

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

Primer Informe de Incidentes  
de Seguridad Notificados al  
Sistema Año 2013



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

Primer Informe de Incidentes  
de Seguridad Notificados al  
Sistema Año 2013

## **Comité de Dirección**

*Fundación Avedis Donabedian*

Joaquim Bañeres

Paula Vallejo

*Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Yolanda Agra

## **Comité Técnico**

Fundación Avedis Donabedian

Joaquim Bañeres

Paula Vallejo

## **Comunidades Autónomas:**

Canarias: Paloma García de Carlos

Cantabria: Henar Rebollo

Castilla-La Mancha: Fuencisla Iglesias

Galicia: Mercedes Carreras

Murcia: Susana Valbuena

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

CENTRO DE PUBLICACIONES

PASEO DEL PRADO, 18-20. 28014 Madrid

NIPO CD: 680-15-077-4

NIPO en línea: 680-15-078-X

Imprime: ESTILO ESTUGRAF IMPRESORES, S.L.

Pol. Ind. Los Huertecillos, nave 13 - 28350 CIEMPOZUELOS (Madrid)

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se autoriza su utilización para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución. Para la reproducción de contenidos o su utilización comercial será necesario recabar el permiso escrito del titular del copyright.

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

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

Primer Informe de Incidentes  
de Seguridad Notificados al  
Sistema Año 2013



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



# Índice

<b>Resumen ejecutivo</b>	7
<b>Introducción</b>	9
<b>Breve explicación del SiNASP</b>	13
<b>Objetivos</b>	21
<b>Alcance</b>	23
<b>Incidentes notificados al SiNASP año 2013</b>	25
<b>1. Análisis global de los incidentes notificados</b>	25
<b>2. Análisis de los tipos de notificaciones más frecuentes</b>	34
<b>– Incidentes relacionados con la medicación</b>	34
Características de los incidentes	34
Principales temas abordados	37
Ejemplos de incidentes notificados	37
Factores contribuyentes	39
<b>– Incidentes relacionados con la identificación del paciente</b>	41
Características de los incidentes	41
Principales temas abordados	43
Ejemplos de incidentes notificados	43
Factores contribuyentes	45
<b>– Incidentes relacionados con caídas</b>	47
Características de los incidentes	47
Principales temas abordados	49
Ejemplos de incidentes notificados	50
Factores contribuyentes	52
<b>Estudio piloto en atención primaria</b>	55
<b>Recomendaciones</b>	63
<b>Conclusiones</b>	69
<b>Bibliografía</b>	71





# Resumen ejecutivo

Este es el primer informe agregado de los incidentes notificados al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). El objetivo de este informe es presentar el desarrollo del SiNASP y describir los incidentes notificados durante el año 2013, tipo y características de los mismos. Con esta información se pretende fomentar la cultura de Seguridad del Paciente, compartir conocimiento entre organizaciones y, sobre todo, prevenir la ocurrencia de incidentes de seguridad en los centros del Sistema Nacional de Salud a través del conocimiento de los incidentes que ocurren a los pacientes atendidos en algunos hospitales del SNS.

En el año 2013 se notificaron al SiNASP 2.739 incidentes por parte de los profesionales sanitarios de 43 hospitales de 5 Comunidades Autónomas (Castilla-La Mancha, Galicia, Murcia, Cantabria y Canarias). 758 incidentes (27,7%) estaban relacionados con la medicación, lo que supone el tipo más frecuente, seguido por incidentes relacionados con la identificación del paciente (474, 17,3%) y caídas (395, 14,4%).

Casi la mitad de los incidentes notificados sucedieron en unidades de hospitalización. A Urgencias y Unidades de Cuidados Intensivos pertenecen entre un 11 y un 12% de los casos respectivamente, seguidos por el bloque quirúrgico con casi un 10% del total.

Los profesionales de enfermería son los profesionales que más utilizan el sistema, habiendo realizado más de la mitad de las notificaciones. Los médicos han sido responsables del 23 % de las notificaciones y los farmacéuticos han sido autores de casi el 10% de los casos.

Respecto a las consecuencias en los pacientes, la mitad de los incidentes notificados no llegaron al paciente y un 34% de los casos sí llegaron al paciente pero no le causaron ningún daño. El número de incidentes en que se causó daño al paciente queda limitado a 388. La gran mayoría de estos casos provocaron daño temporal. Los profesionales que notificaron los incidentes consideraron que los principales factores que contribuyeron a que ocurriesen estos incidentes eran factores profesionales (sobre todo aspectos de formación o competencia de los profesionales y comportamiento) seguido de factores de la organización (principalmente falta o inadecuación de normas, protocolos o procedimientos de trabajo)

El informe incluye un análisis detallado de los tipos más frecuentes de incidentes (medicación, identificación y caídas), para los que se incluyen datos estadísticos, temas abordados, ejemplos de incidentes, análisis de factores contribuyentes y recomendaciones generales para la reducción de riesgos.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, las CCAA y los centros adheridos al SiNASP utilizan la información, agregada, proveniente del SiNASP para revisar sus planes y estrategias de Seguridad del Paciente y elaborar recomendaciones para la mejora.

# Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la Seguridad del Paciente como la reducción del riesgo de daños innecesarios para el paciente hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro. El daño relacionado con la atención sanitaria es el daño que se deriva de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

Está ampliamente reconocido que los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. De hecho, los estudios a nivel internacional sugieren que alrededor del 10% de los pacientes hospitalizados sufren algún tipo de evento adverso. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos. El abordaje y la mejora de la Seguridad del Paciente, por lo tanto, se están convirtiendo en objetivos clave de los sistemas sanitarios de nuestro entorno.

La Ley de Cohesión<sup>1</sup> hace referencia, en el artículo 59 del capítulo VI, al registro de acontecimientos adversos sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema de seguridad para el paciente.

El Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) incluye como estrategia nº 8 «Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros Sanitarios del Sistema Nacional de Salud». Uno de los objetivos establecidos para alcanzar dicha mejora es «Diseñar y establecer un sistema para la comunicación de los incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente». Este objetivo se materializó con el diseño, desarrollo e implantación del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), sistema desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para el Sistema Nacional de Salud.

El SiNASP ha sido específicamente desarrollado para dar respuesta a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, como muestra el hecho de haber implicado a los distintos grupos de interés en su diseño (pacientes, profesionales a través de las Sociedades Científicas, expertos en seguridad y representantes de las Comunidades Autónomas). Tras la finalización del sistema en el año 2009 se ha llevado a cabo un proceso de implantación progresiva en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, a través de las Comunidades Autónomas. A principios de 2014 el sistema

se encuentra implantado en más de 55 hospitales de 8 Comunidades Autónomas: Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, Murcia y Navarra. En el año 2013 se desarrolló la adaptación del sistema para los centros de Atención Primaria, que está ya comenzando a implantarse en los centros. Antes de final del año 2014, se incorporarán también al SiNASP Asturias e INGESA.

El objetivo del SiNASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir de la notificación y el análisis de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente, es decir, eventos o circunstancias que han ocasionado o podrían haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. El estudio de estas situaciones, del contexto en el que ocurrieron, de los riesgos latentes y de los factores que contribuyeron a su aparición se realiza con el fin de promover los cambios necesarios en el sistema para evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro. El énfasis principal del sistema, por lo tanto, está en el aprendizaje para la mejora.

SiNASP es un sistema de notificación genérico, voluntario, confidencial, no punitivo y que recoge notificaciones tanto anónimas como nominativas, en este último caso con posterior borrado de datos de identificador del notificador (de-identificación). Los profesionales sanitarios son los encargados de notificar los incidentes de seguridad que identifican en su trabajo. El análisis de los incidentes notificados al sistema se lleva a cabo principalmente a nivel local, es decir, en el propio centro sanitario en que ocurrió el incidente, pues es necesario llevar a cabo un análisis sistémico centrado en examinar las «condiciones latentes» del sistema que permitieron la ocurrencia del incidente. Es también el propio centro sanitario quien implementa planes de mejora de los sistemas de trabajo que ayuden a prevenir la ocurrencia de eventos similares en el futuro.

Aunque el análisis de incidentes y la implantación de mejoras se llevan a cabo principalmente en los centros sanitarios, parte de la información notificada al SiNASP se agrega a niveles superiores (Comunidades Autónomas y Sistema Nacional de Salud) para que puedan llevar a cabo análisis de datos agregados de las notificaciones de todos los centros que utilizan el SiNASP, con el objetivo de compartir las lecciones aprendidas y prevenir que otras organizaciones sufran los mismos incidentes.

Este es el primer informe sobre los incidentes notificados al SiNASP por el conjunto de los hospitales que utilizan el sistema. El objetivo de este informe es aportar información sobre los incidentes de seguridad que se notifican en nuestro entorno, con el fin de avanzar en la sensibilización de los profesionales y gestores sanitarios sobre la importancia de la Seguridad del Paciente. Además, el análisis de los tipos de incidentes más frecuentemente notificados sirve también para recordar estrategias y recomenda-

ciones de mejora que pueden ser útiles para el conjunto de los centros del Sistema Nacional de Salud.

El funcionamiento del SiNASP y su capacidad de mejorar la Seguridad del Paciente dependen del tiempo y el esfuerzo que dedican los profesionales sanitarios para notificar los incidentes que identifican durante su práctica asistencial. El proceso de notificación es un reflejo de su compromiso con la mejora continua de la Seguridad del Paciente y de su confianza en que la información que facilitan será utilizada para prevenir la recurrencia de incidentes de seguridad y no para otros fines. La identificación de profesionales, centros o Comunidades Autónomas en las que se han notificado los incidentes no sería útil para avanzar en el aprendizaje y la mejora en materia de seguridad y, por el contrario, podría llevar a reacciones defensivas o competitivas, por lo que se ha evitado totalmente en este informe. Se presentan únicamente datos globales y ejemplos individuales que permitan conocer las principales áreas en las que es necesario implementar estrategias de reducción de riesgos para prevenir la recurrencia de incidentes similares en el futuro.

Aunque no sea posible un reconocimiento personalizado, sí que es necesario destacar y agradecer el enorme esfuerzo realizado por los profesionales sanitarios que han notificado los incidentes de seguridad y por los gestores del SiNASP a nivel de centro y de Comunidad Autónoma en la gestión del sistema.



# Breve explicación del SiNASP

## Desarrollo del SiNASP

La creación de un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos era uno de los objetivos incluidos en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, en el marco de la Estrategia en Seguridad de Pacientes desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El SiNASP ha sido específicamente desarrollado para dar respuesta a las necesidades de las organizaciones sanitarias de nuestro país, como muestra el hecho de haber implicado a los distintos grupos de interés en su diseño (pacientes, profesionales a través de las Sociedades Científicas, expertos en seguridad y representantes de las Comunidades Autónomas).

En la figura 1, se muestra este proceso de desarrollo

<b>Figura 1. Proceso seguido para el desarrollo del SiNASP</b>	
<b>2007</b>	• Revisión de la literatura y visitas a sistemas de notificación nacionales de otros países
	• Encuesta a representantes de CCAA y expertos en Seguridad del Paciente
	• Dos grupos focales con pacientes
<b>2008</b>	• Definición de los principios básicos del SiNASP
	• Encuesta a los profesionales a través de las Sociedades Científicas
	• Desarrollo de la aplicación informática
<b>2009</b>	• Prueba piloto en 2 hospitales de distintas CCAA
	• Prueba piloto ampliada en 23 hospitales de 2 CCAA
<b>2010</b>	• Implantación progresiva del sistema
<b>2013</b>	• Adaptación de las aplicaciones a los centros de Atención Primaria

## Objetivos del SiNASP

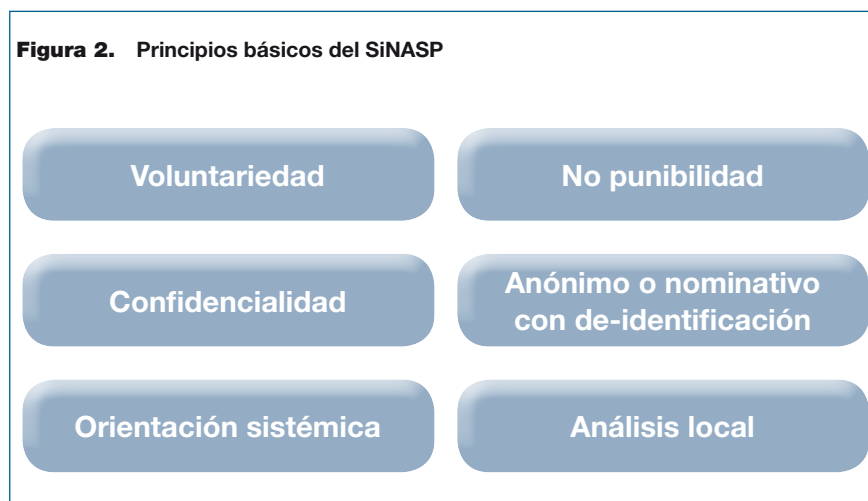
El objetivo del sistema de notificación es la mejora de la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.

El estudio de estas situaciones, del contexto en el que ocurrieron, de los riesgos latentes preexistentes y de los factores que contribuyeron a su aparición se realiza con el fin de promover los cambios necesarios en el sistema para evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro.

El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora a partir del análisis de las notificaciones, identificando nuevos riesgos, tendencias, factores de riesgo y factores contribuyentes. La comunicación y registro de casos, por lo tanto, no es una finalidad en sí misma sino sólo el medio necesario para facilitar el aprendizaje y promover cambios.

## Principios básicos del SiNASP

Los principios básicos del SiNASP son los pilares en los que se basa el sistema, sus características básicas e irrenunciables. Estos principios determinan y condicionan el diseño y el contenido del sistema, así su estructura organizativa y funcional. La adopción de estos principios básicos es un requisito ineludible para implantar el SiNASP en cualquier Comunidad Autónoma y centro sanitario.



## Incidentes que se notifican al SiNASP

El SiNASP es un sistema de notificación genérico, que recoge información sobre todo tipo de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente,



entendiendo como tal los eventos o circunstancias que han ocasionado o podrían haber ocasionado un daño innecesario a un paciente<sup>ii</sup>.

Los incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente se pueden clasificar en función de dos variables: (1) si el incidente llegó o no al paciente y, (2) en caso de llegar al paciente, si le causó o no algún daño:

- Incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente: circunstancia o incidente con capacidad de causar error, que podría haber causado un daño pero no lo llegó a causar, bien por suerte o bien porque fue interceptado antes de llegar al paciente.
- Incidentes sin daño: incidentes que no causaron daño, aunque sí llegaron al paciente.
- Eventos adversos: incidentes que han producido daño al paciente.

El SiNASP recoge información de todos estos tipos de incidentes, puesto que todos ellos aportan información relevante para el aprendizaje.

Exclusiones: Se excluyen del sistema de notificación los sabotajes, es decir, las infracciones graves, desviaciones deliberadas de las normas dirigidas a causar daño al paciente o al sistema. Estos incidentes tienen implicaciones legales obvias y su utilidad desde el punto de vista del aprendizaje y la gestión de riesgos es limitada, por lo que deben ser gestionados por los cauces habituales. Ejemplos de aspectos a excluir serían abuso de pacientes, actos considerados criminales, prácticas inseguras intencionadas (se refiere a cuando el profesional sanitario causa daño intencionado con sus acciones) o actuaciones bajo los efectos de drogas.

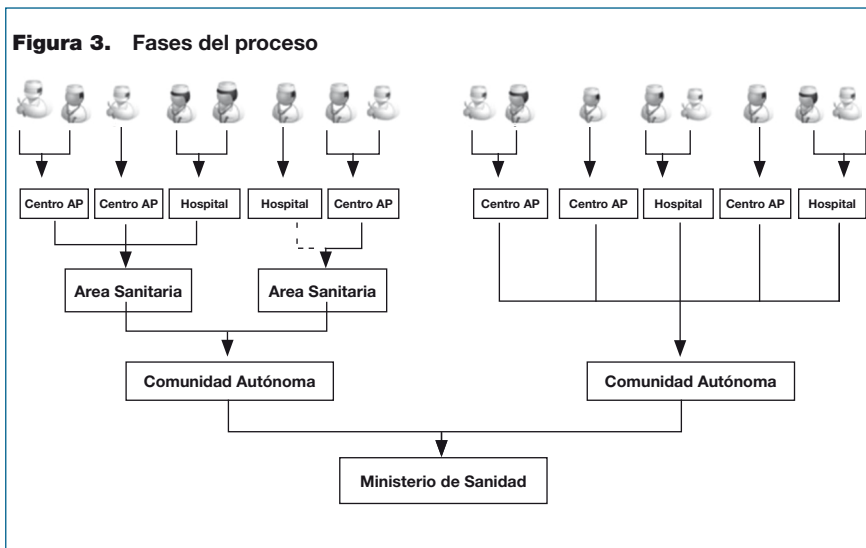
## Estructura general del SiNASP

El SiNASP es un sistema estatal, desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para el Sistema Nacional de Salud. El MSSSI lleva a cabo la gestión global del sistema y facilita su utilización por parte de los centros sanitarios mediante un proceso de implementación coordinado y liderado por los responsables de las Comunidades Autónomas correspondientes.

La estructura del SiNASP se puede reflejar gráficamente como una pirámide invertida que comienza con la notificación de incidentes de seguridad por parte de los profesionales y continúa con cuatro niveles de agregación y acceso a la información para el análisis de incidentes:

1. Centro sanitario
2. Área Sanitaria
3. Comunidad Autónoma
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

En función del sistema organizativo de cada Comunidad Autónoma, el nivel de Área Sanitaria podría dejarse vacante sin que esto afectase al funcionamiento del sistema, tal como refleja la siguiente figura:



El nivel de acceso a la información contenida en el SiNASP por parte de los gestores de los distintos niveles está relacionado con las responsabilidades y funciones definidas para dicho nivel. Los profesionales sanitarios únicamente acceden al área pública del sistema, mientras que los demás niveles reflejados en la figura acceden también al área de gestor del sistema, que es distinta para cada uno de estos niveles.

## Proceso de gestión, aprendizaje y mejora

**Figura 4.** Fases del proceso de gestión de incidentes



El proceso de gestión de incidentes de seguridad a nivel de centro sigue un proceso estructurado compuesto por seis fases, que comienza con la detección del incidente por parte de un profesional sanitario y termina con la información a todos los trabajadores de la organización sobre el trabajo realizado.

Estas seis fases representan la secuencia lógica de los procesos de trabajo centrados en la mejora de Seguridad del Paciente (detección y análisis de problemas, seguido de implementación de mejoras) y se refleja en la estructura y el sistema de funcionamiento de la aplicación SiNASP.

### Características de la aplicación SiNASP

La aplicación SiNASP es una aplicación Web, por lo que no requiere instalación a nivel de centro, únicamente acceso a internet. Está compuesta de un área pública (Portal SiNASP) que incluye el cuestionario de notificación y un área privada (Área de gestor del Sistema) para la gestión de las notificaciones:

**Portal SiNASP** es el área pública del sistema, de acceso libre. El portal SiNASP es el medio de difusión de las lecciones aprendidas a partir del aná-

lisis de las notificaciones, información disponible para todos los profesionales interesados en la Seguridad del Paciente (independientemente de si utilizan el sistema). También tiene información general del sistema y guías para su utilización. Contiene:

El cuestionario de notificación: es un cuestionario estructurado para recoger información de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente. Contiene diversas ayudas para facilitar su utilización. Sólo los profesionales de los centros dados de alta en el sistema acceden al cuestionario.

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

https://fado.net/sinasp/

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud

Código Notificación: 11320918  
Fecha Notificación: 15-12-2009

VER GUÍA SI NASP

INCIDENTE ID

INCIDENTE ID

PACIENTE

FACTORES CONTRIBUYENTES

MEDIDAS DE REDUCCIÓN DEL RIESGO

FINALIZAR NOTIFICACIÓN

CONTINUAR EN OTRO MOMENTO

PACIENTE

Resultados en el paciente

Tipo de incidente

Tipo de incidente

Situación con capacidad de causar un incidente

Incidente que no llegó al paciente

Incidente que llegó al paciente

Grado de daño

El incidente llegó al paciente pero no le causó daños

No causó daño, pero el paciente precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño

Causó daño temporal y precisó intervención

Causó daño permanente

Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida

Causó la muerte del paciente

Tipo de daño

Físico  Psicológico

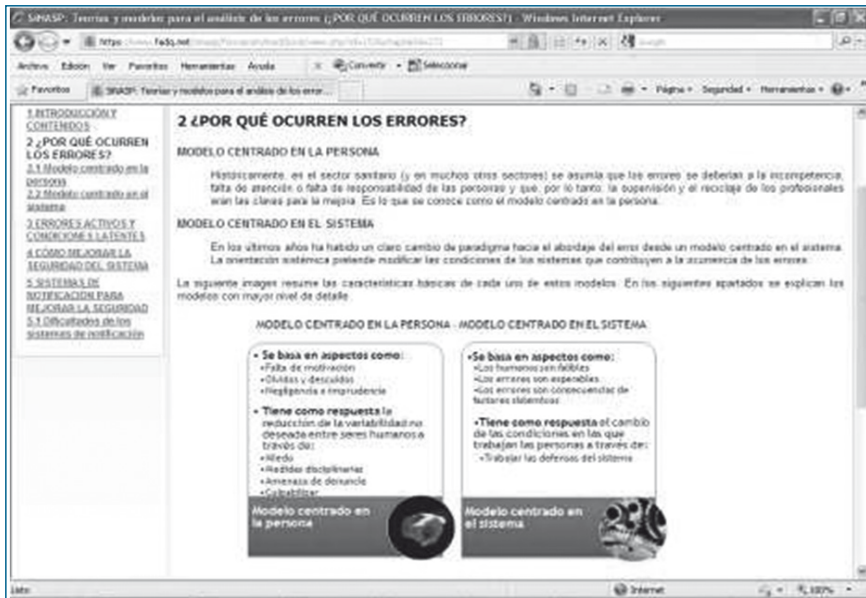
Social  Desconocido

Otro

Terminado

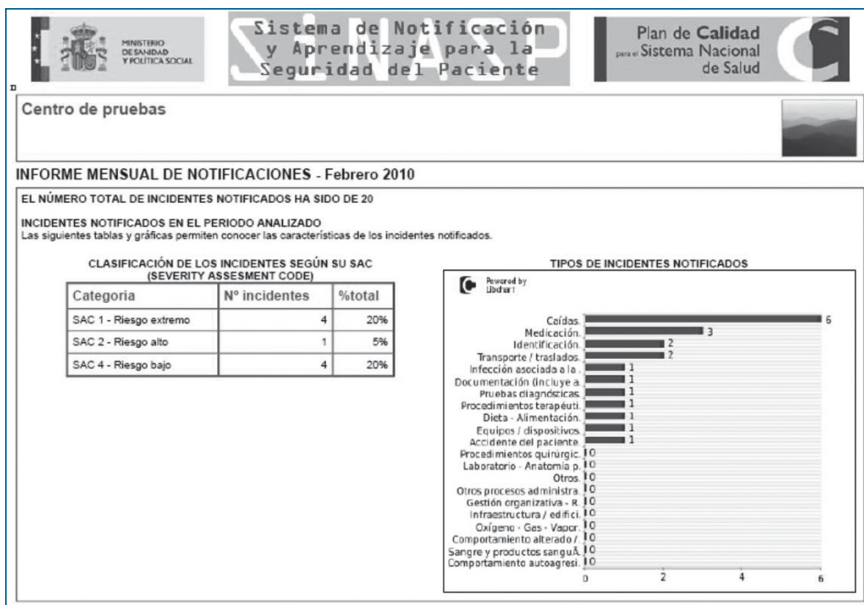
fado.net

**Curso online sobre Seguridad del Paciente y SiNASP para hospitales.** Está acreditado con 4 créditos de formación continuada y supone una ayuda importante para facilitar el proceso interno de formación e información de los profesionales en los centros que utilizan el sistema.



**Área del gestor** es el área restringida del sistema. A través de esta aplicación, los gestores del SiNASP de los centros acceden a herramientas que facilitan la gestión de las notificaciones. Contiene cinco apartados:





Área de gestión del centro, que permite adaptar el SiNASP al centro (logo, personalización de los servicios, texto de respuesta estándar, etc.).

Área de análisis de las notificaciones, que contiene filtros y herramientas para facilitar la gestión y el análisis, así como el seguimiento de las mejoras.

Área de elaboración y monitorización de planes de mejora resultantes del análisis de las notificaciones.

Área de elaboración de informes. El gestor del sistema escoge las tablas y los gráficos que desea y la herramienta los inserta automáticamente en el informe. Dispone también de editor de textos para información cualitativa.

Indicadores de monitorización: presenta datos del centro comparados con el resto de los centros que utilizan el sistema.

# Objetivos

Este informe pretende proporcionar a los profesionales y gestores sanitarios información sobre qué tipo de incidentes de seguridad pueden ocurrir (y de hecho ocurren) a los pacientes atendidos en algunos hospitales del Sistema Nacional de Salud y, sobre todo, información acerca de cómo y por qué ocurren dichos incidentes.

Los objetivos de este informe son:

- Fomentar la cultura de Seguridad del Paciente en las organizaciones sanitarias, incrementando el conocimiento sobre los riesgos inherentes a las organizaciones sanitarias a partir de la revisión de incidentes y riesgos reales que han sido identificados por los profesionales sanitarios en nuestro entorno.
- Compartir conocimiento entre organizaciones, mediante la transmisión de lecciones aprendidas por los hospitales que utilizan el SiNASP a partir de la identificación, la notificación y el análisis de incidentes de seguridad.

Es importante destacar que el objetivo del SiNASP, como el de cualquier sistema de notificación, *no* es evaluar ni monitorizar la Seguridad del Paciente en los centros en los que se utiliza. Los sistemas de notificación sólo son un mecanismo de identificación de riesgos, para que las organizaciones puedan implementar intervenciones para reducir dichos riesgos. No son en ningún caso un sistema de vigilancia.

Para comprender adecuadamente este informe es importante recordar que los incidentes notificados al SiNASP son sólo una parte de todos los problemas de seguridad que ocurren en los centros, pues la literatura internacional indica una importante infra-notificación en estos sistemas. Los incidentes más notificados no son necesariamente representativos de los más prevalentes, pueden simplemente reflejar aquellos aspectos que más preocupan a los profesionales desde el punto de vista de la seguridad. También es importante destacar que un alto volumen de notificaciones no refleja un sistema sanitario poco seguro sino, muy al contrario, un entorno en el que los profesionales son conscientes de la importancia de mejorar la Seguridad del Paciente y confían en el sistema de notificación como uno de los medios para lograrlo.

Finalmente, es imprescindible recordar que la ocurrencia de problemas de seguridad no refleja profesionales poco motivados. Todo lo contrario, los profesionales que notifican reflejan interés por mejorar la seguridad de la atención sanitaria. Los problemas de seguridad ocurren en las mejores

organizaciones y a los mejores profesionales. El error forma parte de la naturaleza humana y, por ello, la identificación y el análisis de problemas de seguridad están orientados a identificar los factores en los sistemas de trabajo que se pueden reforzar, creando entornos sanitarios más seguros en los que se minimice la posibilidad de cometer errores.



# Alcance

Este informe está basado en **los incidentes notificados al SiNASP durante el año 2013** por el conjunto de hospitales que utilizan el sistema.

El SiNASP se ha implantado de forma progresiva en las Comunidades Autónomas que lo utilizan. Aunque a finales de 2013 había 8 Comunidades Autónomas utilizando el SiNASP, tres de ellas han comenzado a utilizarlo a finales del año, por lo que en este informe no se incluyen incidentes notificados de estos centros.

**Figura 1. Comunidades Autónomas que utilizan el SiNASP**

	Comunidad Autónoma	Fecha de implantación	Nº hospitales que utilizan SiNASP
1	Castilla-La Mancha	Enero 2010	10
2	Galicia	Octubre 2010	15
3	Murcia	Febrero 2011	10
4	Cantabria	Marzo 2012	3
5	Canarias	Febrero 2013	5
6	Aragón	Octubre 2013	5
7	Extremadura	Octubre 2013	5
8	Navarra	Octubre 2013	3

Este informe, por lo tanto, incluye los incidentes de Seguridad del Paciente notificados por 43 hospitales de 5 Comunidades Autónomas: 38 hospitales de 4 Comunidades Autónomas a lo largo de todo el año 2013 y 5 hospitales de otra Comunidad Autónoma (Canarias) durante aproximadamente medio año. No se incluyen casos notificados por centros de Aragón, Extremadura y Navarra.

Los incidentes notificados al SiNASP son analizados en primer lugar por los gestores del sistema en el propio centro sanitario en el que se notificaron, con el fin de implementar las medidas de reducción de riesgos necesarias a nivel local. Como parte de este análisis, el gestor del SiNASP puede solicitar información adicional sobre el incidente al notificante para cumplimentar o modificar la documentación del caso. Cuando ha terminado este proceso de análisis, el gestor cambia el estado de la notificación a «cerrado». En este informe se incluyen las notificaciones que ya han sido analizadas por los centros y que se consideran cerradas, por lo que su información es ya definitiva. A mediados de febrero de 2014 ya se habían

analizado y cerrado 2.739 de los 2.944 incidentes notificados al SiNASP en 2013, que son los casos incluidos en este informe.

Al final del informe se incluye un apartado sobre los incidentes notificados desde los centros de Atención Primaria. Estos incidentes se han analizado en un apartado independiente por estar aún en una fase de pilotaje previo a la implantación definitiva del sistema.

# Incidentes notificados al SiNASP en el año 2013

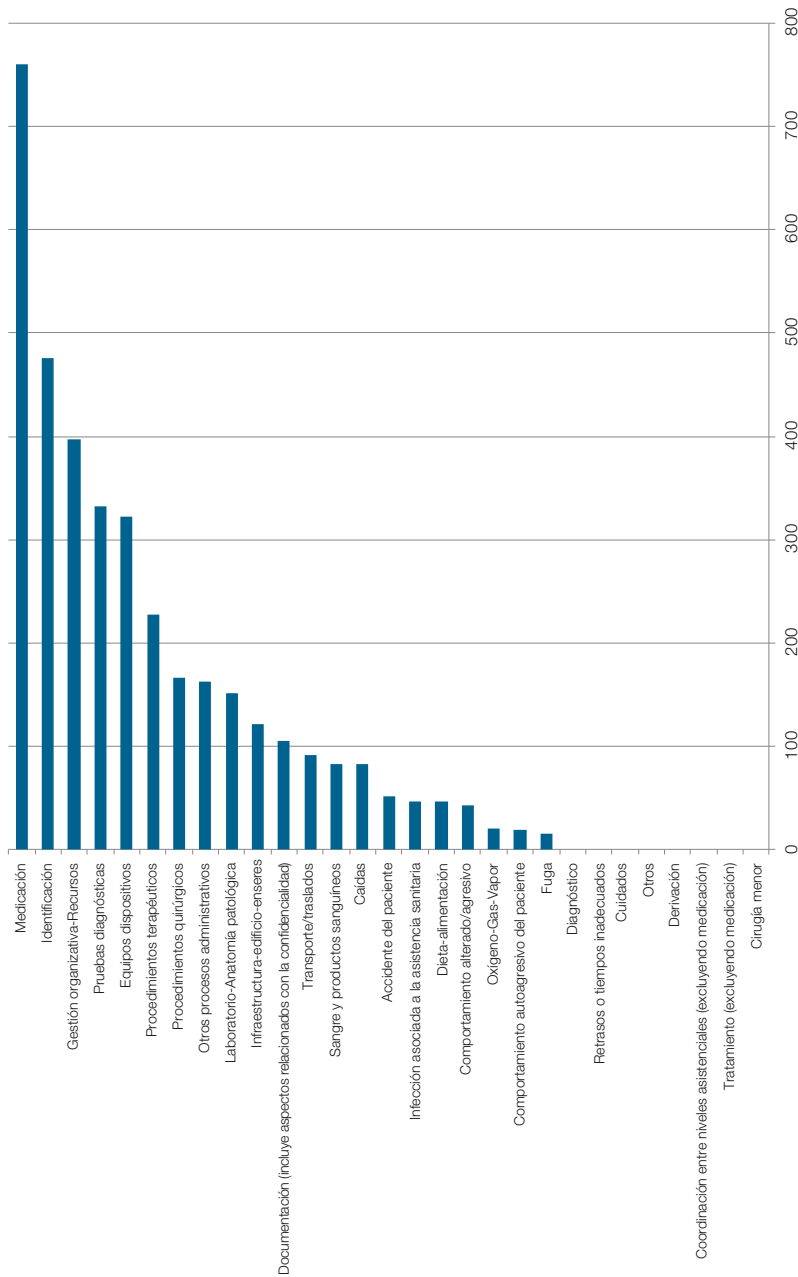
Este informe se basa en el análisis de un total de **2.739 incidentes** notificados al SiNASP en el año 2013 por los profesionales sanitarios de un total de 43 hospitales de 5 Comunidades Autónomas. Aunque no son objeto de este informe, merece la pena destacar que al SiNASP se han notificado más de 14.000 incidentes desde que comenzó su implantación.

## 1. Análisis global de los incidentes notificados

### Tipo de incidente

En la gráfica 1 se muestra la clasificación de los incidentes notificados según tipo de incidente. Es importante tener en cuenta que un mismo incidente puede categorizarse en más de una variable (hasta un máximo de 5) porque puede afectar a varios temas. Por ejemplo la realización de una radiografía al paciente equivocado por una incorrecta identificación del paciente se podría categorizar como incidente de pruebas diagnósticas y también como incidente de identificación del paciente.

**Gráfica 1. Tipo de incidentes notificados al SINASP**



Como puede observarse en la gráfica, se han notificado un total de 758 incidentes relacionados con la medicación, lo que supone el tipo más frecuente de incidente (27,7%). En segundo lugar están los incidentes relacionados con la identificación del paciente (474 incidentes, 17,3%), seguidos por incidentes relacionados con la gestión organizativa – recursos (395 incidentes, 14,4%).

Como los incidentes de medicación e identificación son los más frecuentemente notificados, en el apartado 2 de este informe se hace un análisis en mayor profundidad de estos tipos de incidentes. Para el tercer tipo de incidente analizado en profundidad, se decide sustituir los incidentes relacionados con gestión organizativa – recursos (que suelen ser muy específicos de cada centro sanitario y tienen menor capacidad de aprendizaje para el conjunto de los centros) por caídas, que tienen características y estrategias de prevención más comunes.

## 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 clasifican en función del lugar principal en que ocurrió.

Area	Nº Incidentes	%
Unidades de hospitalización	1174	42,94%
Servicios centrales	434	15,87%
Unidades de cuidados intensivos	300	10,97%
Bloque quirúrgico	291	10,64%
Urgencias	269	9,84%
Servicios de apoyo/ Otros	103	3,77%
CCEE	81	2,96%
Hospital de día	53	1,94%
Sala de partos	29	1,06%
<b>TOTAL</b>	<b>2734</b>	<b>100,00%</b>

Calculado sobre los incidentes en los que consta el área (2734) de un total de 2739 incidentes analizados en este informe (un 99,82% del total)

Casi la mitad (43%) de los incidentes notificados al SiNASP sucedieron en unidades de hospitalización, seguidos por servicios centrales (16%). Las unidades de cuidados intensivos y el bloque quirúrgico suponen cada una entre un 10 y un 11% de los casos, es decir, alrededor de 300 incidentes notificados de cada una de estas áreas. Un volumen muy similar de casos (269) ha sido notificado desde urgencias, suponiendo casi un 10% del total.

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

## Profesión del notificante

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

<b>Tabla 3. Profesión del notificante</b>		
<b>Profesión del notificante</b>	<b>Nº Incidentes</b>	<b>%</b>
Enfermero	1522	55,57%
Médico	642	23,44%
Farmacéutico	264	9,64%
Técnico especialista en radiodiagnóstico	61	2,23%
Otros profesionales sanitarios	60	2,19%
Auxiliar de enfermería	56	2,04%
Técnico especialista en laboratorio	56	2,04%
Otros	40	1,46%
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)	13	0,47%
Matrona	12	0,44%
Fisioterapeuta	10	0,37%
Técnico/ Auxiliar de farmacia	3	0,11%
<b>TOTAL</b>	<b>2739</b>	<b>100,00%</b>

Como en la mayoría de los sistemas de notificación del mundo, los profesionales de enfermería son los profesionales que más utilizan el sistema, habiendo realizado más de la mitad de las notificaciones. Los médicos han

sido responsables del 23 % de las notificaciones y en tercer lugar están los farmacéuticos, autores de casi el 10% de los casos.

## Consecuencia de los incidentes en los pacientes

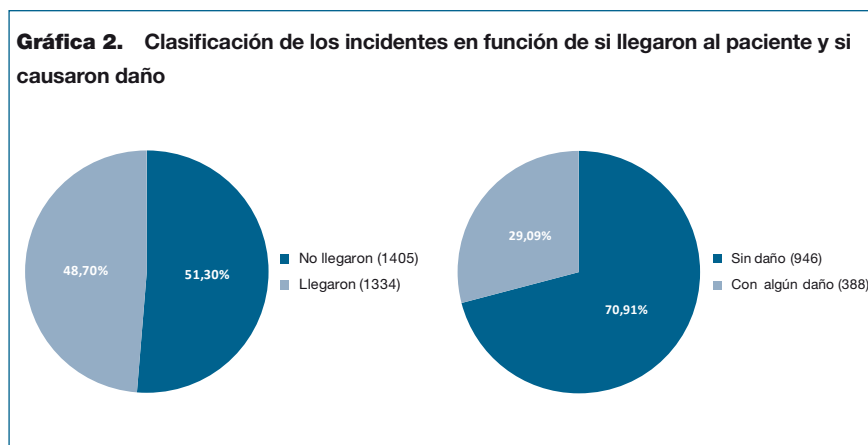
El SiNASP recoge información sobre todo tipo de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente, entendiendo como tal los eventos o circunstancias que han ocasionado o podrían haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Esto incluye circunstancias con capacidad de causar un incidente, incidentes que no llegan al paciente (porque algún profesional los detecta antes o simplemente por casualidad) e incidentes que sí que alcanzan al paciente, en cuyo caso pueden causar distintos tipos de daño que van desde daño inexistente o inapreciable hasta contribuir o provocar la muerte del paciente.

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

<b>Tabla 4. Consecuencias de los incidentes en los pacientes</b>		
<b>Categoría</b>	<b>Nº Incidentes</b>	<b>%</b>
<b>Situación con capacidad de causar un incidente</b>	<b>797</b>	29,10%
<b>Incidente que no llegó al paciente</b>	<b>608</b>	22,20%
<b>Incidente que llegó al paciente</b>	<b>1334</b>	48,70%
<b>El incidente llegó al paciente pero no le causó daños</b>	<b>689</b>	25,16%
– No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	257	9,38%
– Causó daño temporal y precisó intervención	249	9,09%
– Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	83	3,03%
– Causó daño permanente	7	0,26%
– Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida	41	1,50%
– Contribuyó o causó la muerte del paciente	8	0,29%
<b>TOTAL</b>	<b>2739</b>	100,00%

A modo de resumen, esta información se agrupa en dos categorías en las siguientes gráficas: en la gráfica de la izquierda se clasifican los incidentes en función de si llegaron o no al paciente y en la gráfica de la derecha se muestran

sólo los incidentes que sí que llegaron al paciente clasificados en función de si causaron algún daño al paciente o no.



## Riesgo asociado a los incidentes

Para la clasificación de los incidentes notificados se utiliza una versión modificada de la matriz del «Severity Assessment Code» (SAC). Esta matriz facilita la cuantificación del nivel de riesgo asociado a un determinado incidente en función de dos variables: la gravedad de las consecuencias del incidente en el paciente (cubierto en el apartado anterior) y su probabilidad de recurrencia (con cinco alternativas de respuesta que van desde muy infrecuente a frecuente). El sistema de clasificación de estas variables queda reflejado en la tabla 5.



**Tabla 5. Cálculo del riesgo asociado a un incidente (SAC)**

		Frecuente	Probable	Ocasional	Poco frecuente	Muy infrecuente
<b>Catastrófico</b>	7. El incidente contribuyó o causó la muerte del paciente	Extremo	Extremo	Extremo	Extremo	Alto
<b>Crítico</b>	6. El incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
	5. El incidente contribuyó o causó daño permanente al paciente	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
<b>Moderado</b>	4. El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado
	3. El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado
<b>Menor</b>	2. 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
<b>Mínimo</b>	1. El incidente llegó al paciente, pero no le causó daño	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

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

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

**Tabla 6. Incidentes clasificado por SAC**

Categoría	Nº Incidentes	%
SAC 1 - Riesgo extremo	19	0,69%
SAC 2 - Riesgo alto	194	7,08%
SAC 3 - Riesgo medio	476	17,38%
SAC 4 - Riesgo bajo	644	23,51%
Sin SAC	1406	51,33%
<b>TOTAL</b>	<b>2739</b>	100,00%

Más de la mitad de los incidentes no tienen SAC porque no alcanzan al paciente. A partir de ahí, el porcentaje de incidentes va disminuyendo a medida que aumenta el SAC, hasta llegar al SAC 1 (riesgo extremo) que supone menos del 1% de los incidentes.

## Factores contribuyentes a la aparición del incidente

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

**Tabla 7. Factores contribuyentes de los incidentes notificados**

<b>Factores</b>	<b>Nº Factores Contribuyentes</b>	<b>%</b>
<b>Factores profesionales</b>	<b>1311</b>	40,33%
– Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	686	21,10%
– Comportamiento/ conducta de los profesionales	474	14,58%
– Problemas de comunicación	366	11,26%
– Factores estresantes/emocionales/fatiga	205	6,31%
– Otros factores de los profesionales	99	3,05%
<b>Factores de la organización</b>	<b>995</b>	30,61%
– Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	635	19,53%
– Recursos humanos insuficientes/ carga de trabajo	274	8,43%
– Cultura de la organización	241	7,41%
– Problemas en el trabajo en equipo	216	6,64%
<b>Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento</b>	<b>559</b>	17,19%
<b>Factores relacionados con el paciente</b>	<b>215</b>	6,61%
– Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	87	2,68%
– Paciente con enfermedad crónica	68	2,09%
– Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	51	1,57%
– Otros factores relacionados con el paciente	14	0,43%
<b>Factores externos</b>	<b>91</b>	2,80%
<b>Otros</b>	<b>80</b>	2,46%
<b>TOTAL (*)</b>	<b>3251</b>	100,00%

(\*) El total puede superar el nº de incidentes notificados porque en un incidente pueden identificarse varios factores contribuyentes

## 2. Análisis de los tipos de notificaciones más frecuentes

En este apartado se hace un análisis en profundidad de estos tres tipos de incidentes más frecuentemente notificados: incidentes de medicación, identificación y caídas.

### Incidentes relacionados con la medicación

#### Características de los incidentes

En el año 2013 se notificaron al SiNASP **758** incidentes relacionados con la medicación.

Respecto al tipo de incidente, los incidentes de medicación más frecuentemente notificados están relacionados con dosis incorrecta y medicamento erróneo. La mayoría de los incidentes están relacionados con otros temas además de la medicación, principalmente con identificación del paciente (57 casos), gestión organizativa – recursos (51) y procedimientos terapéuticos (44). La siguiente tabla detalla el tipo de incidente de medicación notificado, según la categorización de los notificantes:

<b>Tabla 8. Tipo de incidentes de medicación notificados al SiNASP (clasificación adicional)</b>		
<b>Tipo de incidente</b>	<b>Nº Incidentes de este tipo</b>	<b>%</b>
<b>Medicación</b>	<b>758</b>	74,39%
– Dosis incorrecta	155	15,21%
– Medicamento erróneo	129	12,66%
– Omisión de dosis o de medicamento	88	8,64%
– Otros	74	7,26%
– Frecuencia de admisión errónea	57	5,59%
– Paciente equivocado	35	3,43%
– Error de preparación/manipulación/ acondicionamiento	31	3,04%
– Hora de administración incorrecta	19	1,86%
– Vía de administración errónea	16	1,57%
– Monitorización insuficiente del tratamiento	15	1,47%
– Velocidad de administración errónea	13	1,28%

**Tabla 8. Tipo de incidentes de medicación notificados al SINASP (clasificación adicional) (Continuación)**

Tipo de incidente	Nº Incidentes de este tipo	%
– Forma farmacéutica errónea	12	1,18%
– Técnica de administración incorrecta	11	1,08%
– Duración del tratamiento incorrecta	8	0,79%
– Medicamento deteriorado	2	0,20%
– Falta de cumplimiento por el paciente	1	0,10%
<b>Identificación</b>	<b>57</b>	<b>5,59%</b>
<b>Gestión organizativa -Recursos</b>	<b>51</b>	<b>5,00%</b>
<b>Procedimientos terapéuticos</b>	<b>44</b>	<b>4,32%</b>
<b>Documentación (incluye aspectos relacionados con la confidencialidad)</b>	<b>16</b>	<b>1,57%</b>
<b>Otros procesos administrativos</b>	<b>15</b>	<b>1,47%</b>
<b>Pruebas diagnósticas</b>	<b>14</b>	<b>1,37%</b>
<b>Equipos/ dispositivos</b>	<b>12</b>	<b>1,18%</b>
<b>Otros</b>	<b>12</b>	<b>1,18%</b>
<b>Procedimientos quirúrgicos</b>	<b>11</b>	<b>1,08%</b>
<b>Transporte/ traslados</b>	<b>6</b>	<b>0,59%</b>
<b>Comportamiento alterado/ agresivo</b>	<b>4</b>	<b>0,39%</b>
<b>Dieta - alimentación</b>	<b>3</b>	<b>0,29%</b>
<b>Oxígeno - Gas - Vapor</b>	<b>3</b>	<b>0,29%</b>
<b>Infección asociada a la asistencia sanitaria</b>	<b>3</b>	<b>0,29%</b>
<b>Laboratorio - Anatomía patológica</b>	<b>3</b>	<b>0,29%</b>
<b>Accidente del paciente</b>	<b>2</b>	<b>0,20%</b>
<b>Infraestructura/ edificio/ enseres</b>	<b>2</b>	<b>0,20%</b>
<b>Caídas</b>	<b>1</b>	<b>0,10%</b>
<b>Comportamiento autoagresivo del paciente</b>	<b>1</b>	<b>0,10%</b>
<b>Sangre y productos sanguíneos</b>	<b>1</b>	<b>0,10%</b>
<b>TOTAL (*)</b>	<b>1019</b>	<b>100,00%</b>

(\*) El total puede superar el nº de incidentes notificados porque algunos de estos se incluyen en uno o más tipos.

(\*\*) Al ser un campo de cumplimiento voluntario, no en todos los incidentes notificados se clasifica el tipo de incidente.

El lugar en el que ocurrieron los incidentes notificados es principalmente unidades de hospitalización (65%), urgencias (8,5%) y unidades de cuidados intensivos (8%).

Respecto a las consecuencias de los incidentes relacionados con la medicación, como se puede observar en la siguiente tabla, más de la mitad no llegaron al paciente. De los incidentes que sí que alcanzaron al paciente la mayoría no causaron ningún tipo de daño, aunque se notificaron 20 incidentes por los que el paciente requirió o alargó su hospitalización, 1 caso que causó daño permanente y 5 casos que comprometieron la vida del paciente y requirieron de alguna intervención para mantener su vida.

**Tabla 9. Consecuencias de los incidentes relacionados con la medicación en los pacientes**

<b>Categoría</b>	<b>Nº Incidentes</b>	<b>%</b>
<b>Situación con capacidad de causar un incidente</b>	<b>147</b>	19,39%
<b>Incidente que no llegó al paciente</b>	<b>265</b>	34,96%
<b>Incidente que llegó al paciente</b>	<b>346</b>	45,65%
– El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	188	24,80%
– No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	91	12,01%
– Causó daño temporal y precisó intervención	41	5,41%
– Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	20	2,64%
– Causó daño permanente	1	0,13%
– Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida	5	0,66%
<b>TOTAL</b>	<b>758</b>	100,00%

El riesgo asociado a los incidentes (Severity Assessment Code, SAC por sus siglas en inglés) tras analizar conjuntamente las consecuencias del incidente en el paciente y la probabilidad de recurrencia de un incidente similar se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 10. Incidentes de medicación clasificado por SAC**

Categoría	Nº Incidentes	%
SAC 2 - Riesgo alto	31	4,09%
SAC 3 - Riesgo medio	107	14,12%
SAC 4 - Riesgo bajo	208	27,44%
Sin SAC	412	54,35%
<b>TOTAL</b>	<b>758</b>	<b>100,00%</b>

### Principales temas abordados

Los más de 750 incidentes de medicación notificados al SiNASP cubren todas las fases de la cadena terapéutica. Al ser un número tan amplio de incidentes, en este informe se hace sólo un repaso general de los mismos, dejando su análisis en profundidad para informes monográficos.

El grado de prevención de los incidentes notificados también es muy variable, desde efectos secundarios a la medicación o reacciones alérgicas difícilmente prevenibles hasta incidentes provocados por errores en el circuito de gestión de medicamentos que se podían haber evitado.

### Ejemplos de incidentes notificados

A continuación se incluyen algunos ejemplos de incidentes relacionados con la medicación que se han notificado al SiNASP, con el fin de ilustrar con mayor nivel de detalle el tipo de incidentes que ocurren actualmente en los centros de nuestro entorno y ayudar así a establecer estrategias para su prevención. Algunos incidentes están resumidos o ligeramente modificados respecto a su versión original para facilitar su comprensión.

*Almacenamiento: La paciente presenta dolor intenso. Al ir a administrarle el analgésico pautado no lo hay en su cajetín (está pautado si dolor a demanda) ni en el stock (el cajetín del analgésico está vacío). Se solicita a la supervisora de noche, quien debe bajar a farmacia a por él, lo que demora la administración unos 30 minutos. Paciente muy ansiosa, empeorando su estado y aumentando la sensación de dolor.*

*Prescripción: Mujer de 63 que ingresa en una unidad de M.I., con tratamiento domiciliario con warfarina 1 mg c/24. Al pautarle en órdenes médicas su tratamiento anticoagulante, se produce un error en la pres-*

cripción y se le pauta acenocumarol 4 mg. Se administra durante 3 días. Al cuarto día, la paciente presenta un INR de 22.

*Prescripción / transcripción:* Paciente con calcio IV, órdenes en hoja de tratamiento en papel. Al iniciar hoja nueva, el facultativo no actualiza el tratamiento y escribe calcio oral. Enfermería en la transcripción de las órdenes interpreta que se suspende calcio IV y lo cambia por oral, y Farmacia también interpreta que al no repetir calcio IV en la nueva hoja el facultativo solo pauta calcio oral. El paciente presenta síntomas de hipocalcemia durante varios días por lo que se investiga cual puede ser la causa ya que tiene calcio pautado. Después de 1 semana aproximadamente, se descubre que el facultativo quería ambos tratamientos: calcio IV y oral. Se transcribe nuevamente el tratamiento y el paciente no presenta más síntomas de hipocalcemia.

*Prescripción / administración:* Haciendo una endoscopia urgente la doctora adjunta solicita de manera verbal administrar una medicación para sedar al paciente (propofol) sin indicar el porcentaje de dicha medicación: Cuando se inicia la exploración el enfermo se desatura con lo que hubo que retirar el endoscopio. La doctora pregunta a qué porcentaje se había administrado el propofol, cuando la enfermera le dice que al porcentaje habitual. o sea al 20%, la doctora manifiesta que se le había administrado el doble de cantidad que ella quería.

*Transcripción / validación:* Paciente con Tazocel ® y levofloxacino en su prescripción. El médico responsable suspende ambos tratamientos y prescribe Targocid ® (teicoplanina) y azitromicina. El enfermero de farmacia en vez de transcribir Targocid entiende Tazocel y el farmacéutico lo valida.

*Preparación:* Paciente tratado farmacológicamente con Lioresal ® (antiespasmódico), antihipertensivos, hipolipemiantes, medicación para la hiperplasia benigna de próstata y omeprazol. Ingresado en una Residencia Sociosanitaria que recibe atención farmacéutica desde un Servicio de Farmacia de Hospital. La medicación se prepara en bandejas semanales por una auxiliar de clínica y una enfermera, a partir de las hojas de tratamiento impresas del aplicativo de prescripción. En la preparación de la bandeja de este paciente se colocaron comprimidos de Ludiomil ® 25mg en lugar de Lioresal 25mg (ambas cajas son muy parecidas). El paciente tomó el medicamento equivocado durante 3 días. Se descubrió el error al intentar averiguar por qué se encontraba más somnoliento de lo normal.

*Administración:* Paciente pediátrico 3 meses de edad 5 kg peso se interviene de extirpación angioma en pierna dcha. Se administra medicación analgé-



*sica intravenosa: paracetamol y Nolotil ®. Unas horas más tarde nos percatamos que se ha administrado 10 veces la dosis por peso de paracetamol: En vez de 30mg-3ml se ha administrado 300mg-30ml: Confusión entre mg por ml. Se avisa al personal de guardia para que suspenda el paracetamol de la analgesia, se deja en observación y no se administra antídoto por no presentar clínica.*

*Preparación / administración: Se pautó por el médico a una paciente mesna oral. Este medicamento sólo se encuentra en formato de ampollas. Hay dos tipos, para vía intravenosa y para vía inhalada. La farmacéutica dijo que se podía tomar la ampolla con un poco de zumo. El servicio de farmacia nos mandó el formato de menar para vía inhalada, pero la enfermera no se dio cuenta. A la paciente se le dio por vía oral, un medicamento que era para inhalar. A la paciente le causó náuseas. El siguiente turno de enfermería se dio cuenta de que esa medicación no era la correcta, y se puso en contacto con la farmacéutica para ver los efectos secundarios de tomársela por vía oral.*

*Transición asistencial: El paciente ingresa por síndrome coronario agudo. En el 112 se le administra las dosis correspondientes de Aspirina ® y de clopidogrel. Al ingresar en UCI se prescribe esta misma medicación sin tener en cuenta que ya se le había dado una hora antes, administrándose ambos antiagregantes plaquetarios. Unas horas más tarde se debe de sondar al paciente. Se produce daño uretral y comienza con hematuria franca. Se avisa a urólogo que recoloca la sonda y se indican lavados vesicales.*

*Alergias: Paciente sin alergias medicamentosas conocidas previamente, durante un ingreso reciente se diagnostica de alergia a un antibiótico. Esto se refleja en el informe de alta del paciente, pero no en el historial de alergias de atención primaria. Tras el alta se le realiza una pequeña intervención ambulatoria, el paciente no comunica la reciente alergia y se pauta dicho antibiótico como profilaxis. El paciente toma el medicamento en su domicilio y acude a urgencias por reacción anafiláctica moderada.*

## Factores contribuyentes

Los notificantes consideraron que los factores contribuyentes más importantes para la ocurrencia de estos incidentes fueron los factores profesionales, que influyeron en la mitad de los casos (principalmente en relación con la formación o competencia de los profesionales, seguidos por problemas de comunicación), y los factores de la organización (entre los que destacan la falta o inadecuación de normas, protocolos y procedimientos de trabajo y los recursos humanos insuficientes o carga de trabajo excesiva). La siguiente gráfica muestra los factores que contribuyeron a la ocurrencia de los incidentes relacionados con la medicación.

**Gráfica 3. Factores contribuyentes de los incidentes relacionados con la medicación**



A partir del análisis conceptual de la descripción de los factores que contribuyeron a que ocurriesen los incidentes según los notificantes se identifican los siguientes temas:

- Errores provocados en toda la cadena de gestión de la medicación por la utilización de medicamentos con apariencia o nombre similar.
- Administración de medicamentos erróneos, dosis o vías de administración equivocadas, provocadas por prescripciones que no contienen toda la información necesaria o que contienen errores.
- Errores durante la transcripción por existencia de información poco clara o incompleta en la prescripción original y por no llevar a cabo sistemáticamente la confirmación de la información de la prescripción que no esté clara. En ocasiones los problemas de transcripción simplemente se deben a errores humanos y al riesgo inherente al propio proceso de transcripción.
- Circuitos de trabajo poco claros para el acceso a medicación cuando el paciente ingresa o cuando se le pauta una nueva medicación después del horario de distribución de medicación a las plantas.
- Stocks de planta que no tienen la medicación necesaria por no llevar a cabo de forma sistemática o completa el proceso de revisión de stocks y reposición de medicación.
- Problemas con los sistemas informáticos de prescripción y administración por diversos motivos: desconocimiento del funcionamiento de dichos sistemas por parte de los profesionales, utilización incorrecta de los mismos, dificultades para acceder a información importante por el modo en que está diseñado el sistema, etc.

- Incumplimiento de los protocolos de prescripción verbal (principalmente en cuanto a limitar las prescripciones verbales a situaciones críticas) y de comunicación verbal segura (que requiere repetir las órdenes verbales para confirmar que se han comprendido adecuadamente). O ausencia de dichos protocolos.
- Falta de conocimiento de los profesionales sobre algunos medicamentos que se utilizan de forma muy ocasional. O falta de conocimiento de profesionales por poca experiencia laboral o por falta de actualización de conocimientos.
- Falta de revisión sistemática de la medicación habitual del paciente y de todos los tratamientos previos que han recibido los pacientes en otros niveles asistenciales, e integración de esta información en la planificación de la medicación.
- Retrasos en la administración de medicación en momentos de sobrecarga de trabajo, principalmente cuando ocurren problemas inesperados con algún paciente.
- Sistemas de comunicación poco claros para transmitir información relevante entre profesionales, como por ejemplo alergias medicamentosas.

## Incidentes relacionados con la identificación del paciente

### Características de los incidentes

En el año 2013 se notificaron al SiNASP **474** incidentes relacionados con la identificación del paciente.

Respecto al tipo de incidente, la mitad de los 474 casos sólo estaban clasificados como incidentes de identificación pero la otra mitad estaba relacionada con algún otro tema además de la identificación del paciente. Entre los más frecuentes cabe destacar que 113 casos (13%) estaban relacionados también con pruebas diagnósticas, 57 casos (6,5%) estaban relacionados con el uso de medicación y 47 (5,3%) estaban relacionados Laboratorio– Anatomía Patológica.

El lugar en el que ocurrieron los incidentes de identificación fueron unidades de hospitalización (en el 36% de los casos), seguido por servicios centrales (27%) y urgencias (10%). Esta distribución es similar a la del conjunto de los incidentes notificados, aunque en el caso de identificación del paciente la proporción de incidentes que ocurren en la UCI y el bloque quirúrgico es menor que en el conjunto de los incidentes.

Respecto a las consecuencias de los incidentes relacionados con la identificación del paciente, como se puede observar en la siguiente tabla, más de la mitad no llegó al paciente. De los incidentes que sí que alcanzaron al paciente 117 no causaron ningún tipo de daño y otros 36 aunque tampoco causaron daño sí que precisaron algún tipo de intervención para confirmar que efectivamente no se había producido daño. Finalmente, 6 incidentes causaron daño temporal que requirió algún tipo de intervención y en 3 de estos casos llegó a prolongar la hospitalización.

**Tabla 11. Consecuencias de los incidentes de identificación en los pacientes**

Categoría	Nº Incidentes	%
<b>Situación con capacidad de causar un incidente</b>	<b>168</b>	35,44%
<b>Incidente que no llegó al paciente</b>	<b>147</b>	31,01%
<b>Incidente que llegó al paciente</b>	<b>159</b>	33,54%
– El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	117	24,68%
– No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	36	7,59%
– Causó daño temporal y precisó intervención	3	0,63%
– Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	3	0,63%
<b>TOTAL</b>	<b>474</b>	100,00%

El riesgo asociado a los incidentes (Severity Assessment Code, SAC por sus siglas en inglés) tras analizar conjuntamente las consecuencias del incidente en el paciente y la probabilidad de recurrencia de un incidente similar se muestra en la siguiente tabla: más del 60% de los incidentes no tienen un SAC asociado porque no llegaron al paciente. Más del 23% tienen riesgo considerado bajo. Alrededor del 10% de los incidentes tienen un riesgo considerado medio (45 casos) y menos del 1% tienen un riesgo alto (3 casos). No hay ningún incidente considerado de riesgo extremo.

**Tabla 12. Incidentes de identificación clasificados por SAC**

Categoría	Nº Incidentes	%
SAC 2 - Riesgo alto	3	0,63%
SAC 3 - Riesgo medio	45	9,49%
SAC 4 - Riesgo bajo	111	23,42%
Sin SAC	315	66,46%
<b>TOTAL</b>	<b>474</b>	<b>100,00%</b>

### Principales temas abordados

A partir del análisis conceptual de la descripción de los incidentes relacionados con la identificación que han sido notificados al SiNASP durante el año 2013 se identifican los siguientes temas:

- Traslado de pacientes y realización de pruebas diagnósticas y procedimientos sin confirmar la identidad del paciente a lo largo del proceso.
- Administración de medicación y sangre sin haber verificado previamente la identidad del paciente.
- Documentación de prescripciones, peticiones de pruebas y resultados de pruebas en la historia clínica del paciente equivocado.
- Comprobación de la identificación del paciente mediante un único identificador que puede coincidir con otros pacientes (como el nombre de pila) o mediante identificadores considerados no seguros (como el número de habitación, cama o box).
- Error en el etiquetado de muestras para pruebas diagnósticas, pérdida de etiquetas o etiquetas de identificación ilegibles.

### Ejemplos de incidentes notificados

A continuación se incluyen algunos ejemplos de incidentes relacionados con la identificación del paciente que se han notificado al SiNASP, con el fin de ilustrar con mayor nivel de detalle el tipo de incidentes que ocurren actualmente en los centros de nuestro entorno y ayudar así a establecer estrategias para su prevención. Algunos incidentes están resumidos o ligeramente modificados respecto a su versión original para facilitar su comprensión.

*La enfermera administra a la paciente medicación sedante que corresponde a la paciente de la **cama de al lado**. Como consecuencia la paciente*

*presentó somnolencia. Por insistencia de la familia se avisó a uno de los médicos responsables del Servicio, se descubrió el error y retrasó el alta durante 24 horas.*

*A una paciente ingresada le iban a realizar un TAC de señalización para inicio de tratamiento de Radioterapia. Cuando sube el celador a buscar a la paciente con la solicitud de la prueba y los datos de la paciente se encuentra que en esa habitación no había nadie. Ve cerca de la habitación a una paciente, le pregunta por el **nombre de pila** y coincide con la paciente que busca, por lo que la baja a hacer el TAC. **Realizan el procedimiento sin confirmar la identidad del paciente.** Después de realizar la prueba y subir con la paciente a la habitación es cuando se dan cuenta que no era de esa habitación. Al hablar con la enfermera les informa que la paciente que buscaban la habían trasladado a otra habitación.*

*Se realiza un ecocardiograma a una paciente que no lo tenía prescrito. El auxiliar que recoge a la paciente para la prueba, al no comprobar la identidad del paciente, baja a un paciente erróneo. El médico realiza la prueba **sin comprobar la identidad del paciente** (que llevaba pulsera de identificación y no se podía comunicar) e introduce los resultados del ecocardiograma en la historia de la paciente que la tenía solicitada. El incidente se detecta cuando la enfermera responsable pregunta dónde se encuentra su paciente, ya que sabe que no tiene ninguna prueba programada para ese día.*

*Para realizar aislamiento se traslada la paciente A a otra habitación. Un día más tarde ingresa la paciente B en la cama donde estaba la paciente A. Al día siguiente la paciente B le dice a su enfermera que tiene un cartel de «análisis» pero que no le han pinchado. Al preguntar a laboratorio confirma que sí tienen el volante y tubos con el nombre de la paciente B. En las prescripciones del paciente B no hay indicación de análisis pero la enfermera escribe «analítica pinchada» por lo que se sospecha que pinchó al paciente A **sin haber identificado al paciente** antes de extraer la sangre. Se pide parar la analítica por dudas de la identidad de la paciente.*

*Se entrega a un paciente el control de Sintrom® de otro. **Coincidía el nombre de pila.** Como consecuencia ha tomado más dosis y el enfermo tiene un INR elevado, sin sangrado. Se ha descubierto el error porque el enfermo ha acudido al centro al darse cuenta que no era su pauta (ha tardado tres días).*

*Un paciente comenta que le han administraron por vena un contraste para una prueba y quería saber de qué prueba se trataba. Al ver las peticiones del médico se comprueba que el paciente no tiene ninguna*

*prueba pendiente para la que precise contraste. Tras consultar con médico responsable del servicio de medicina nuclear se identifica que esta prueba estaba solicitada para otro paciente que tiene **el mismo nombre y mismo el primer apellido** que el paciente afectado.*

*El paciente A fue a Hospital de Día Oncológico a administrarse su tratamiento habitual de quimioterapia. El paciente B acudió a Hospital de Día Médico Quirúrgico a Transfundirse. **Ambos pacientes se llaman igual**. En la petición de transfusión por error no se había identificado completamente el lugar donde se debía realizar la transfusión (sólo se indicó Hospital de Día). El paciente A no fue revisado por el médico y cuando se le llamó del Hospital de Día oncológico a una hora antes de la prevista entró a ponerse tratamiento y no dijo nada cuando se le mencionó que iba a ser transfundido. Se inició la Transfusión al paciente incorrecto. Al poco tiempo el personal sanitario se dio cuenta del error. El paciente sufrió una reacción transfusional por cambio de grupo ABO al producirse la hemólisis tipo tiritona y nauseas, pero no sufrió sintomatología respiratoria porque se administró muy poca cantidad de hematíes y enseguida se le administro corticoides y suero.*

*Al hacer unas comprobaciones en unas muestras del día anterior se observa que **las muestras de dos pacientes están cambiadas entre sí**: Volante paciente A con código de barras AAAA tiene muestras con código AAAA pero etiqueta con demográficos del paciente B y volante de paciente B con código de barras BBBB tiene muestras con código BBBB pero etiqueta con demográficos del paciente A. Se anulan las dos analíticas con la incidencia «No coinciden demográficos de muestras y volante de petición» y se repiten las extracciones.*

*Se realizó analítica a dos pacientes, casi simultáneamente, con diferencia horaria de 20 minutos en la petición por escrito. Los resultados de un paciente no llegaron a laboratorio y llegaron dos muestras del otro paciente con 20 minutos de diferencia. Se tuvo que repetir la extracción a ambos.*

*Paciente que acude al servicio de radiodiagnóstico con el petitorio de RX a su nombre, el papel de cita cursada en el servicio de cita previa a nombre y **número de historia de otro paciente**.*

## Factores contribuyentes

Los notificantes consideraron que los factores contribuyentes más importantes para la ocurrencia de estos incidentes fueron los factores profesionales, que

influyeron en la mitad de los casos (principalmente en relación con la formación o competencia de los profesionales, seguidos por su conducta), y los factores de la organización (entre los que destacan la falta o inadecuación de normas, protocolos y procedimientos de trabajo y la cultura de la organización). La siguiente gráfica muestra los factores que contribuyeron a la ocurrencia de los incidentes relacionados con la identificación del paciente.



A partir del análisis conceptual de la descripción de los factores que contribuyeron a que ocurriesen los incidentes según los notificantes se identifican los siguientes temas:

- Incumplimiento de protocolos existentes en los centros para la identificación inequívoca de los pacientes y la identificación de muestras, bien por desconocimiento de dichos procedimientos por parte de los profesionales (por ser nuevos profesionales o profesionales que no han recibido formación) o bien porque a pesar de conocerlos no se siguen correctamente (por exceso de confianza, falta de comprensión de su importancia, prisa, olvidos, etc.).
- Infrutilización de los dispositivos disponibles para garantizar la correcta identificación de los pacientes (como lector de código de barras o pulsera de identificación) principalmente por dos motivos: poner la pulsera identificativa al paciente pero no utilizarla para confirmar su identidad en distintos puntos del proceso asistencial y, en menos ocasiones, no poner la pulsera identificativa a determinados pacientes.



- Utilización de los datos de verificación de la identidad equívocos (por ejemplo verificar sólo el nombre de pila o algún dato de localización como el número de cama o de habitación) bien por una incorrecta aplicación del sistema de identificación del paciente establecido en la organización o bien porque el propio sistema de identificación establecido está basado en la utilización de dichos identificadores equívocos. Equivocaciones de lectura por documentación con datos de identificación del paciente de difícil legibilidad (escritos a mano, con letra demasiado pequeña, con tinta poco visible...) o sin cumplimentar toda la información requerida en prescripciones y solicitudes de pruebas diagnósticas.
- Ausencia de protocolos de actuación para la identificación activa de pacientes que no están acompañados y no pueden confirmar su identidad (por deterioro cognitivo, pérdida de consciencia, etc.).
- Falta de comunicación entre los profesionales sanitarios implicados en la atención al paciente, de forma que un profesional que desconoce el plan de atención al paciente no es capaz de identificar la realización de procedimientos o pruebas que no estaban indicadas para el paciente.
- Programas informáticos no conectados que requieren transcripción de información, haciendo posible que se transcriba la información en la documentación del paciente equivocado.
- Falta de implicación del paciente en su proceso asistencial, lo que ocasiona que el paciente no sea capaz de avisar cuando se le realizan procedimientos o administran medicamentos que no tenía indicados.

## Incidentes relacionados con caídas

### Características de los incidentes

En el año 2013 se notificaron al SiNASP 81 caídas.

Respecto al tipo de incidente, el tipo de caída más frecuente fue en bipedestación, seguida de caída en reposo y durante la transferencia. Más de la mitad de los incidentes estaban relacionados con algún otro tema además de la caída (la siguiente tabla detalla los datos).

**Tabla 13. Tipo de caídas notificadas al SiNASP (clasificación adicional)**

Tipo de incidente	Nº incidentes de este tipo	%
<b>Caídas</b>	<b>81</b>	65,85%
– Caída en bipedestación	27	21,95%
– Caída en reposo	22	17,89%
– Caída durante la transferencia	11	8,94%
– Caída en otros entornos	8	6,50%
<b>Accidente del paciente</b>	<b>17</b>	13,82%
<b>Equipos/dispositivos</b>	<b>6</b>	4,88%
<b>Pruebas diagnósticas</b>	<b>5</b>	4,07%
<b>Transporte/traslados</b>	<b>5</b>	4,07%
<b>Infraestructura/edificio/enseres</b>	<b>4</b>	3,25%
<b>Comportamiento alterado/agresivo</b>	<b>2</b>	1,63%
<b>Medicación</b>	<b>1</b>	0,81%
<b>Dieta -Alimentación</b>	<b>1</b>	0,81%
<b>Procedimientos quirúrgicos</b>	<b>1</b>	0,81%
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	100,00%

El lugar en que ocurrieron las caídas fueron unidades de hospitalización (en el 53% de los casos), seguido por consultas externas (16%) y servicios centrales (12%). La proporción de caídas en unidades de hospitalización y consultas externas es mayor que la del conjunto de incidentes notificados.

Respecto a las consecuencias de las caídas, como se puede observar en la siguiente tabla, un 13% no llegó al paciente. Setenta incidentes sí que llegaron al paciente, en su mayoría con poco o ningún daño, aunque 2 caídas causaron daño temporal que prolongó la hospitalización y 3 incidentes llegaron a comprometer la vida del paciente.

**Tabla 14. Consecuencias de los incidentes de identificación en los pacientes**

Categoría	Nº Incidentes	%
<b>Situación con capacidad de causar un incidente</b>	<b>8</b>	9,88%
<b>Incidente que no llegó al paciente</b>	<b>3</b>	3,70%
<b>Incidente que llegó al paciente</b>	<b>70</b>	86,42%
– El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	20	24,69%
– No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	16	19,75%
– Causó daño temporal y precisó intervención	29	35,80%
– Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	2	2,47%
– Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida	3	3,70%
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	100,00%

El riesgo asociado a los incidentes se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 15. Incidentes de caídas clasificados por SAC**

Categoría	Nº Incidentes	%
SAC 1 - Riesgo extremo	1	1,23%
SAC 2 - Riesgo alto	18	22,22%
SAC 3 - Riesgo medio	27	33,33%
SAC 4 - Riesgo bajo	24	29,63%
Sin SAC	11	13,58%
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	100,00%

Principales temas abordados

A partir del análisis conceptual de la descripción de las caídas que han sido notificadas al SiNASP durante el año 2013 se identifican los siguientes temas:

- Caídas provocadas por problemas de funcionamiento o fallos de las ayudas técnicas para la movilización de pacientes.

- Caídas provocadas por problemas en las instalaciones (suelo resbaladizo) o inexistencia de ayudas para la sujeción (barandillas o asideros).
- Pacientes considerados en riesgo de caídas que se caen en momentos en los que están solos o, estando acompañados, se caen por levantarse o desplazarse sin ayuda de sus familiares o del personal para desplazarse.
- Caídas de pacientes que necesitaban una contención o sujeción que no se había implementado, o que caen tras haber hecho un mal uso de las contenciones (por ejemplo sobrepasar barandillas para levantarse de la cama).
- Caídas de pacientes con problemas de deambulación, medicación u otros motivos que les hacen estar en riesgo de caídas, para los que el personal no ha implementado medidas de prevención de caídas.

### Ejemplos de incidentes notificados

A continuación se incluyen algunos ejemplos de incidentes relacionados con caídas del paciente que se han notificados al SiNASP, con el fin de ilustrar con mayor nivel de detalle el tipo de incidentes que ocurren actualmente en los centros de nuestro entorno y ayudar así a establecer estrategias para su prevención. Algunos incidentes están resumidos o ligeramente modificados con respecto a su versión original para facilitar su comprensión.

*La paciente, que no tiene activado el riesgo de caídas, sufre episodio de caída al ir al baño. Tras la caída se comprueba que tras IC de psiquiatría unos días antes, se le pautó antidepressivo que sumado al tranquilizante ya pautado debía haber activado el riesgo de caídas. **No se había re-evaluado dicho riesgo.** Se educa en la prevención de caídas y se aplican medidas de prevención correspondientes.*

*Al levantar al paciente de la cama al sillón mediante uso de arnés y con grúa, se produce la caída del paciente por **rotura en la base de una de las cintas de suspensión del arnés.** Como consecuencia la paciente sufre traumatismo craneal y en costado (fractura de costilla). Estaban presentes el celador y dos auxiliares.*

*Paciente con hipotonía muscular y 108 kg de peso. Se procede a pasarla de la cama al sillón mediante una grúa, con el correspondiente arnés; cuando la paciente ya estaba llegando al sillón **el soporte metálico que se engancha a la grúa cedió,** ya que está doblado y no encaja completamente; cayendo la paciente al suelo y golpeándose la cabeza contra una barra de la grúa.*

*La paciente al salir de la bañera resbala y se cae estando sola. **No hay asideros** en el cuarto de baño.*

*A primera hora de la noche, cuando se le realiza el cambio de pañal, **la paciente no deja que se le suban las 2 barandillas**, subiéndose solamente una. Más tarde la paciente se intenta levantar buscando a su familiar y sufre una caída golpeándose en la cabeza.*

*El paciente se encontraba en reposo absoluto en cama, con colchón antiescaras y las barandillas laterales subidas. Se encontraba algo desorientado y al intentar levantarse para ir al WC **sobrepasa las barandillas**, sufre caída al suelo con contusiones. Cuando se coloca el colchón antiescaras, la barandilla no proporciona una protección suficiente ante movimientos de los pacientes, de manera que no es complicado que estos puedan sobrepasar las barandillas y caer. La medida llevada a cabo fue la sujeción mecánica de una extremidad a la cama para evitar movimientos.*

*Paciente con tetraplejía que se traslada al Servicio de Radiología para la realización de radiografía simple de pelvis y columna dorsolumbar. Se le transfiere a la mesa de Rx y se coloca en posición de lado para la realización de la Rx, se le deja solo en esta posición hasta comprobar que la proyección radiológica es correcta. El paciente se va deslizando y se cae al suelo desde aproximadamente 1 metro de altura. **No se habían utilizado medidas de contención.***

*El paciente, considerado en riesgo de caídas, se levanta de la cama para intentar ir al baño **sin ayuda** del hijo que estaba presente. Pierde el equilibrio y se cae provocándose una contusión en ceja derecha, al golpearse con la mesilla de noche.*

*Paciente que se cae al decidir levantarse del sillón en que se encontraba sentado **sin ninguna ayuda**. Familiar nos informa que el paciente se ha caído tras resbalar ya que el suelo estaba mojado (de su propia orina, el pañal estaba en el suelo). No se evidencia lesión. El paciente está consciente, orientado y colaborador. En la habitación se encuentra familiar, que estaba en la habitación en el momento de los hechos (**le acompañó al WC y dejó allí al paciente solo**). Se le indica que, a partir de ahora, nos avise para acompañarle al WC.*

*Se recibe al paciente con estado somnoliento traído por 061 por intoxicación medicamentosa. Se pasa al box para la atención correspondiente y al proceder a acomodarlo por auxiliar y celador, se agita permaneciendo en*

la silla ya que no quería acostarse. La auxiliar sale a buscar a los guardias jurados y mientras el enfermo se cae, haciéndose una brecha en la ceja.

Paciente que llega en ambulancia a rehabilitación. El técnico de la ambulancia procedió a bajar del vehículo a los pacientes y estos comenzaron a entrar al área de rehabilitación solos, **sin ninguna asistencia** pues no hay personal encargado a tal efecto. A la altura de las puertas de la consulta de rehabilitación el paciente cae de frente resbalándose las muletas que usa. En ese momento están los fisioterapeutas en el gimnasio recibiendo a los pacientes en la puerta.

El paciente con O2 al 40 %, se quita el O2 y se dirige de la cama al baño, resbalándose por deslizamiento de una de las **zapatillas que llevaba en chancla**, quedando sentado en el suelo. Nos avisa su familiar.

## Factores contribuyentes

Los notificantes consideraron que los factores contribuyentes más importantes fueron factores relacionados con el paciente en el 45% de los casos (principalmente pacientes con enfermedad crónica, con problemas clínicos complejos o con problemas de comunicación), factores del entorno de trabajo (instalaciones o equipamiento) y factores profesionales (sobre todo conducta de los profesionales, seguidos por su formación o competencia).



A partir del análisis conceptual de la descripción de los factores que contribuyeron a que ocurriesen los incidentes según los notificantes se identifican los siguientes temas:

- Pacientes en riesgo de caídas que no están acompañados durante la hospitalización o que tienen problemas para comunicarse y por lo tanto para comprender las medidas de prevención de caídas.
- Incumplimiento de protocolos existentes en los centros para la valoración inicial del riesgo de caídas y, sobre todo, para la re-evaluación de este riesgo cuando se producen cambios en la condición o el tratamiento del paciente. Como consecuencia, los profesionales no identifican a pacientes que están en riesgo de caídas y no se implementan las medidas de prevención necesarias.
- Negativa de los pacientes a utilizar las medidas de contención necesarias (barandillas, sujeciones), las medidas preventivas indicadas (zapatillas cerradas) y a solicitar ayuda para desplazamientos, lo que podría reflejar la necesidad de una mayor sensibilización y educación del paciente y sus familiares sobre el riesgo de caídas.
- Fallos en la gestión y el mantenimiento de las ayudas técnicas para la movilización de pacientes por no llevar a cabo las revisiones periódicas de arneses, utilizar sistemas de lavado que dañan el material, falta de identificación y retirada del material en malas condiciones, etc.
- No llevar a cabo sistemáticamente mecanismos para la identificación y abordar problemas en las instalaciones (suelos resbaladizos) o de equipamiento (camas demasiado altas, problemas con las barandillas, falta de sistemas de retención en sillón etc.) Inexistencia de personal dedicado a asistir a los pacientes con problemas de movilidad en algunos momentos de desplazamientos en los centros.
- Falta de información sobre el paciente (en este caso sobre su riesgo de caídas) cuando se traslada de un lugar del centro a otro (por ejemplo de hospitalización a servicios diagnósticos) para que el personal de otras áreas conozca la necesidad de implementar medidas de prevención.





# Estudio piloto en Atención Primaria

## Estudio piloto para la adaptación del SiNASP

En el año 2011 se inició un proyecto piloto para adaptar el sistema a los centros de Atención Primaria (AP), ante el interés mostrado por parte de las Comunidades Autónomas que ya utilizaban el sistema. Para ello, se realizó una adaptación preliminar del SiNASP, modificando la taxonomía y el cuestionario de notificación para adaptarlo a las características de AP. Se seleccionaron 9 centros de 3 de las CCAA para que participasen en la prueba piloto. Una vez transcurrido el periodo de 6 meses previsto para la prueba piloto, fue necesario posponer la adaptación de la aplicación. En el año 2013 se retomó el proyecto y se terminó la adaptación del SiNASP para Atención Primaria, comenzando su implantación en las distintas Comunidades Autónomas que utilizan el sistema a finales de 2013.

Durante el año 2013, los 9 centros de atención primaria que habían participado en el proyecto piloto siguieron utilizando el sistema, aunque con una intensidad de uso muy variable. En algunos centros la utilización del SiNASP prácticamente se paralizó al terminar la prueba piloto, a espera de su implantación definitiva, motivo por el cual el número de incidentes notificados es muy bajo.

A pesar de estas limitaciones, consideramos útil incluir algunos datos sobre los incidentes notificados desde los centros de Atención Primaria, pues pueden servir como ejemplo a los demás centros que se encuentran actualmente en fase de implantación.

## Alcance

En este apartado se incluyen los 15 incidentes notificados por nueve centros de Atención Primaria durante el año 2013. Estos centros corresponden a tres centros de cada una de las siguientes Comunidades Autónomas: Castilla-La Mancha, Galicia y Región de Murcia.

## Tipo de incidente

En la tabla 16 se muestra la clasificación de los incidentes notificados según tipo de incidente. Es importante tener en cuenta que un mismo incidente

puede categorizarse en más de una variable (hasta un máximo de 5) porque puede afectar a varios temas. El tipo más frecuente de incidente notificado en este caso también es la medicación, seguido de coordinación entre niveles asistenciales y laboratorio – anatomía patológica.

**Tabla 16. Tipo de incidentes notificados al SiNASP durante el piloto en Atención Primaria**

Tipo de incidente	Nº incidentes de este tipo	%
<b>Medicación</b>	<b>5</b>	22,73%
– Medicamento erróneo	2	9,09%
– Error de preparación/manipulación/ acondicionamiento	1	4,55%
– Dosis incorrecta	1	4,55%
<b>Coordinación entre niveles asistenciales (excluyendo medicación)</b>	<b>3</b>	13,64%
<b>Laboratorio-Anatomía patológica</b>	<b>2</b>	9,09%
<b>Identificación</b>	<b>2</b>	9,09%
<b>Documentación (incluye aspectos relacionados con la confidencialidad)</b>	<b>2</b>	9,09%
<b>Equipos/ dispositivos</b>	<b>1</b>	4,55%
<b>Transporte/ traslados</b>	<b>1</b>	4,55%
<b>Otros procesos administrativos</b>	<b>1</b>	4,55%
<b>Tratamiento (excluyendo medicación)</b>	<b>1</b>	4,55%
<b>Otros</b>	<b>1</b>	4,55%
<b>Infraestructura/ edificio/ enseres</b>	<b>1</b>	4,55%
<b>Diagnóstico</b>	<b>1</b>	4,55%
<b>Pruebas diagnósticas</b>	<b>1</b>	4,55%
<b>TOTAL (*)</b>	<b>22</b>	100,00%

(\*) El total puede superar el nº de incidentes notificados porque algunos de estos se incluyen en uno o más tipos

(\*\*) Al ser un campo de cumplimiento voluntario, no en todos los incidentes notificados se clasifica el tipo de incidente

## Lugar en que ocurrió el incidente

Aunque un mismo incidente puede implicar una cadena de sucesos que incluyan más de una localización, se clasifican en función del lugar principal en que ocurrió el incidente. De los 15 incidentes notificados, ocho tuvieron lugar en consultas, tres en una organización distinta al centro de Atención Primaria, dos en consultorios, uno en el área de atención continuada (urgencias o SUAP) y otro en alguna otra zona del centro (como entrada, escaleras, etc.).

Más de la mitad de los incidentes notificados ocurrieron en las consultas. En segundo lugar están los incidentes que, aunque se identifican en el centro de Atención Primaria, habían ocurrido en una organización o lugar distinto a dicho centro y en tercer lugar están los consultorios.

## Profesión del notificante

El cuestionario SiNASP recoge información sobre la profesión del notificante, como campo de cumplimentación obligatoria. Diez de los incidentes fueron notificados por profesionales médicos, y los cinco restantes por personal de enfermería.

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

De los quince incidentes notificados al SiNASP, diez alcanzaron al paciente y los otros cinco no lo hicieron. Respecto a los incidentes que no llegaron al paciente, dos casos fueron situaciones con capacidad de causar un incidente y en los otros tres casos sí que ocurrió el incidente, pero este se detectó antes de que alcanzase al paciente. De los diez casos que sí llegaron al paciente, cuatro no causaron daño, tres tampoco causaron daño pero sí precisaron monitorización y/o intervención para confirmar que no habían causado daño y, finalmente, otro tres casos causaron daño moderado (daño temporal menor y/o con necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización, o conflicto con el paciente).

## Riesgo asociado a los incidentes

Para la clasificación de los incidentes notificados en Atención Primaria también se utiliza una versión modificada de la matriz del «Severity Assessment Code» (SAC), ligeramente diferente a la de hospital (pues la clasificación de resultados en el paciente también varía). El sistema de clasificación está reflejado en la siguiente tabla:

**Tabla 17. Cálculo del riesgo asociado a un incidente (SAC)- AP**

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

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

Cinco de los 15 incidentes no tienen SAC porque no alcanzan al paciente. Cinco incidentes están clasificados como de riesgo bajo, tres como riesgo medio y dos como riesgo alto. Finalmente, no hay ningún incidente categorizado como SAC 1, que corresponde al riesgo extremo.

## Ejemplos de incidentes notificados

A continuación se incluyen algunos ejemplos de incidentes paciente que se han notificado al SiNASP desde los centros de Atención Primaria, con el fin de ilustrar con mayor nivel de detalle el tipo de incidentes que ocurren actualmente en los centros de nuestro entorno y ayudar así a establecer estrategias para su prevención. Algunos incidentes están resumidos o ligeramente modificados respecto a su versión original para facilitar su comprensión.

*En el mes de Agosto acude a consulta un niño de 6 meses para EPPNS y vacunas correspondiente a esa edad. La vacuna indicada es la HEXA-VALENTE, compuesta por una suspensión inyectable que contiene DTPa, IPV, HB + polvo que contiene Hib. En el momento de vacunar solo se le administra el inyectable, sin diluir con el componente del vial (Hib). Por lo tanto al niño no se le administró la dosis correspondiente al Haemophilus. En una consulta posterior se le administró la dosis correspondiente de Hib.*

*Paciente a la que le prescribe captopril por crisis hipertensiva. La paciente es alérgica a IECAS. Dos días después acude a control a su médico quien se percató de la prescripción del IECA. La paciente refiere que ha tenido prurito faríngeo, ronquera, dificultad respiratoria, edema palpebral y labial leves, tras la toma de 2 comprimidos de captopril. Se le indica NO siga tomando el fármaco y advierta siempre que es ALERGICA a IECAS. La alergia estaba documentada en el sistema antes de prescribir la medicación.*

*Mujer que entrega muestra de orina para realizar urocultivo. El médico en la consulta al buscar resultado no lo encuentra. Busca en otro paciente varón con apellidos iguales, encontrando el resultado de la muestra en la historia clínica del paciente que tiene idénticos apellidos que la paciente mujer inicial.*

*Acude la paciente al centro de salud y en la consulta no se puede ver la prueba de radiología. Se le remite al hospital donde se le realizó y tras varias gestiones se vio que estaban los resultados en otra historia clínica, haciendo que no se pudiera ver en la consulta de atención primaria lo anotado en la segunda y viceversa (pruebas diagnósticas, tratamientos). Se había duplicado la historia clínica.*

*Acude a consulta urgente un paciente con sangrado abundante en región malar izquierda, trae un vendaje compresivo, que desborda por toda*

*la cara. El paciente está con Tromalyt ®, entre otros tratamientos. El acompañante refiere que acaban de salir del servicio de urgencias del hospital tras estar 4 horas en el mismo por traumatismo facial con sangrado. Cuenta que estuvieron esperando a que cediera el sangrado, que dudaron en suturar, deciden que no y practican cura con Linitul ® y vendaje compresivo, lo remiten para curas al día siguiente a su centro de salud. Al quitar la cura, se aprecia dos tiras de aproximación y sangrado abundante en la zona. Se procede a limpieza, Espongostan ®, y compresión de la zona, al ver que el sangrado no cede, se reenvía de nuevo a urgencias, para evaluar otras posibilidades de tratamiento.*

*Se realiza la revisión del desfibrilador y el carro de paradas. En el desfibrilador había gel de ecografías (que alguien había rotulado como gel de desfibrilador). Revisamos bibliografía y ya encontramos que el gel de ecografía no es conductor y que no debe usarse en el desfibrilador. Revisamos los pedidos de los geles y encontramos que en el último pedido desde el centro todo el gel que se había solicitado era de ecografía (cuando se había notificado la necesidad de los dos geles: de ecografía y de desfibrilador). Revisamos los dos almacenes (PAC y Centro de Salud) y encontramos que teníamos los 2 tipos de geles y que éstos estaban almacenados juntos.*

## Factores contribuyentes a la aparición del incidente

Los profesionales que notifican el incidente pueden hacer una clasificación del mismo en función de los factores que consideran que contribuyeron a su ocurrencia. Un mismo incidente puede estar ocasionado por múltiples factores, por lo que el número de factores contribuyentes es mayor que el número de incidentes analizados.

Los notificantes han identificado 24 factores contribuyentes para los 15 incidentes notificados. Once de estos 24 factores contribuyentes (45,8%) corresponden a factores profesionales, principalmente relacionados con formación, conocimiento y competencia de los profesionales, seguido por factores estresantes, emocionales y fatiga. Siete casos (29,17%) corresponden a factores de la organización, principalmente la falta o inadecuación de normas, procedimientos o protocolos de trabajo y aspectos de cultura de la organización. Los factores relacionados con el entorno de trabajo, las instalaciones y el equipamiento se identificaron como factores contribuyentes en cuatro ocasiones y, finalmente, en una ocasión se identificaron factores externos y en otra ocasión «otros» factores.

A partir del análisis conceptual de la descripción de los factores que contribuyeron a que ocurriesen los incidentes según los notificantes se identifican los siguientes temas:

- Incidentes causados por profesionales que llevaban poco tiempo en el centro (1 ó 2 días, por sustitución u otros motivos) y no contaban con la información necesaria sobre el funcionamiento de los sistemas de trabajo.
- Incidentes ocurridos durante periodo vacacional, en el que los profesionales tienen una mayor carga de trabajo por cubrir a otros compañeros. En estas condiciones parece que algunas comprobaciones no se llevan a cabo con el suficiente cuidado.
- Debilidades en el sistema de gestión de historias clínicas, como ausencia de revisiones para identificar duplicidades en la historia o documentación de información en la historia del paciente equivocado.
- Incumplimiento de algunos protocolos de trabajo establecidos en los centros, como la identificación sistemática del paciente o la comprobación de alergias antes de prescribir medicación.
- Errores cometidos por falta de conocimiento de algunos aspectos.





# Recomendaciones

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

## Recomendaciones para promover el uso del SiNASP en los centros

Este informe incluye datos agregados del conjunto de los centros que utilizan el sistema. El nivel de implantación es muy variable entre los distintos centros. Aunque el sistema recoge información útil sobre incidentes, cuyo análisis se traduce en mejoras concretas implementadas en organizaciones sanitarias, el SiNASP podría beneficiarse de un nuevo impulso por parte de los líderes y gestores del sistema tanto a nivel de Comunidad Autónoma como de centro sanitario. Se recomienda a los gestores valorar algunas de las recomendaciones de la literatura científica<sup>iii</sup> para potenciar un buen uso de los sistemas de notificación, con el fin de decidir cuáles pueden ser útiles para promover un mejor funcionamiento del SiNASP en su centro:

- Reforzar las actividades informativas para garantizar que todos los profesionales sanitarios de los centros, usuarios potenciales del sistema, conocen los objetivos y el sistema de funcionamiento del SiNASP.
- Implicar a algunos líderes naturales de la organización en la difusión de información sobre el SiNASP, para que puedan transmitir de forma creíble la utilidad de los sistemas de notificación al resto de los profesionales.
- Proporcionar feedback temprano al notificante, mediante mecanismos sencillos como un email de confirmación de haber recibido la notificación, que transmita al notificante que hay alguien al otro lado atendiendo a la información que ha facilitado.
- Seleccionar muy bien aquellos casos que son más relevantes para la organización, con el fin de realizar un análisis en profundidad de los mismos que permita implementar cambios. Centrar los esfuerzos en la implementación de cambios y el aprendizaje, más que en la propia notificación y gestión de casos.
- Informar a todos los profesionales de la organización sobre los incidentes notificados, los análisis realizados y las estrategias de

prevención de riesgos implementadas, mediante mecanismos múltiples y redundantes para intentar llegar a un alto porcentaje de profesionales.

- Avanzar en la implantación de estrategias de mejora a partir del análisis de incidentes que vayan acompañadas de indicadores de monitorización que nos permitan evaluar los cambios implementados en la organización y el impacto de los mismos en la Seguridad del Paciente, pues este es el objetivo final del sistema.
- Integrar el SiNASP con otros mecanismos que haya implementado la organización para promover la Seguridad del Paciente, con el fin de tener información complementaria e integrada para la gestión de riesgos y maximizar la utilidad de los distintos mecanismos.

## Recomendaciones para prevenir los incidentes de seguridad que se notifican con más frecuencia

### Medicación

Los incidentes relacionados con la medicación son los incidentes más frecuentemente notificados al SiNASP. La variabilidad en la tipología de incidentes notificados y de las causas de los mismos es tan amplia que dificulta la elaboración de recomendaciones genéricas que permitan mejorar la globalidad de este tipo de incidentes. Por este motivo, como recomendación general, se insta los centros del Sistema Nacional de Salud a que aborden la mejora de la seguridad de la medicación mediante varias estrategias complementarias:

- Análisis de los incidentes de medicación ocurridos en la propia organización, para profundizar en la identificación de áreas de mejora en los sistemas internos de gestión de medicación y la implementación de estrategias para abordarlas.
- Revisión continuada de las recomendaciones nacionales e internacionales para mejorar la seguridad de la medicación, con el fin de incorporar las nuevas recomendaciones que se vayan proponiendo en este ámbito. Algunas referencias que se podrían tener en cuenta:
  - Tres de las nueve soluciones para mejorar la Seguridad del Paciente promovidas por la Organización Mundial de la Salud<sup>iv</sup> están centradas en la gestión de la medicación: Medicamentos

de aspecto o nombre parecidos, Control de las soluciones concentradas de electrolitos, Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.

- Alertas de seguridad publicadas periódicamente por el ISM-P<sup>v</sup> y el IMSP España<sup>vi</sup>, con recomendaciones específicas para mejorar la seguridad de la medicación, elaboradas a partir de los incidentes identificados en los centros.

## Identificación del paciente

La implementación de las recomendaciones para mejorar la seguridad de la identificación del paciente establecidas por organizaciones como la Organización Mundial de la Salud<sup>vii</sup> o la Joint Commission International<sup>viii</sup> ayudaría a prevenir incidentes de seguridad como los notificados al SINASP. A partir de los contenidos de dichos documentos, recomendamos a las organizaciones del Sistema Nacional de Salud revisar sus sistemas de trabajo para garantizar que cumplen los siguientes aspectos relacionados con la identificación del paciente:

1. Establecer un sistema de identificación del paciente que sea homogéneo en toda la organización sanitaria y que cumpla los siguientes requisitos:
  - Uso de al menos dos identificadores (por ej. nombre y fecha de nacimiento) evitando los identificadores relacionados con la localización del paciente (número de habitación, cama o box).
  - Verificación activa de la identidad del paciente en los momentos clave de la atención, incluyendo al menos:
    - La admisión al centro y traslado a otro centro o entorno de atención
    - La administración de medicación, sangre y hemoderivados
    - La administración de procedimientos y tratamientos
    - La extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos
  - Protocolos claros de actuación para identificar a los pacientes en los casos complejos: pacientes que carezcan de identificación, pacientes en coma o con pérdida de consciencia, etc.
  - Revisión de los sistemas de **identificación de muestras** para analíticas, garantizando el correcto etiquetado de recipientes utilizados para sangre y otras muestras en presencia del pacien-

te y estableciendo sistemas para conservar la identidad de las muestras durante todo el proceso.

- Definición de protocolos claros para cuestionar los resultados de pruebas diagnósticas cuando no coincidan con la historia clínica del paciente.

2. Promover la **implicación de los profesionales** en el proceso de identificación del paciente, mediante:

Promoción de la cultura de Seguridad del Paciente, haciendo énfasis en la importancia de la identificación del paciente por parte de los profesionales sanitarios.

Formación en el proceso de identificación del paciente de la organización tanto en la orientación cuando el profesional comienza a trabajar en el centro como en la formación continuada periódica.

3. **Implicar a los pacientes** en el proceso, mediante al menos:

Educación a los pacientes sobre la importancia de la correcta identificación del paciente

Promoción de la participación activa del paciente en todas las etapas del proceso

## Caídas

Las caídas suponen uno de los tipos más frecuentes de eventos adversos en pacientes hospitalizados. A partir de la revisión de estudios y guías internacionales<sup>ix-xi</sup> y nacionales<sup>xii</sup>, recomendamos a las organizaciones del Sistema Nacional de Salud revisar sus sistemas de trabajo para garantizar que cumplan los siguientes aspectos relacionados con la prevención de caídas del paciente hospitalizado:

1. Implementar medidas universales de prevención del riesgo de caídas, de las que puedan beneficiarse todos los pacientes, independientemente de su riesgo de caídas. Estas medidas estarán centradas en el entorno de la atención (timbre de llamada fácilmente accesible para el paciente; barandillas en habitación, baño y pasillos; suelos antideslizantes, luces nocturnas), sistemas de trabajo seguros (mecanismos ágiles para eliminar agua o sustancias resbaladizas que pueda haber en el entorno del paciente, uso de frenos en sillas de ruedas y camas, camas a baja altura para movilizar al paciente, etc.) e implicación del paciente para que pueda colaborar en la prevención de caídas: orientación al entorno, in-

formación sobre sistemas de prevención de caídas, indicación del tipo de calzado que debe utilizar, etc.

2. Establecer **intervenciones efectivas y personalizadas para la detección y actuación ante el riesgo de caídas:**

- Implementar un sistema para la identificación de los pacientes en riesgo de caídas, mediante el uso de **escalas de valoración** estandarizadas cuyos resultados se comuniquen de forma clara a todos los profesionales implicados en la atención al paciente.
- Una vez identificado al paciente con riesgo de caídas, establecer mecanismos de prevención específicos en su plan de atención, teniendo en cuenta el **protocolo de prevención de caídas** de la organización, que deberá incluir temas como la identificación visual del paciente con riesgo de caídas (en la historia clínica, habitación, cama...), información a todos profesionales que puedan tener contacto con el paciente, asegurando la transferencia de información intra e interniveles, implementar rondas periódicas para ofrecer asistencia al paciente para levantarse para ir al baño o por otros motivos, sujeciones, revisión regular de la medicación que toman el paciente para limitar las combinaciones de fármacos de alto riesgo y minimizar el riesgo de caídas como consecuencia de los efectos secundarios de algunos fármacos, etc.
- Implementar **procesos informativos y educativos** para el paciente y su familia para sensibilizarles desde el momento del ingreso sobre la importancia de prevenir las caídas, informarles sobre los principales riesgos y dotarles de consejos y estrategias concretas para que puedan tomar un papel activo para promover su seguridad.

3. Establecer estrategias de **sensibilización a profesionales**, pacientes y cuidadores en identificación de los factores de riesgo de caídas y potenciales estrategias de prevención.

4. Promover el **registro de caídas** de pacientes hospitalizados, mediante estrategias como la identificación de un responsable de caídas en cada unidad asistencial que garantice el registro de todos los casos. Realizar análisis periódicos que permitan identificar la incidencia de las mismas, las causas más frecuentes y las posibles medidas de prevención, para establecer estrategias de mejora a nivel de centro y/o unidad.

5. Utilizar **indicadores de monitorización** de proceso que muestren el nivel de implantación real de los mecanismos de prevención del riesgo de caídas, la incidencia de caídas y la eficacia de las medidas de prevención implementadas.



# Conclusiones

En este primer informe del SiNASP se analizan todos los incidentes notificados al sistema por el conjunto de los centros que lo utilizan durante el año 2013. Los 2.739 incidentes notificados no son necesariamente representativos del conjunto de problemas de Seguridad del Paciente que ocurren en los centros, pero sí que sirven para ilustrar algunos de los aspectos que están ocurriendo y deberíamos abordar.

La lectura de los ejemplos de incidentes que se incluyen en este informe puede contribuir a fomentar la cultura de Seguridad del Paciente, ayudando a que seamos más conscientes de los problemas de seguridad que ocurren en nuestro entorno. Muchos de estos incidentes son altamente evitables.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad utilizará la información proveniente del SiNASP como una fuente de información más para la revisión de la Estrategia de Seguridad del Paciente y la elaboración de otros proyectos centrados en la Seguridad del Paciente.

Se recomienda tanto a las Comunidades Autónomas como para los centros del Sistema Nacional de Salud que utilicen también esta información para elaborar sus iniciativas de mejora de seguridad.





# Bibliografía

- i Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>
- ii Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. Organización Mundial de la Salud. [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
- iii Julius Cuong Pham, Thierry Girard, Peter J. Pronovost What to do with healthcare Incident Reporting Systems. *Journal of Public Health Research* 2013; volume 2:e27
- iv Nueve soluciones para mejorar la seguridad del paciente. Organización mundial de la Salud, 2007. Disponible en <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>
- v Institute for Safe Medication Practices. Accesible en <https://www.ismp.org/>
- vi Instituto para el uso seguro del medicamento. Delegación española del Institute for Safe Medication Practices. Accesible en <http://www.ismp-espana.org/>
- vii Nueve soluciones para mejorar la seguridad del paciente. Organización mundial de la Salud, 2007. Accesible en <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>
- viii Estándares de acreditación de hospitales, quinta edición. Joint Commission International 2013.
- ix Preventing Falls in Hospitals. A Toolkit for Improving Quality of Care Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ Publication No. 13-0015-EF. January, 2013
- x Targeted Solutions Tool (TST) for preventing falls with injury. Joint Commission Center for Transforming Healthcare. Accesible en [www.centerfortransforminghealthcare.org](http://www.centerfortransforminghealthcare.org)
- xi Caídas en hospitales. Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. Reproducido del Best Practice 1998;2(2):1-6 ISSN 1329-1874. Accesible en [http://www.murciasalud.es/recursos/best\\_practice/1998\\_2\\_2\\_CAIDASHOSPITAL.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/best_practice/1998_2_2_CAIDASHOSPITAL.pdf)
- xii Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema sanitario público de Andalucía. Comité Operativo para la Seguridad del Paciente Consejería de Salud. Accesible en [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas\\_seguras/procedimiento\\_caidas.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas_seguras/procedimiento_caidas.pdf)





Este es el primer informe agregado de los incidentes notificados al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). El objetivo de este informe es presentar el desarrollo del SiNASP y describir los incidentes notificados durante el año 2013, tipo y características de los mismos. Con esta información se pretende fomentar la cultura de Seguridad del Paciente, compartir conocimiento entre organizaciones y, sobre todo, prevenir la ocurrencia de incidentes de seguridad en los centros del Sistema Nacional de Salud a través del conocimiento de los incidentes que ocurren a los pacientes atendidos en algunos hospitales del SNS.



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

[www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)