitales, tres comunidades están por debajo del 10%, mientras que hay otras tres por encima del 50%; en primaria también hay cuatro con porcentajes bajos (dos incluso con 0%), mientras que otras dos presentan porcentajes del 100%. 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 (78,3 frente al 80,9% de 2021) mientras que sigue subiendo en atención primaria (82,8 frente al 78,6 de 2021). 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. De cara a 2023 este campo será de obligado cumplimiento antes de cerrar la notificación.
- El 8,8% de las notificaciones de hospital son SAC 1 o SAC 2 (similar a 2021), y el 14% de ellas se cierra con indicación de realizar un análisis causa-raíz (porcentaje inferior al de años anteriores), aunque este último dato depende de que los gestores lo indiquen, y ya se ha visto en el anterior indicador que no siempre lo hacen. En el caso de hospitales hay cierta variabilidad en los datos entre comunidades autónomas. Cantabria es la que notifica un porcentaje más

alto de incidentes de mayor riesgo, seguida de Canarias, La Rioja y Castilla-La Mancha. Comparando los datos de incidentes SAC 1 y SAC 2 que se han analizado en el presente informe con el porcentaje de SAC 1 y SAC 2 que figura en el sistema, se comprueba que más del 3% de este tipo de incidentes permanecen sin cerrar.

- El porcentaje de los notificantes identificados que recibe un correo de acuse de recibo se mantiene en hospitales (80,6%) y aumenta un poco en atención primaria (61,5% frente al 58,8% de 2021). Esta cifra debería aproximarse al 100%. 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 se mantiene en hospitales, mientras que aumenta en primaria, donde vuelve a ser superior (79,4% en primaria frente a 67,7% en hospitales).

Recomendaciones para mejorar la gestión del SiNASP

Los resultados de este informe y de los indicadores de gestión del SiNASP indican una incipiente reactivación del sistema y, por tanto, de la eficacia de las acciones de dinamización realizadas desde las coordinaciones autonómicas. No obstante, queda todavía un amplio margen de desarrollo y mejora, por lo que las recomendaciones planteadas en el informe de 2021 mantienen su vigencia:

1. Mantener un seguimiento de 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. Asegurar el compromiso de las gerencias con el funcionamiento del SiNASP.
3. Seguir reforzando los equipos de gestión y los núcleos de seguridad: personas, formación, recursos.
4. Trabajar en estrategias específicas para atención primaria.

5. Seguir facilitando apoyo y 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 2022

En la siguiente tabla se incluye, además de la información del SiNASP, la información remitida por 7 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 2022

CC. AA.	Total	Atención especializada		Atención primaria		Incidentes sin daño		Incidentes con daño		Medicamentos		Rad. ionizantes	
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía*	10.615	9.705	91,4	910	8,6	6642	68,8	3.007	31,2	1.576	14,8	188	1,8
Aragón	977 (1.049)	971 (1.039)	99,4	6 (10)	0,6	855	87,5	122	12,5	210	21,5	10	1
Asturias	402 (466)	381 (437)	94,8	21 (29)	5,2	354	88,1	48	11,9	93	23,1	1	0,25
Baleares	1.632	1.506	92,3	97	5,9	1.328	81,4	133	8,1	408	25	4	0,2
Canarias	224 (290)	224 (284)	100	0 (6)	0	183	81,7	41	18,3	56	25	2	0,9
Cantabria	182 (219)	156 (193)	85,7	26 (26)	14,3	142	78	40	22	23	12,6	1	0,5
Castilla-La Mancha	155 (345)	141 (320)	91	14 (25)	9	125	80,6	30	19,4	21	13,5	2	1,3
Castilla y León**	1.720	1.492	86,7	228	13,3	1.720	100	-	-	414	24,1	-	-
Cataluña	15.080	11.147	73,9	3.447	22,9	12.042	79,9	3037	20,1	2720	18	-	-
Com. Valenciana***	9.357	6.597	70,5	890	9,5	6.952	74,3	2.404	25,7	1.253	13,4	0	0
Extremadura	275 (297)	236 (257)	85,8	39 (40)	14,2	247	89,8	28	10,2	56	20,4	0	0
Galicia	1.788 (1.849)	1.706 (1.744)	95,4	82 (105)	4,6	1.618	90,5	170	9,5	303	16,9	7	0,4
INGESA	3 (22)	3 (22)	100	0 (0)	0	3	100	0	0	0	0	1	33,3
La Rioja	26 (40)	14 (28)	53,8	12 (12)	46,2	21	80,8	5	19,2	5	19,2	1	3,8
Madrid**	16.046	13.786	85,9	2.260	14,1	16.046	100	-	-	4.628	28,8	-	-
Murcia	311 (365)	283 (334)	91	28 (31)	9	259	83,3	52	16,7	36	11,6	6	1,9
Navarra	583 (625)	583 (608)	100	0 (17)	0	498	85,4	85	14,6	63	10,8	9	1,5
País Vasco**	5.274	4.702	89,2	572	10,8	5.274	100	-	-	1.092	20,7	-	-

* Incluye notificaciones en el sistema autonómico y en centros con sistema propio. En el cálculo de incidentes con y sin daño se han excluido 966 notificaciones de atención especializada de un sistema de notificación propio de un centro que no disgrega en la notificación entre incidente con daño y sin daño. 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 2022 que contenían las palabras Radiología, Radiación, Rayos X, Radiactividad, Nuclear y/o Radioterapia.

** Solo se recogen notificaciones sin daño. *** 1.870 casos sin especificar nivel asistencial. De las notificaciones relacionadas con medicamentos 355 son RAM.

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



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

www.sanidad.gob.es