

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

Incidentes de seguridad  
notificados en 2018



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

Incidentes de seguridad  
notificados en 2018

**Este documento ha sido encargado a la Fundación Avedis Donabedian en el marco del contrato nº: 201907CM0001.**

Redacción

**Fundación Avedis Donabedian**

María del Mar Fernández Maíllo  
Joaquim Bañeres Amella

Revisión

**Ministerio de Sanidad**

Yolanda Agra Varela  
Nuria Prieto Santos

**Comunidades Autónomas**

Aragón: Mabel Cano del Pozo  
Asturias: Bernabé Fernández González  
Canarias: María Paloma García de Carlos  
Cantabria: José Luis Teja Barbero  
Castilla-La Mancha: Sonia Cercenado Sorando  
Extremadura: Ana Belén Pérez  
Galicia: María Dolores Martín Rodríguez  
INGESA: María Antonia Blanco Galán  
Murcia: José María Ruiz Ortega  
Navarra: Carmen Silvestre Busto  
La Rioja: Pilar Sáenz Ortiz



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD  
CENTRO DE PUBLICACIONES  
Paseo del Prado, 18 - 28014 MADRID

NIPO: 133-20-061-1

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

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

Incidentes de seguridad  
notificados en 2018



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD



# Índice

<b>Alcance</b>	9
<b>Incidentes notificados en hospital</b>	11
Análisis global de los incidentes notificados	12
Tipo de incidente	12
Lugar en que ocurrió el incidente	15
Profesión del notificante	16
Consecuencia de los incidentes en los pacientes	19
Riesgo asociado a los incidentes	21
Factores contribuyentes a la aparición del incidente	23
Incidentes clasificados como SAC 1	27
<b>Incidentes notificados en atención primaria</b>	35
Análisis global de los incidentes notificados	36
Tipo de incidente	36
Lugar en que ocurrió el incidente	38
Profesión del notificante	39
Consecuencia de los incidentes en los pacientes	40
Riesgo asociado a los incidentes	43
Factores contribuyentes a la aparición del incidente	45
Incidentes clasificados como SAC 1	48
<b>Indicadores de gestión del SiNASP</b>	53
<b>Recomendaciones</b>	59
Recomendaciones para mejorar la gestión del SiNASP	59
Recomendaciones relacionadas con los incidentes notificados al SiNASP	60
Incidentes relacionados con la identificación del paciente	60



# Alcance

Este informe incluye los incidentes notificados al SiNASP durante el año 2018 tanto en hospitales como en centros de atención primaria.

En la tabla 1 figuran los hospitales y áreas sanitarias que estaban dados de alta a 31 de diciembre de 2018.

Comunidad Autónoma	Áreas Sanitarias	Hospitales*
Aragón	8	13
Canarias	7	9
Cantabria	3	4
Castilla-La Mancha	15	15
Extremadura	9	19
Galicia	7	15
INGESA	0	2
La Rioja	1	4
Murcia	10	11
Navarra	6	6
Principado de Asturias	8	16
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>114</b>

\* Incluye también los servicios de emergencias extrahospitalarias

Los incidentes notificados al SiNASP son analizados en primer lugar por los gestores del sistema en el propio centro sanitario en el que se notificaron, con el fin de implementar las medidas de reducción de riesgos necesarias a nivel local. Como parte de este análisis, el gestor del SiNASP puede solicitar información adicional sobre el incidente al notificante para cumplimentar o modificar la documentación del caso.

Cuando ha terminado este proceso de análisis, el gestor cambia el estado de la notificación a «cerrado». En este informe se incluyen las notificaciones que ya han sido analizadas por los centros y que se consideran cerradas, por lo que su información es ya definitiva.

En este informe se han incluido las notificaciones realizadas en 2018 que estaban cerradas el 30 de junio de 2019:

- Hospital: 4.348 notificaciones (de 4.911 recibidas. En 2017 se recibieron 4.655)
- Atención Primaria: 737 notificaciones (de 821 recibidas. En 2017 se recibieron 800)

Por tanto, aunque este informe incluye un número de notificaciones ligeramente inferior al de 2017 (4.391 de hospital y 761 de atención primaria), la notificación en 2018 fue superior.

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

# Incidentes notificados en hospital

Se incluyen los incidentes notificados en 97 hospitales de 10 Comunidades Autónomas más INGESA. Según puede verse en la tabla 2, aunque en el periodo de estudio había 114 hospitales dados de alta, no todos ellos estaban todavía utilizando el sistema. En 2018 notificaron al SiNASP siete hospitales más que en el año anterior, entre ellos los de La Rioja por primera vez.

**Tabla 2. Hospitales que han utilizado SiNASP en 2018**

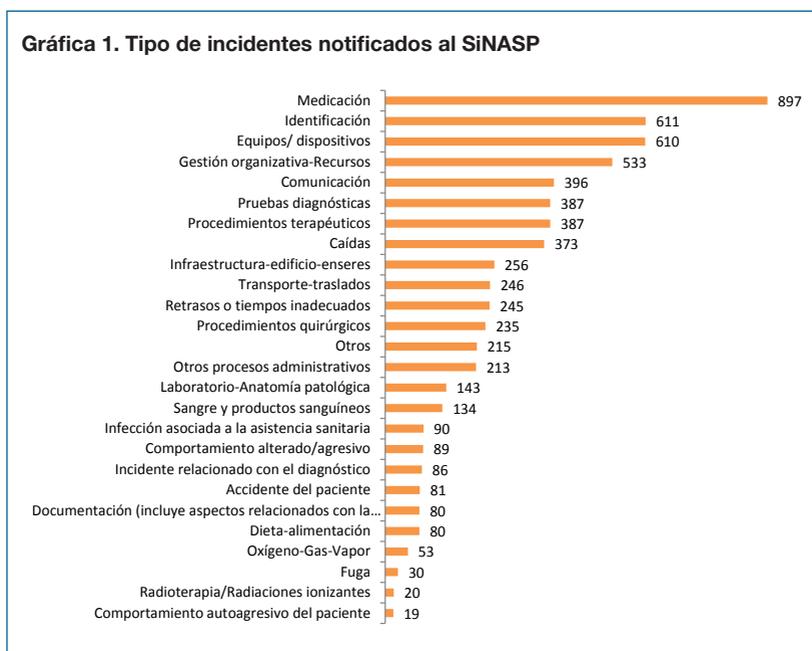
CCAA	Comienzo de la implantación	Hospitales que usaron SiNASP* en 2018	Hospitales que usaron SiNASP en 2017
Castilla-La Mancha	Enero 2010	12	12
Galicia	Octubre 2010	15	15
Murcia	Febrero 2011	11	11
Cantabria	Marzo 2012	4	4
Canarias	Febrero 2013	7	5
Aragón	Octubre 2013	12	10
Navarra	Octubre 2013	4	4
Extremadura	Septiembre 2014	14	13
INGESA	Septiembre 2014	2	2
Asturias	Noviembre 2014	13	14
La Rioja	Diciembre 2016	3	0
<b>TOTAL</b>		<b>97</b>	<b>90</b>

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

# Análisis global de los incidentes notificados

## Tipo de incidente

En la gráfica 1 se muestra la clasificación de los incidentes notificados según el 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 varias de ellas. Además, se trata de un campo voluntario, por lo que no todos los incidentes necesariamente se categorizan.

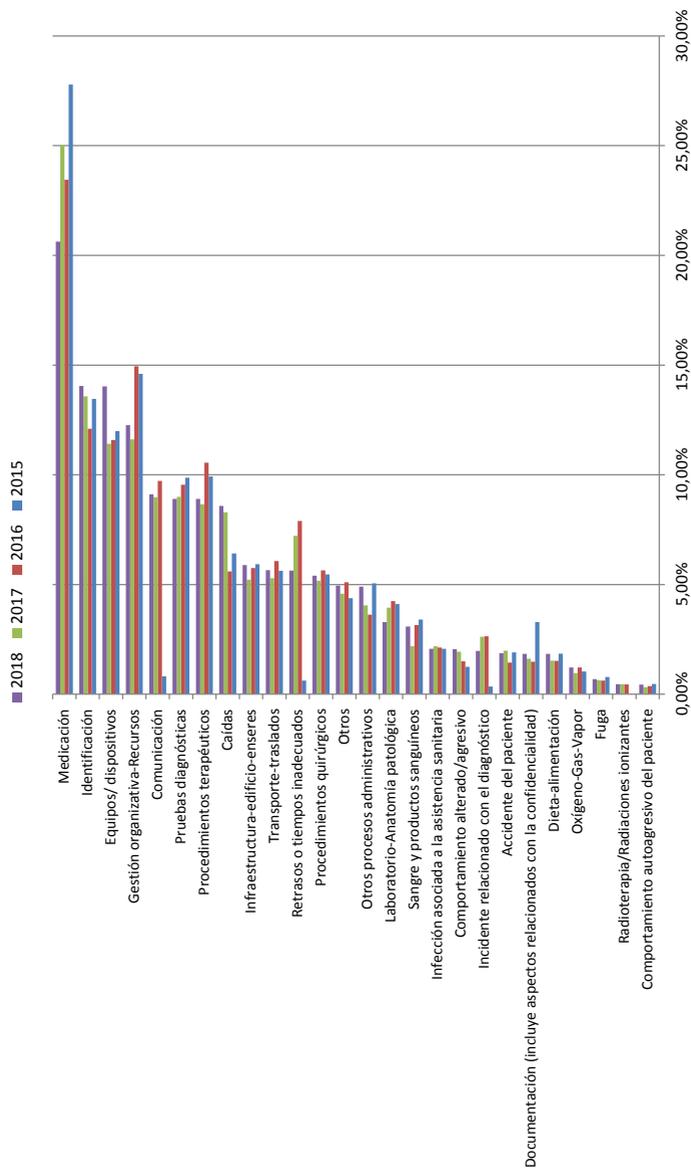


Como puede observarse en la gráfica, se han notificado un total de 897 incidentes relacionados con la medicación, lo que supone el tipo más frecuente de incidente (20,6%). En segundo lugar están los incidentes relacionados con la identificación del paciente (611 incidentes: 14%),

prácticamente a la par con los incidentes relacionados con los equipos y dispositivos (610 incidentes: 14%). También suponen un importante porcentaje los incidentes relacionados con la gestión organizativa-recursos (533 incidentes: 12,1%), con la comunicación (396 incidentes: 9,1%) y con las pruebas diagnósticas o los procedimientos terapéuticos (387 incidentes de cada categoría: 8,9% respectivamente).

Si comparamos con los datos de los años anteriores, como se muestra en la gráfica 2, vemos que aunque los incidentes relacionados con la medicación siguen siendo los de notificación más frecuente, la tendencia es a disminuir con respecto al porcentaje total, mientras que se mantiene la tendencia creciente a la notificación de incidentes relacionados con la **identificación**. En 2018 se produce un incremento de casi tres puntos en la notificación de incidentes relacionados con **equipos y dispositivos** con respecto a los años anteriores, en los que el porcentaje de notificación era bastante similar. También se mantiene la tendencia al alza en la notificación de caídas que ya se señaló en el informe de 2017.

**Gráfica 2. Comparativa de tipos de incidentes notificados al SINASP desde 2015 (porcentaje del total anual)**



## Lugar en que ocurrió el incidente

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

**Tabla 3. Incidentes notificados por área del hospital**

INCIDENTES	2018		2017		2016		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Unidades de hospitalización</b>	1910	43,93%	2005	45,66%	2026	43,46%	1657	45,05%
<b>Bloque quirúrgico</b>	510	11,73%	496	11,30%	582	12,48%	408	11,09%
<b>UCI</b>	487	11,20%	389	8,86%	483	10,36%	349	9,49%
<b>Urgencias</b>	433	9,96%	522	11,89%	563	12,08%	438	11,91%
<b>Servicios centrales</b>	368	8,46%	406	9,25%	432	9,27%	382	10,39%
<b>Hospital de día</b>	235	5,40%	145	3,30%	129	2,77%	103	2,80%
<b>Consultas externas</b>	169	3,89%	165	3,76%	140	3,00%	122	3,32%
<b>Servicios de apoyo/Otros</b>	137	3,15%	122	2,78%	119	2,55%	119	3,24%
<b>Sala de partos</b>	74	1,70%	116	2,64%	126	2,70%	93	2,53%
<b>SEE/Transporte sanitario</b>	25	0,57%	25	0,57%	62	1,33%	7	0,19%

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

El 43,9% de los incidentes notificados al SiNASP sucedieron en unidades de hospitalización, seguidos por el bloque quirúrgico (11,7%) y las unidades de cuidados intensivos (11,2%), cuyas notificaciones suponen un aumento de más de dos puntos con respecto a 2017 y mantienen la

tendencia al alza que parecía haberse invertido el año anterior. El porcentaje de incidentes notificados en el bloque quirúrgico se mantiene estable. La notificación de incidentes en urgencias y servicios centrales parece mantener la tendencia al descenso, mientras se sigue incrementando la notificación de incidentes en hospital de día de manera clara y se mantiene dicha tendencia también en las consultas externas (ámbito ambulatorio).

Es importante recordar que el mayor volumen de notificaciones en determinadas áreas del hospital no necesariamente está relacionado con una mayor incidencia, pues puede reflejar también una mayor sensibilización de los profesionales que trabajan en las mismas.

## Profesión del notificante

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

Los profesionales de enfermería siguen siendo los profesionales que más utilizan el sistema, habiendo realizado un 56,6% de las notificaciones. Los médicos han sido responsables del 25,1% de las notificaciones y en tercer lugar están los farmacéuticos, autores del 5,7% de los casos. Estos porcentajes sufren oscilaciones según los años, pero se mantienen relativamente estables. Puede destacarse el incremento en las notificaciones realizadas por los técnicos en imagen para el diagnóstico, que en términos brutos destaca bastante con respecto a años anteriores, posiblemente por una mayor formación y sensibilización de este colectivo.

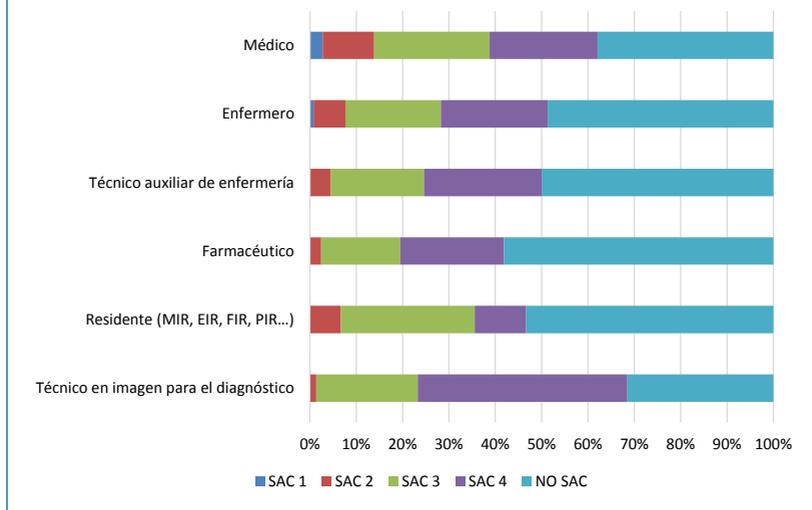
**Tabla 4. Incidentes notificados según profesión del notificante**

Profesión del notificante	2018		2017		2016		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermero	2462	56,64%	2537	57,78%	2642	56,68%	2058	55,95%
Médico	1091	25,10%	1164	26,51%	1266	27,16%	943	25,64%
Farmacéutico	246	5,66%	218	4,96%	279	5,99%	246	6,69%
Técnico auxiliar de enfermería	134	3,08%	135	3,07%	123	2,64%	102	2,77%
Otros	125	2,88%	109	2,48%	90	1,93%	62	1,69%
Técnico en imagen para el diagnóstico	73	1,68%	18	0,41%	29	0,62%	38	1,03%
Otros técnicos de grado superior y medio	52	1,20%	25	0,57%	88	1,89%	17	0,46%
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)	45	1,04%	59	1,34%	53	1,14%	53	1,44%
Otros profesionales sanitarios	32	0,74%	36	0,82%	23	0,49%	1	0,03%
Otros licenciados/ grados sanitarios	32	0,74%	19	0,43%	13	0,28%	18	0,49%
Estudiantes/Personal en prácticas	17	0,39%	35	0,80%	26	0,56%	92	2,50%
Fisioterapeuta	14	0,32%	20	0,46%	17	0,36%	16	0,44%
Técnico en laboratorio de diagnóstico clínico	9	0,21%	8	0,18%	10	0,21%	27	0,73%
Técnico en farmacia	8	0,18%	5	0,11%	2	0,04%	5	0,14%
Técnico en radioterapia	7	0,16%	3	0,07%	0	0,00%	0	0,00%

La notificación del resto de colectivos sanitarios supone un porcentaje poco representativo y no se detectan tendencias claras en ninguna dirección, lo que podría apuntar a la necesidad de mayores acciones de sensibilización y formación.

Aunque notifican menos, los médicos tienden a notificar incidentes más graves que el personal de enfermería: el 2,8% de sus notificaciones en 2018 fueron de incidentes tipo SAC 1, frente al 0,8% de los notificados por el personal de enfermería, mientras que los farmacéuticos no notificaron ninguno. Los médicos también notificaron un mayor porcentaje de incidentes tipo SAC 2: 11,1%, frente al 6,9% de los notificados por enfermería y al 2,4% de los farmacéuticos. En general estos últimos notifican incidentes menos graves que los otros dos colectivos. Los técnicos auxiliares de enfermería presentan un perfil de notificación similar al de las enfermeras, con un porcentaje ligeramente superior de incidentes menos graves. Los técnicos en imagen para el diagnóstico presentan el mayor porcentaje de notificaciones que llegan al paciente pero no le producen daño o éste es mínimo (SAC 4), mientras que en el caso de los residentes este grupo de notificaciones es el más escaso.

**Gráfica 3. Porcentaje de incidentes que ha notificado en 2018 cada colectivo profesional, según su gravedad**



En la gráfica se han incluido solamente los colectivos con mayor número de notificaciones realizadas en 2018.

## 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.

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

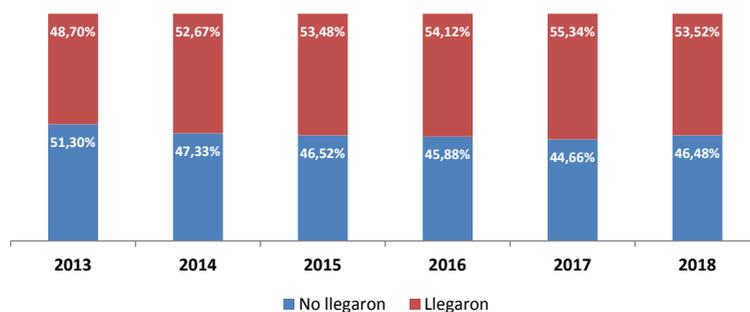
El 55,5% de los incidentes llegaron al paciente y de estos, el 27,3% ocasionaron algún tipo de daño.

<b>Tabla 5. Consecuencias de los incidentes en los pacientes</b>								
INCIDENTES Categoría	2018		2017		2016		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Situación con capacidad de causar un incidente</b>	1358	31,23%	1264	28,79%	1420	30,46%	1070	29,09%
<b>Incidente que no llegó al paciente</b>	663	15,25%	697	15,87%	719	15,42%	641	17,43%
<b>Incidente que llegó al paciente</b>	2327	53,52%	2430	55,34%	2523	54,12%	1967	53,48%
El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	1189	27,35%	1119	25,48%	1202	25,78%	958	26,05%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	502	11,55%	626	14,26%	522	11,20%	423	11,50%
Causó daño temporal y precisó intervención	413	9,50%	449	10,23%	500	10,73%	363	9,87%

**Tabla 5. (Continuación)**

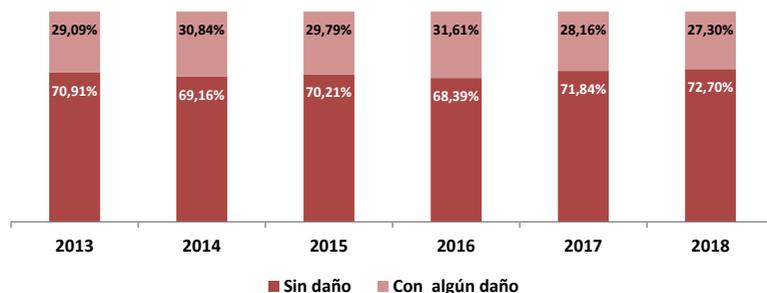
Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	112	2,58%	100	2,28%	160	3,43%	120	3,26%
Causó daño permanente	10	0,23%	16	0,36%	16	0,34%	18	0,49%
Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida	67	1,54%	83	1,89%	82	1,76%	65	1,77%
Contribuyó o causó la muerte del paciente	33	0,76%	36	0,82%	39	0,84%	20	0,54%

Al comparar la evolución de los últimos años (gráfica 4), parece que en 2018 se empieza a invertir la tendencia de notificar cada vez más los incidentes que llegan al paciente, habiendo aumentado el porcentaje de notificación de situaciones de riesgo o incidentes que se evitan antes de que alcancen al paciente.

**Gráfica 4. Porcentaje de incidentes notificados al SiNASP desde 2013 según si llegaron o no al paciente**

También parece iniciarse una tendencia en cuanto a la gravedad de las consecuencias para el paciente de los incidentes que se notifican, como se refleja en la gráfica 5. El porcentaje de notificación de incidentes que no provocan daño sigue aumentando, como ya lo hiciera en 2017.

**Gráfica 5. Incidentes notificados al SiNASP desde 2013 que llegaron al paciente, según provocaron o no daño**



## Riesgo asociado a los incidentes

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

**Tabla 6. Cálculo del riesgo asociado a un incidente (SAC)**

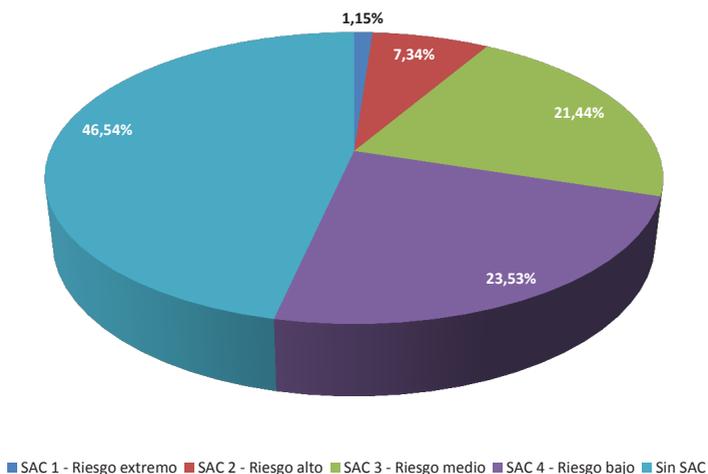
	Frecuente	Probable	Ocasional	Poco frecuente	Muy infrecuente
El incidente contribuyó o causó la muerte del paciente	Extremo	Extremo	Extremo	Extremo	Alto
El incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
El incidente contribuyó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

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

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

Como se refleja en la gráfica 6, el 46,5% de los incidentes notificados no tienen SAC porque no alcanzan al paciente. A partir de ahí, el porcentaje de notificaciones va disminuyendo a medida que aumenta la gravedad según el SAC, hasta llegar al SAC 1 (riesgo extremo) que supone el 1,2% de los incidentes. En la tabla 7 podemos apreciar una interrupción de la tendencia en la notificación de incidentes sin SAC y de riesgo bajo (SAC 4), que vuelven a subir, así como una notable caída en la notificación de los de riesgo medio (SAC 3). Los porcentajes de notificación de incidentes de mayor riesgo (SAC 1 y SAC 2) se mantienen bastante estables.

**Gráfica 6. Incidentes notificados al SiNASP en 2018 según nivel de riesgo**



**Tabla 7. Incidentes notificados al SiNASP desde 2015 según riesgo**

GRAVEDAD	2018		2017		2016		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SAC 1-Riesgo extremo</b>	50	1,15%	51	1,16%	72	1,54%	38	1,03%
<b>SAC 2-Riesgo alto</b>	319	7,34%	354	8,06%	405	8,69%	279	7,59%
<b>SAC 3-Riesgo medio</b>	932	21,44%	1057	24,07%	1043	22,37%	757	20,58%
<b>SAC 4-Riesgo bajo</b>	1023	23,53%	965	21,98%	1001	21,47%	892	24,25%
<b>Sin SAC</b>	2023	46,54%	1964	44,73%	2141	45,92%	1712	46,55%

## Factores contribuyentes a la aparición del incidente

La categorización de los factores que contribuyeron a la ocurrencia de los incidentes, según la opinión de los profesionales que los notifican, se

incluye en la tabla 8. Un mismo incidente puede estar ocasionado por múltiples factores causales, por lo que el número de factores contribuyentes es mayor que el número de incidentes analizados.

Los factores profesionales y los factores de la organización se mantienen como las dos categorías de factores contribuyentes principales, aunque si desglosamos por subcategorías (gráfica 7), los factores relacionados con el *entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento* siguen siendo señalados como el mayor factor contribuyente, volviendo a remontar hasta porcentajes similares a los años anteriores a 2017. Esto es coherente con el incremento de notificaciones relacionadas con equipos y dispositivos, como veíamos en apartados anteriores. Otros factores importantes, como la falta o inadecuación de las *normas/procedimientos/protocolos de trabajo*, o la *formación/conocimiento/competencia de los profesionales*, aunque siguen ocupando el segundo y tercer lugar en importancia, presentan una tendencia descendente. Se mantiene el descenso ya señalado en el informe 2017 en la atribución como contribuyentes a los distintos factores profesionales (formación, conducta, comunicación, estrés...). En cuanto a los factores de la organización, vuelve a remontar el factor *recursos humanos/carga de trabajo*, cuyo notable descenso en el año anterior había sido llamativo.

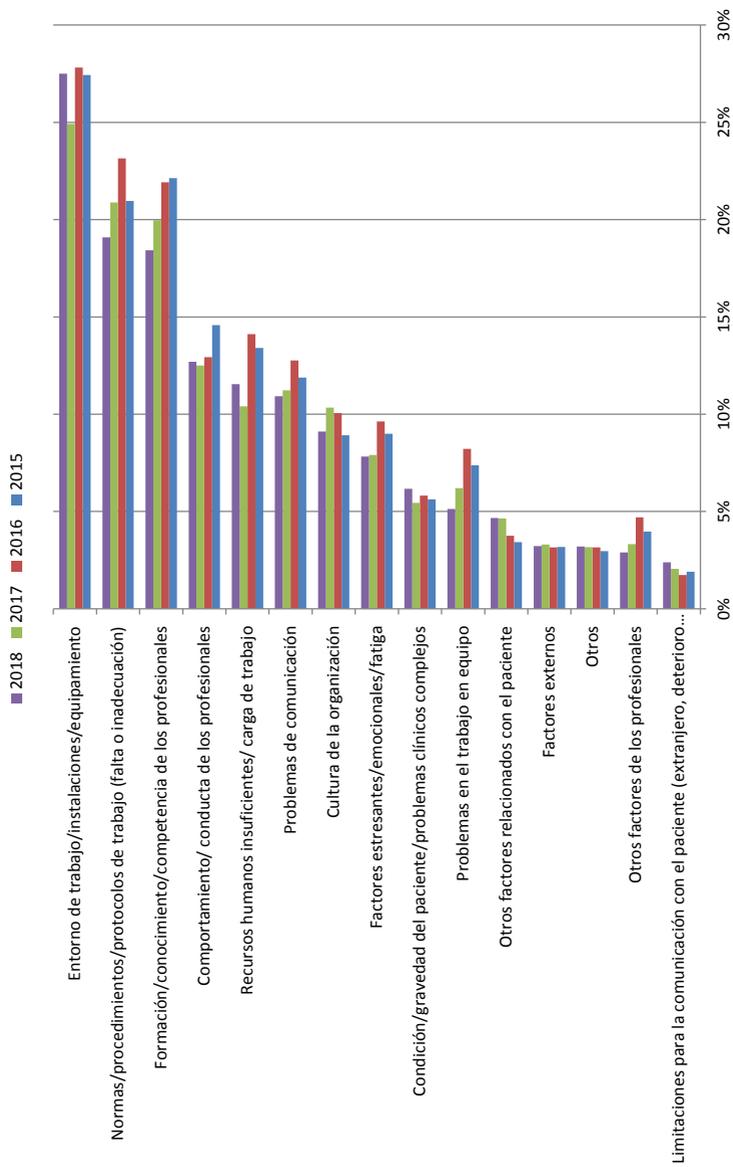
Se sigue manteniendo la tendencia a incrementar la contribución de factores relacionados con el paciente: 10,8% de las notificaciones en 2015, 11,1% en 2016, 12,2% en 2017 y 12,3% en 2018. Los elementos que se señalan e incrementan en mayor medida son los relacionados con la complejidad y con las limitaciones para la comunicación.

**Tabla 8. Incidentes notificados al SiNASP en 2018 según los factores contribuyentes**

Factores contribuyentes	2018	
	N	%
<b>Factores profesionales</b>	<b>1610</b>	<b>37,03%</b>
Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	801	18,42%
Comportamiento/conducta de los profesionales	552	12,70%
Problemas de comunicación	475	10,92%
Factores estresantes/emocionales/fatiga	340	7,82%
Otros factores de los profesionales	126	2,90%
<b>Factores de la organización</b>	<b>1426</b>	<b>32,80%</b>
Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	830	19,09%
Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo	502	11,55%
Cultura de la organización	396	9,11%
Problemas en el trabajo en equipo	223	5,13%
<b>Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento</b>	<b>1196</b>	<b>27,51%</b>
<b>Factores relacionados con el paciente</b>	<b>535</b>	<b>12,30%</b>
Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	268	6,16%
Otros factores relacionados con el paciente	203	4,67%
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	104	2,39%
Paciente con enfermedad crónica	0	0,00%
<b>Factores externos</b>	<b>140</b>	<b>3,22%</b>
<b>Otros</b>	<b>139</b>	<b>3,20%</b>

El total puede superar el n° de incidentes notificados porque en un incidente pueden identificarse varios factores contribuyentes.

**Gráfica 7. Incidentes notificados al SINASP desde 2015, según los factores contribuyentes**



## Incidentes clasificados como SAC 1

Se han revisado todos los incidentes notificados en 2018 y clasificados como SAC 1, cuya fecha de cierre fue anterior a julio de 2019. En total, 50 incidentes.

De ellos, según la clasificación de los notificantes, 3 causaron daño permanente al paciente, 22 comprometieron la vida del paciente y precisaron intervención para mantener su vida, y 25 contribuyeron o causaron la muerte del paciente.

Según se describe en la tabla 9 y en consonancia con lo comentado anteriormente, la mayoría de los incidentes clasificados como SAC 1 fueron notificados por médicos (60%):

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

Profesión del notificante	Nº de incidentes	%
Médico	30	60%
Enfermera	19	38%
Estudiantes/personal en prácticas	1	2%
Total	50	100%

El 42% de los incidentes se produjo en unidades de hospitalización y el 20% en unidades de cuidados intensivos:

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

Área	Nº de incidentes	%
Unidades de hospitalización	21	42%
Unidades de cuidados intensivos	10	20%
Urgencias	6	12%
Bloque quirúrgico	5	10%
Consultas externas	3	6%
Hospital de día	1	2%
SEE/Transporte sanitario	1	2%
Sala de partos	1	2%
Servicios de apoyo/Otros	1	2%
Servicios centrales	1	2%

Llama la atención el 8% de incidentes muy graves notificados en el ámbito ambulatorio (consultas externas y hospital de día).

Además, se han analizado otros ocho incidentes clasificados como SAC 2 que contribuyeron o causaron la muerte del paciente. Al categorizarse como muy infrecuentes, el sistema no los clasifica como SAC 1. Cuatro de estos incidentes tuvieron lugar en unidades de hospitalización, dos en servicios de apoyo/otros, uno en urgencias y otro en UCI.

Hay un incidente notificado dos veces, por dos profesionales distintos. Es posible que haya alguno más repetido, por la similitud del incidente, pero con la información de la que se dispone no es posible determinarlo.

La mayoría de los incidentes se pueden clasificar en varias categorías, aunque para simplificar, se han agrupado de manera única. A partir de la descripción del incidente que aparece en el sistema, no en todos los casos queda claro cuál ha sido el problema de seguridad o si se trata de una complicación del proceso que sufre el paciente. Este análisis se realiza a nivel local y la información no se traslada a los niveles superiores del sistema.

### **1. Incidentes relacionados con el diagnóstico y valoración del paciente: 9**

Varios incidentes están relacionados con una insuficiente valoración o falta de estabilización del paciente antes de su transferencia a planta o traslado a otro centro. En algún caso no se realizan las pruebas diagnósticas requeridas por protocolo. Algunos de estos incidentes dejan entrever posibles factores relacionados con los recursos humanos y la carga de trabajo, que hemos visto es uno de los factores contribuyentes cuya atribución ha subido este año.

- Fallecimiento súbito de paciente inicialmente derivado por activación de código ictus que es posteriormente desactivado y devuelto al hospital de referencia con sospecha de vértigo.
- Hematoma rectal y fracaso multiorgánico posiblemente por utilizar clexane en paciente anciano con daño renal.
- Paciente sube a planta desde urgencias inestable y tras retrasarse la valoración médica se traslada a UCI.

- Paciente inestable que se traslada desde urgencias a planta donde evoluciona a estado crítico.
- Paciente crítico que se traslada a otro centro sin suficientes pruebas diagnósticas y medidas terapéuticas y fallece al llegar.
- Incidente en traslado de paciente con neumotórax por insuficientes pruebas diagnósticas y terapéuticas previas al traslado. Dos casos similares.
- Fallos recurrentes de monitorización y valoración en postoperatorio de neurocirugía.
- Exitus pediátrico. Obstrucción vía aérea. No se realiza inicialmente fibrobroncoscopia por avería.

## **2. Incidentes relacionados con parada cardiorrespiratoria y RCP: 9**

Aunque agrupados, de la descripción de los incidentes se desprenden posibles causas diferentes: problemas en los equipos (ausencia o mal funcionamiento), en la disponibilidad de recursos humanos, en las vías de comunicación, en la monitorización del paciente.

- Problemas funcionamiento de varios aspiradores durante RCP. Exitus
- Parada en radiología y solo pueden realizar RCP básica hasta llegada de intensivista de guardia por carecer de carro de parada y desfibrilador.
- Pala de laringoscopia sin pilas en PCR.
- Parada respiratoria de un paciente en planta con perfusión de midazolam pendiente de ingreso en UCI. La descripción del incidente avisa de la escasez de recursos de enfermería en planta.
- Parada inadvertida en área de críticos mientras el equipo atendía otra en otro box
- Retraso en RCP por posible problema de comunicación y falta de formación.
- PCR y no es posible la comunicación con UCI a través de número de emergencia vital
- PCR en urgencias de paciente con necesidad de monitorización.
- PCR neonatal tras parto normal.

### **3. Retrasos o tiempos inadecuados: 8**

Tres incidentes son retrasos en el traslado a otro centro de pacientes en estado crítico. Dos casos se producen en pacientes ambulatorios post quirúrgicos: uno es un retraso diagnóstico y otro tiempo inadecuado para la rehabilitación. Hay un incidente por retraso de valoración e intervención en paciente grave, un retraso diagnóstico por fallo en una prueba diagnóstica y un exitus de un paciente a la espera de intervención.

- Retraso en intervención del internista de guardia con paciente destetado que lleva varias horas con disnea y necesita ventilación mecánica no invasiva. Termina con ingreso en UCI y exitus.
- Detección tardía de hipoglucemia en paciente diabético por mal funcionamiento de las tiras diagnósticas.
- Infección de herida quirúrgica no detectada en paciente diabético que acude durante un año a hemodiálisis.
- Paciente cardiológico de edad avanzada fallece a la espera de colocación de marcapasos.
- Paciente crítico cuyo traslado a otro centro se retrasa y fallece al llegar.
- Fallecimiento de un paciente inestable al que no se puede realizar TAC urgente por avería y retraso ambulancia.
- Código ictus. Derivación a otro hospital por imposibilidad de acceder en varias horas a la única sala de angiografía.
- Retraso en rehabilitación tras cirugía que termina con amputación de dedo por rigidez.

### **4. Procedimientos terapéuticos o quirúrgicos: 8**

En la descripción de varios de estos incidentes se deja entrever la necesidad de mayor formación o entrenamiento.

- Exitus tras movilización de paciente con ECMO cuya cánula arterial no estaba suficientemente fijada internamente.
- Exitus tras neumonía por aspiración posterior a recambio de PEG.
- Exitus tras broncoaspiración durante gastroscopia a paciente pluripatológico anciano (notificado dos veces: por médico y enfermera).
- Hemoperitoneo post-quirúrgico por dehiscencia de sutura.

- Extubación endotraqueal en paciente pediátrico.
- Fallecimiento tras toracocentesis terapéutica.
- Personal de enfermería inexperto en quirófano ante una situación urgente.
- Fallecimiento de un paciente de alto riesgo tras autoextubación y posible actuación de emergencia no adecuada.

#### **5. Incidentes relacionados con la medicación: 5**

Hay un caso de alergia en el que la sospecha aparecía en la documentación aportada por el paciente, pero no se había incluido en los registros del hospital. Los otros cuatro incidentes son errores al administrar una dosis excesiva, dos de ellos a pacientes pediátricos.

- Reacción alérgica con exitus. La sospecha de alergia figuraba en un informe aportado por el paciente al ingreso, pero no en el informe de urgencias.
- Error de administración por cambio en la velocidad de perfusión que pone en riesgo la vida del paciente.
- Error de administración endovenosa (dosis multiplicada por 10) a dos niñas gemelas.
- Error de administración en emergencia extrahospitalaria (paciente pediátrico).
- Error de administración (sobredosis) y fallecimiento. Quizá relacionado con prescripción electrónica.

#### **6. Caídas: 5**

Varios casos parecen evitables, al tratarse de pacientes con riesgo de caída en los que no se toman las medidas de prevención correspondientes.

- Muerte por hemorragia cerebral tras caída de la cama mientras esperaba prueba de imagen sin vigilancia.
- Caída de paciente sedado y con un pijama del hospital que le queda largo.
- Caída de paciente de la cama (lo descubren al ir a cambiarle el pañal).
- Caída de paciente en sedestación solo en la habitación, aparentemente desorientado.
- Caída en sedestación de paciente identificado de riesgo.

## **7. Comunicación-Transferencia-Monitorización: 4**

Se trata de incidentes graves que están relacionados con problemas de comunicación entre profesionales o equipos, con frecuencia en situaciones de transición o transferencia asistencial, que generan en ocasiones problemas para la adecuada monitorización y vigilancia del paciente. Se han agrupado en esta categoría aquellos incidentes en los que concurre alguna de estas situaciones.

- Incidente con fallecimiento de paciente por descompensación de insuficiencia cardiaca en el que parece entreverse que la interconsulta urgente con cardiología no se realizó en los tiempos o de la manera más adecuada.
- Fallecimiento de paciente tras demoras y deficiencias en la comunicación, interconsultas y transferencia entre distintos servicios.
- Retraso de valoración quirúrgica en urgencias por imposibilidad de localizar al cirujano de guardia.
- Posible discontinuidad en la atención y monitorización de paciente neurológico en UCI.

## **8. Relacionados con los equipos/dispositivos: 3**

- Problemas de manejo y funcionamiento del equipo en transporte de neonato crítico.
- Problema intubación urgente en lactante tras cambio de marca tubos endotraqueales.
- Problemas prótesis vascular (material).
- Dos incidentes tienen relación con la mala calidad del material (cambios en las decisiones de compra sin contar con los usuarios). El resto, incluidos los relacionados con PCR, son problemas de mantenimiento o revisión de los equipos.

## **9. Suicidio de paciente: 3**

Los suicidios de pacientes son eventos centinela cuyos análisis deberían recabarse para poder emitir recomendaciones a nivel SNS.

- Paciente en medicina interna con antecedentes de depresión y valorado por Psiquiatría se tira por la ventana.
- Paciente con antecedentes psiquiátricos que accede al exterior por salida de emergencia de última planta y se precipita al vacío.

- ¿Suicidio o accidente? Una persona se precipita por hueco escaleras.

**10. Sepsis: 2**

- Exitus por sepsis tras cirugía de tumor renal.
- Fallecimiento por sepsis a partir de flebitis por catéter periférico.

**11. Otros: 1**

- Paciente en UCI delirante y gritando durante horas sin que hubiese ninguna intervención por parte de los facultativos.



# Incidentes notificados en atención primaria

Se incluyen los incidentes notificados en centros de atención primaria (y asimilados, como las residencias sociosanitarias) de 9 Comunidades Autónomas. Según puede verse en la tabla 11, la implantación del SiNASP en atención primaria está siendo muy progresiva y, aunque a finales de 2018 había 588 centros de atención primaria dados de alta en el sistema, eso no implica que dichos centros hayan comenzado a realizar notificaciones. De hecho, aunque se han incorporado más centros al sistema, en 2018 se han recibido notificaciones de 151 centros de atención primaria, una cifra inferior a la del año anterior.

**Tabla 11. Centros de atención primaria dados de alta en el SiNASP a 31 de diciembre de 2018 y los que han usado SiNASP en 2018**

CCAA	Comienzo de la implantación	Centros de AP*	Centros AP que usan SiNASP** en 2018	Centros AP que usan SiNASP en 2017
Aragón	Octubre 2014	36	3	7
Canarias	Noviembre 2014	44	2	1
Cantabria	Septiembre 2014	44	27	29
Castilla-La Mancha	Diciembre 2013	130	8	9
<b>Extremadura</b>	Octubre 2016	106	18	14
Galicia	Diciembre 2013	38	34	31
INGESA	-	-	-	-
La Rioja	Diciembre 2016	1	0	0
Murcia	Diciembre 2013	78	16	26
Navarra	Octubre 2014	71	33	35
Asturias	Noviembre 2014	40	10	11
<b>TOTAL</b>		<b>588</b>	<b>151</b>	<b>163</b>

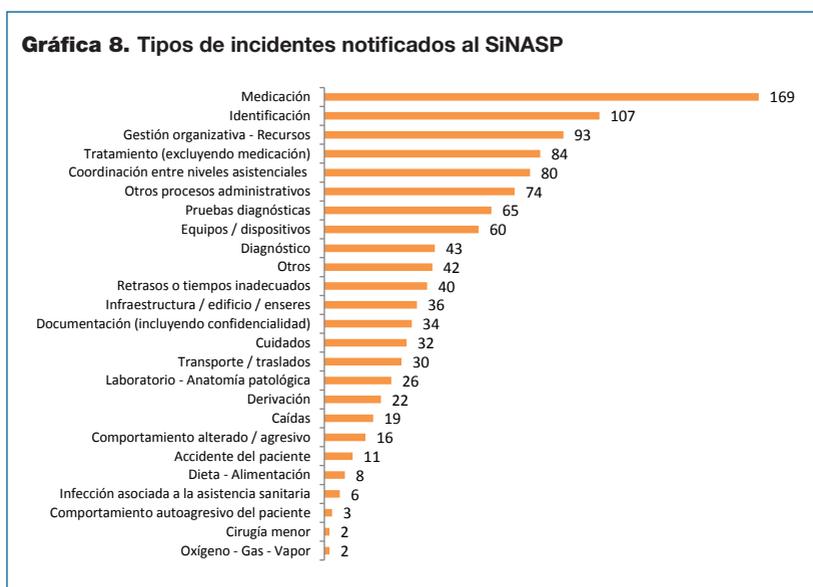
\* Incluye residencias sociosanitarias. El número de centros de AP no es comparable entre o dentro de las CCAA, ya que puede darse de alta como un centro cualquier tipo de unidad o agrupación de unidades de atención primaria, incluso un área entera (es el caso, por ejemplo, de los dos de Canarias que han notificado en 2018).

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

# Análisis global de los incidentes notificados

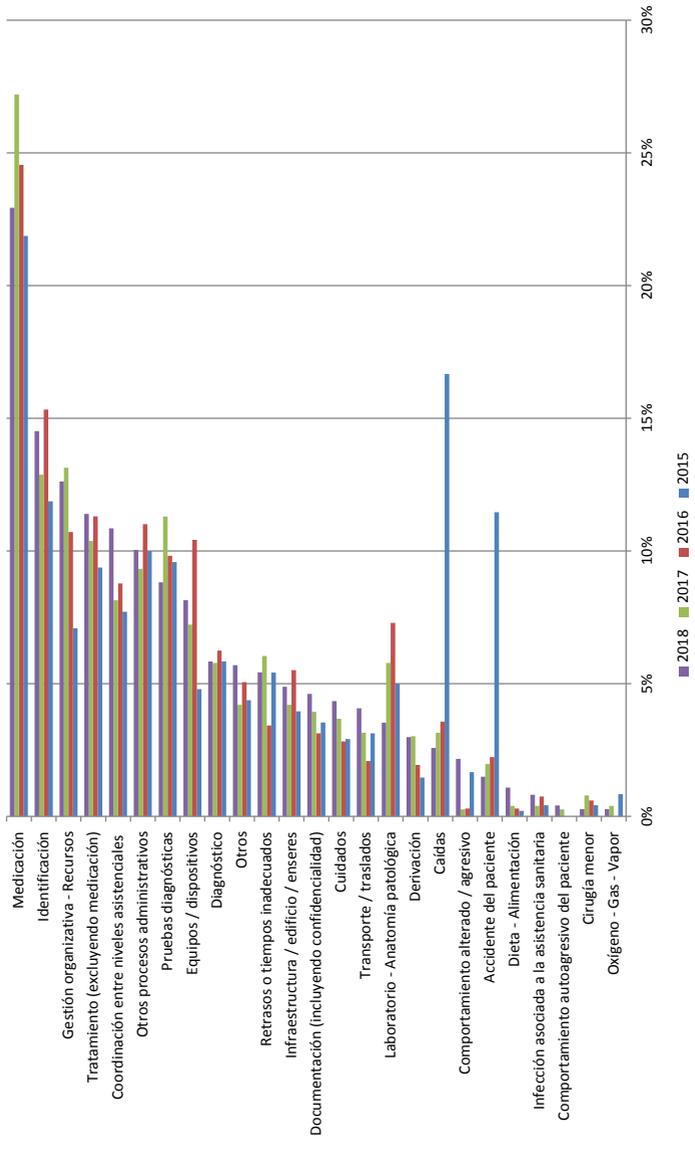
## Tipo de incidente

En la gráfica 8 se muestra la clasificación de los incidentes notificados según tipo de incidente. Es importante tener en cuenta que un mismo incidente puede categorizarse en más de una variable, porque puede afectar a varios temas. Además se trata de un campo voluntario, por lo que no todos los incidentes necesariamente se categorizan.



Las dos categorías principales de incidentes notificados en atención primaria son las mismas que se han señalado en el caso de los hospitales: medicación (169 incidentes, 22,9%) e identificación (107 incidentes, 14,5%), y en ambos casos los cambios en los porcentajes de notificación siguen el mismo sentido que en los hospitales: de descenso para las notificaciones relacionadas con la medicación (más de cuatro puntos) y de incremento en el caso de los incidentes de identificación con respecto al año pasado, sin que exista de momento una tendencia clara (gráfica 9).

**Gráfica 9. Comparativa de incidentes notificados al SINASP desde 2015**



En tercer lugar se notifican incidentes relacionados con la gestión administrativa/recursos en un porcentaje similar a 2017 (93 incidentes, 12,6%).

Con respecto a años anteriores se aprecia un incremento notable en la notificación de incidentes relacionados con la **coordinación entre niveles asistenciales** (10,9%, más de dos puntos y medio de subida). Los incidentes relacionados con el tratamiento –excluyendo medicación– se mantienen en niveles similares al periodo anterior (11,4%).

Sigue manteniéndose el descenso en la notificación de caídas y accidentes del paciente (que con frecuencia son categorías asociadas), así como la tendencia al alza de la notificación de incidentes relacionados con los cuidados.

## Lugar en que ocurrió el incidente

En 2018 no llegaron a la mitad los incidentes notificados generados en la consulta, un porcentaje bastante inferior al del año anterior (tabla 12). En cambio sube con respecto a 2017 el porcentaje de incidentes notificados que tuvieron lugar en una organización o lugar distinto al centro de atención primaria. De ellos, al menos el 48% tuvo lugar en el hospital (69 incidentes de los 117 en los que se indica el lugar) y solo 8 en el domicilio del paciente y 3 en la farmacia comunitaria; 27 de los incidentes en los que se señala el lugar sucedieron en una residencia sociosanitaria. La notificación de incidentes generados en atención continuada y urgencias experimenta una subida notable, pasando del 8,4% al 12,1% de las notificaciones.

**Tabla 12. Incidentes notificados según el área en que se produjo el incidente desde 2015**

INCIDENTES	2018		2017		2016		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Consultas/consultorio	347	47,08%	389	51,12%	342	50,89%	171	35,63%
Organización/lugar distinto al centro de AP	143	19,40%	121	15,90%	102	15,18%	171	35,63%
Área de atención continuada/urgencias/SUAP	89	12,08%	64	8,41%	60	8,93%	35	7,29%
Laboratorio	55	7,46%	82	10,78%	65	9,67%	54	11,25%
Otras áreas del centro de AP (escaleras, entrada...)	39	5,29%	30	3,94%	20	2,98%	15	3,13%
Área de administración/información	27	3,66%	30	3,94%	28	4,17%	11	2,29%
Radiología	12	1,63%	11	1,45%	9	1,34%	8	1,67%
Lugar desconocido	9	1,22%	8	1,05%	8	1,19%	2	0,42%
Sala de espera	7	0,95%	10	1,31%	16	2,38%	10	2,08%
Servicios de apoyo	5	0,68%	6	0,79%	6	0,89%	1	0,21%
Teléfono	4	0,54%	10	1,31%	16	2,38%	2	0,42%

## Profesión del notificante

En 2018 ha seguido disminuyendo el porcentaje de notificaciones realizadas por médicos, aunque siguen siendo los profesionales que más notifican (Tabla 13). En cambio, el porcentaje de notificaciones generadas por enfermeras sube más de cuatro puntos mientras que también disminuye notablemente la notificación de los farmacéuticos. Los porcentajes de notificación de otros grupos profesionales son demasiado bajos para detectar tendencias.

**Tabla 13. Incidentes notificados según la profesión del notificante desde 2015**

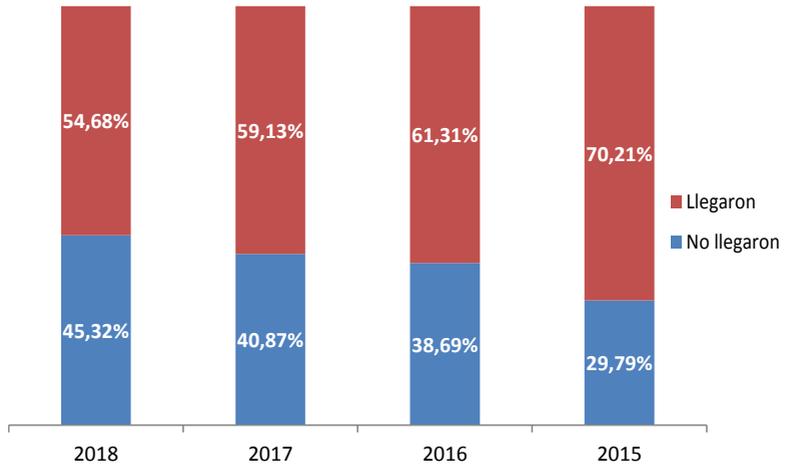
Profesión del notificante	2018		2017		2016		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico	335	45,45%	358	47,04%	334	49,70%	205	42,71%
Enfermero	288	39,08%	257	33,77%	231	34,38%	196	40,83%
Farmacéutico	65	8,82%	106	13,93%	81	12,05%	69	14,38%
Otros	22	2,99%	19	2,50%	7	1,04%	0	0,00%
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)	5	0,68%	10	1,31%	5	0,74%	3	0,63%
Otros técnicos de grado superior y medio	5	0,68%		0,00%	1	0,15%	0	0,00%
Fisioterapeuta	4	0,54%	4	0,53%	3	0,45%	1	0,21%
Técnico auxiliar de enfermería	4	0,54%	2	0,26%	7	1,04%	4	0,83%
Otros profesionales sanitarios	3	0,41%	4	0,53%	1	0,15%	0	0,00%
Otros licenciados/grados sanitarios	3	0,41%	0	0,00%	1	0,15%	2	0,42%
Técnico en Laboratorio de diagnóstico clínico	2	0,27%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Estudiantes/Personal en prácticas	1	0,14%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Técnico en Farmacia	0	0,00%	1	0,13%	1	0,15%	0	0,00%

## Consecuencia de los incidentes en los pacientes

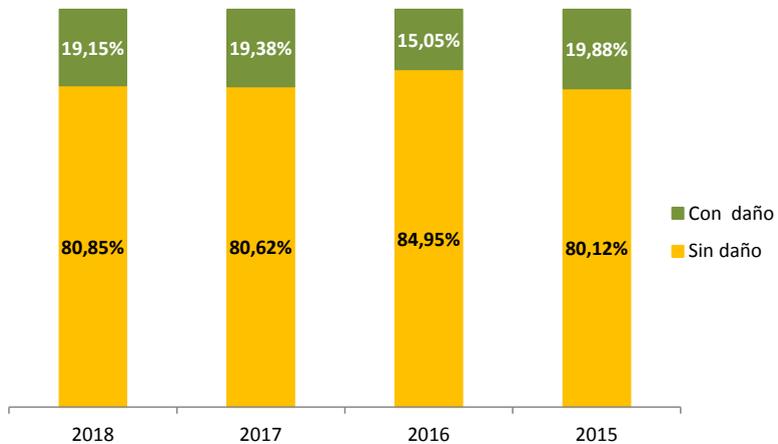
El porcentaje de incidentes notificados que llegaron al paciente sigue disminuyendo respecto a años anteriores (gráfica 10). Aunque aproximándose, este porcentaje sigue siendo mayor que en hospitales (54,68% frente a 53,52%).

De los incidentes que llegaron al paciente se mantiene similar con respecto a 2017 el porcentaje de incidentes con daño notificados (gráfica 11).

**Gráfica 10. Incidentes notificados según si llegaron o no al paciente desde 2015**



**Gráfica 11. Incidentes notificados según si produjeron o no daño al paciente desde 2015**



En la tabla 14 podemos ver además que sigue aumentando la notificación de situaciones con capacidad de causar un incidente, que suponen el 30% de todas las notificaciones recibidas, lo que puede estar indicando un cierto nivel de sensibilización por la gestión del riesgo entre los profesionales de la atención primaria.

**Tabla 14. Incidentes notificados según las consecuencias en los pacientes desde 2015**

INCIDENTES	2018		2017		2016		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Situación con capacidad de causar un incidente</b>	<b>221</b>	29,99%	<b>193</b>	25,36%	<b>175</b>	26,04%	<b>83</b>	17,29%
<b>Incidente que no llegó al paciente</b>	<b>113</b>	15,33%	<b>118</b>	15,51%	<b>85</b>	12,65%	<b>60</b>	12,50%
<b>Incidente que llegó al paciente</b>	<b>403</b>	54,68%	<b>450</b>	59,13%	<b>412</b>	61,31%	<b>337</b>	70,21%
El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	162	21,98%	153	20,11%	187	27,83%	131	27,29%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	163	22,12%	209	27,46%	163	24,26%	139	28,96%
Daño moderado: daño temporal menor y/o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o conflicto con el paciente	54	7,33%	63	8,28%	42	6,25%	46	9,58%
Daño importante: daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario	21	2,85%	19	2,50%	18	2,68%	18	3,75%
Catastrófico: muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente	2	0,27%	5	0,66%	2	0,30%	3	0,63%

## Riesgo asociado a los incidentes

Para la clasificación de los incidentes notificados se utiliza una versión modificada de la matriz del «Severity Assessment Code» (SAC) con algunas variaciones respecto a la que se utiliza en hospital. El sistema de clasificación de estas variables queda reflejado en la tabla 15.

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

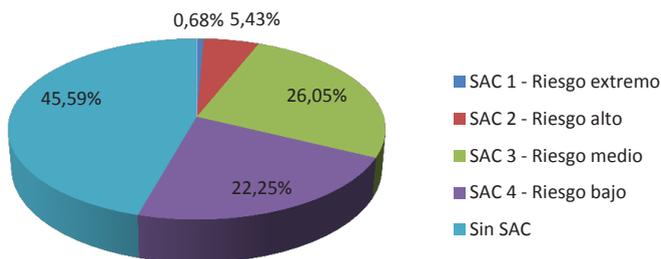
	Frecuente	Probable	Ocasional	Poco frecuente	Muy infrecuente
Muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente	Extremo	Extremo	Extremo	Extremo	Alto
Daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
Daño temporal menor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

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

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

El riesgo asociado a los incidentes notificados al SiNASP en atención primaria queda reflejado en la gráfica 12.

**Gráfica 12. Incidentes notificados al SiNASP según nivel de riesgo**



Algo más de un 6% de los incidentes notificados en 2018 han supuesto un riesgo elevado para el paciente. Esto supone una ligera disminución con respecto a 2017, como se puede apreciar en la gráfica 13, fundamentalmente por una menor notificación de incidentes clasificados como SAC 1. En general en 2018 disminuye el nivel de riesgo de los incidentes notificados que llegan al paciente, al tiempo que el porcentaje de incidentes sin SAC notificados va en aumento. La suma de los SAC 4 y los que no tienen SAC alcanza prácticamente el 68% del total de incidentes notificados, lo que supone el porcentaje más alto de toda la serie.

**Gráfica 13. Incidentes notificados al SiNASP según riesgo desde 2015**



## Factores contribuyentes a la aparición del incidente

La categorización de los factores que contribuyeron a la ocurrencia de los incidentes, según la opinión de los profesionales que los notifican, se incluye en la tabla 16.

Como en años anteriores, los factores profesionales y los factores de la organización son las dos categorías de factores contribuyentes principales, aunque si desglosamos por subcategorías, el mayor factor contribuyente es organizacional: la falta o inadecuación de las normas/procedimientos/protocolos de trabajo, seguido de los factores relacionados con el entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento (gráfica 14). No obstante, el factor que más aumenta es el relacionado con recursos humanos insuficientes/carga de trabajo. Entre los factores profesionales, el más importante sigue siendo el relacionado con la formación/conocimiento/competencia.

**Tabla 16. Incidentes notificados al SiNASP según los factores contribuyentes**

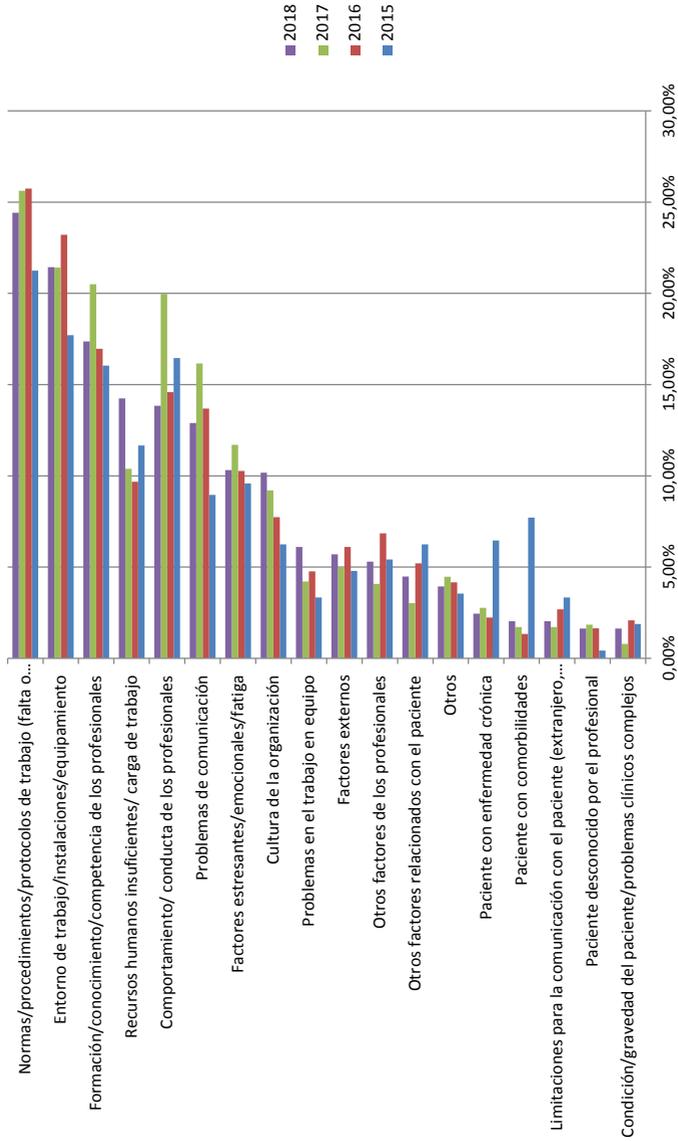
Factores contribuyentes	2018		2017		2016		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Factores profesionales</b>	<b>326</b>	44,23%	<b>348</b>	45,73%	<b>283</b>	42,11%	<b>194</b>	40,42%
Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	128	17,37%	156	20,50%	114	16,96%	77	16,04%
Comportamiento/conducta de los profesionales	102	13,84%	152	19,97%	98	14,58%	79	16,46%
Problemas de comunicación	95	12,89%	123	16,16%	92	13,69%	43	8,96%
Factores estresantes/emocionales/fatiga	76	10,31%	89	11,70%	69	10,27%	46	9,58%
Otros factores de los profesionales	39	5,29%	31	4,07%	46	6,85%	26	5,42%
<b>Factores de la organización</b>	<b>286</b>	38,81%	<b>280</b>	36,79%	<b>245</b>	36,46%	<b>155</b>	32,29%

**Tabla 16. Incidentes notificados al SiNASP según los factores contribuyentes**

Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	180	24,42%	195	25,62%	173	25,74%	102	21,25%
Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo	105	14,25%	79	10,38%	65	9,67%	56	11,67%
Cultura de la organización	75	10,18%	70	9,20%	52	7,74%	30	6,25%
Problemas en el trabajo en equipo	45	6,11%	32	4,20%	32	4,76%	16	3,33%
<b>Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento</b>	<b>158</b>	<b>21,44%</b>	<b>163</b>	<b>21,42%</b>	<b>156</b>	<b>23,21%</b>	<b>85</b>	<b>17,71%</b>
<b>Factores relacionados con el paciente</b>	<b>74</b>	<b>10,04%</b>	<b>61</b>	<b>8,02%</b>	<b>73</b>	<b>10,86%</b>	<b>93</b>	<b>19,38%</b>
Otros factores relacionados con el paciente	33	4,48%	23	3,02%	35	5,21%	30	6,25%
Paciente con enfermedad crónica	18	2,44%	21	2,76%	15	2,23%	31	6,46%
Paciente con comorbilidades	15	2,04%	13	1,71%	9	1,34%	37	7,71%
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	15	2,04%	13	1,71%	18	2,68%	16	3,33%
Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	12	1,63%	6	0,79%	14	2,08%	9	1,88%
Paciente desconocido por el profesional	12	1,63%	14	1,84%	11	1,64%	2	0,42%
<b>Factores externos</b>	<b>42</b>	<b>5,70%</b>	<b>38</b>	<b>4,99%</b>	<b>41</b>	<b>6,10%</b>	<b>23</b>	<b>4,79%</b>
<b>Otros</b>	<b>29</b>	<b>3,93%</b>	<b>34</b>	<b>4,47%</b>	<b>28</b>	<b>4,17%</b>	<b>17</b>	<b>3,54%</b>

El total puede superar el n° de incidentes notificados porque en un incidente pueden identificarse varios factores contribuyentes.

**Gráfica 14. Incidentes notificados al SiNASP desde 2015 según los factores contribuyentes**



## Incidentes clasificados como SAC 1

Se han revisado todas las notificaciones de incidentes de 2018 clasificadas como SAC 1 y las SAC 2 con consecuencia de daño importante que estaban cerradas a 30 de junio de 2019. En total se han analizado 17 incidentes: 5 clasificados como SAC 1 y 12 clasificados como SAC 2.

De ellos, según la clasificación de los notificantes, 2 fueron catastróficos (muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente) y 15 causaron un daño importante (daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario).

El 52,9% de las notificaciones fueron realizadas por personal de enfermería, aunque el 80% de las notificaciones SAC 1 fue realizada por médicos. Solo hubo un incidente grave notificado desde el ámbito farmacéutico.

**Tabla 17. Incidentes clasificados como SAC 1 y SAC 2 según la profesión del notificante**

Profesión del notificante	SAC 1	SAC 2	%
Médico	4	3	41,2%
Enfermera	1	8	52,9%
Farmacéutico	0	1	5,9%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	

Según los notificantes, el 35,3% de los incidentes se produjo en la consulta y el 29,4% en otra organización o lugar distinto al centro de atención primaria (tabla 18).

**Tabla 18. Áreas en las que tuvieron lugar los incidentes clasificados como SAC 1 y SAC 2**

Área	SAC 1	SAC 2	%
Consultas	3	3	35,3%
En una organización/lugar distinto al centro de AP	1	4	29,4%
Área de atención continuada/urgencias/SUAP	1	2	17,6%
Radiología		1	5,9%
Lugar desconocido		1	5,9%
Laboratorio		1	5,9%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	

Sin embargo, cuando se revisa el contenido de las notificaciones, en total hay doce incidentes que no tuvieron su origen en la atención primaria (diez si se excluyen los incidentes notificados en residencias, que se dan de alta como centros de salud):

1. SAC 1: 3
  - Domicilio del paciente (1): error de administración de medicamento por parte del familiar
  - Hospital (2):
    - error en prescripción electrónica al alta
    - error diagnóstico reiterado en el mismo paciente por radiografías no informadas
2. SAC 2: 9
  - Hospital:
    - no se informa al paciente de cambios en la prescripción de anticoagulante (detectado en consulta de AP domiciliaria)
    - empeoramiento de UPP (3)
    - Retraso diagnóstico de una fractura
    - TAC a paciente erróneo
  - Residencia: en realidad se considera un centro de AP
    - dos errores de administración durante las comidas
  - Lugar desconocido: error de administración de nebulizador a paciente ¿ingresado? ¿residencia?

Uno de los incidentes clasificados como SAC 1 en realidad es una situación con capacidad de generar un incidente.

Para simplificar, los incidentes se han agrupado de manera única, aunque en algunos casos pueden estar relacionados con más de una categoría. A partir de la descripción del incidente que aparece en el sistema, no en todos los casos queda claro cuál ha sido el problema de seguridad.

### **1. Incidentes relacionados con la medicación: 7**

Hay dos casos de intoxicación por medicamentos: un caso es por administración de haloperidol no pautado por parte de la familia y el otro por forzar las recetas durante años a petición del paciente, de manera que se dispensó y auto administró en mucha mayor cantidad de lo prescrito.

Hay dos errores de administración en residencias relacionados con la manera de distribuir la medicación durante las comidas: los residentes cambian de sitio y los medicamentos no. Hay dos incidentes relacionados con la prescripción electrónica: en un caso se selecciona un fármaco cuyo código ha cambiado a nivel nacional y eso da lugar a una suspensión del tratamiento en el sistema y la consiguiente omisión del tratamiento; en el otro caso se cambia el medicamento (anticoagulante) prescrito en el sistema, pero no se informa de manera verbal al paciente, que sigue con la pauta anterior causando hemorragia e ingreso.

Finalmente se informa de un error de vía de administración por usar el mismo tipo de jeringa para nebulización y endovenosa, aunque del texto de la notificación no es posible deducir el lugar en que se produce.

## **2. Incidentes relacionados con el diagnóstico: 5**

Hay dos incidentes de retraso en el diagnóstico por falta de reconocimiento del problema en radiografías solicitadas pero no informadas por el radiólogo.

Otras dos notificaciones refieren una falta de reconocimiento de la situación grave del paciente que genera un retraso en su ingreso hospitalario: uno es por la actuación imprudente del personal administrativo, que toma la decisión de derivar a un paciente a otro recurso sin que exista ninguna valoración sanitaria previa; el segundo podría tratarse de una negligencia médica, al no derivar al hospital y dejar en domicilio un caso de clara sospecha de ACV que posteriormente requirió ingreso.

Finalmente se describe un error reiterado de identificación y confusión entre dos pacientes en una prueba diagnóstica en el hospital que puede tener consecuencias de retraso diagnóstico grave para uno de ellos.

## **3. Incidentes relacionados con los cuidados: 3**

Todos los incidentes de este grupo se notificaron en atención primaria, pero se produjeron en el hospital.

Son casos de pacientes que presentan úlceras por presión tras su estancia o tratamiento en el hospital.

En dos de ellos en realidad se produce un grave empeoramiento, al tratarse de pacientes vulnerables con úlceras al ingreso que estaban en tratamiento y proceso de remisión en atención primaria. Los notificantes atribuyen el incidente a la escasez de recursos humanos para este tipo de cuidados en hospital.

El tercer caso parece más bien tener su origen en la falta de atención a las quejas del paciente de tener dolor en el miembro escayolado por parte del personal facultativo y de enfermería del servicio de traumatología.

#### **4. Incidentes relacionados con la gestión organizativa: 1**

Un incidente muy grave con resultado de muerte se produce por retraso en la atención a un paciente que llega a un punto de atención continuada en el que no hay personal sanitario por encontrarse este trasladando a otro paciente al hospital.



# Indicadores de gestión del SiNASP

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

A nivel de centro y área sanitaria, los indicadores avisan a los gestores sobre los aspectos que tienen unos resultados considerablemente distintos a los de los demás centros, o bien que tienen tendencias negativas. Los gestores del SiNASP en las comunidades autónomas (CCAA) y en el Ministerio de Sanidad (MSCBS) también disponen de un cuadro de mando compuesto por una selección de estos indicadores. Mediante esta información, los gestores en las CCAA y en el MSCBS tienen una visión global del funcionamiento del sistema, que ayuda a orientar el apoyo a los centros.

La tabla 19 presenta una selección de indicadores de hospitales y atención primaria agregados a nivel global del SiNASP.

**Tabla 19. Indicadores de gestión del SiNASP a nivel Sistema Nacional de Salud**

	Hospital				Atención Primaria			
	2018	2017	2016	2015	2018	2017	2016	2015
<b>Volumen de notificaciones</b>								
nº notificaciones recibidas*	4.911	4.655	4.919	4.018	821	800	710	516
<b>Características de las notificaciones</b>								
% SAC 1 y SAC 2 respecto al total	8,7	9,8	10,5	9	7,2	7	6,5	10,1
% notificantes identificados	65,5	60,3	59	61,7	67	67,9	64,4	61,8
<b>Gestión de las notificaciones</b>								
Tiempo medio asignación (días)	23,8	17,2	10	26,4	15,9	15,6	10,7	18
Tiempo medio gestión notif. (días)	75,6	54,5	45,3	50,7	53,5	37,5	31,5	29,3
% de notificaciones > 1 mes no gestionadas	9,6	5,3	5,7	4,8	9,3	4,9	5,8	5,8
% notif. cerradas con acciones	89,1	85,5	84,9	85,7	83,8	84,5	87,3	70,6
<b>Análisis de las notificaciones</b>								
% notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR	22,9	23,5	20,8	17,5	14,8	12	16,7	14
% notificaciones con indicación de ACR	6,2	5,2	4,6	3,7	6,9	2,1	4,6	2,4
<b>Mecanismos de feedback</b>								
% correos enviados a notificantes identificados	82,9	79,1	82,3	79,5	73,1	63,1	64,6	50
* El número de notificaciones recibidas es el total, incluidas las que todavía no se habían terminado de gestionar a 30 de junio de 2019 y, por lo tanto, no han sido incluidas en el análisis de este informe.								

Las tablas 20 y 21 presentan los mismos indicadores desagregados por comunidad autónoma, en hospitales y en atención primaria.

<b>Tabla 20. Indicadores de gestión del SINASP en hospitales en 2018 desagregado por CCAA</b>												
CCAA:	Castilla-La Mancha	Galicia	Murcia	Cantabria	Canarias	Aragón	Navarra	Extremadura	INGESA	Asturias	La Rioja	Total
<b>Volumen de notificaciones</b>												
nº notificaciones recibidas	331	2150	533	266	180	339	1013	393	18	504	5	4.911
<b>Características de las notificaciones</b>												
% SAC 1 y SAC 2 respecto al total	10,6	5,6	13,9	5,3	18,3	10,9	10,8	5,6	5,6	7,7	0	8,7
% notificantes identificados	76,7	59,1	68,5	72,9	77,2	82,3	65,7	65,6	38,9	65,1	100	65,5
<b>Gestión de las notificaciones</b>												
Tiempo medio asignación (días)	35	8	31,5	8,6	19,8	15,9	10,3	106,4	197,1	19,5	0	23,8
Tiempo medio gestión notif. (días)	77,8	23,4	38,5	56,5	39,7	47,3	57,6	134	214,8	241	0	75,6
% de notificaciones > 1 mes no gestionadas	30,2	3,1	18,6	0	17,2	13,9	13,1	3,6	5,6	9,9	80	9,6
% notif. cerradas con acciones	87,7	88,3	93,1	93,3	88,8	89,6	83,4	87,8	96,6	89,6	0	89,1
<b>Análisis de las notificaciones</b>												
% notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR	20	23,3	50,7	9,1	28,6	16	2,9	20,8	0	23,1	0	22,9
% notificaciones con indicación de ACR	6,8	2,6	9,9	1,2	10,4	4	1,3	29	13,8	8	0	6,2
<b>Mecanismos de feedback</b>												
% correos enviados a notificantes identificados	56,7	81,6	76,1	91,1	86,2	76,4	85,9	85,8	13,3	86	100	82,9

<b>Tabla 21. Indicadores de gestión del SINASP en atención primaria en 2018 desagregado por CCAA</b>												
CCAA:	Castilla-La Mancha	Galicia	Murcia	Cantabria	Canarias	Aragón	Navarra	Extremadura	INGESA	Asturias	La Rioja	Total
<b>Volumen de notificaciones</b>												
nº notificaciones recibidas	21	308	38	84	29	24	194	85	-	38	0	821
<b>Características de las notificaciones</b>												
% SAC 1 y SAC 2 respecto al total	14,3	6,2	2,6	9,5	6,9	12,5	6,7	8,2	-	7,9	0	7,2
% notificantes identificados	95,2	56,5	84,2	84,5	58,6	95,8	58,2	75,3	-	94,7	0	67
<b>Gestión de las notificaciones</b>												
Tiempo medio asignación (días)	46,1	18,5	64,4	1,8	7,2	0,2	13,3	10	-	22,2	0	15,9
Tiempo medio gestión notif. (días)	105,5	24,6	69,6	48,8	22,8	0	19,1	35,2	-	246,3	0	53,5
% de notificaciones > 1 mes no gestionadas	19	6,2	23,7	0	3,4	0	18,6	7,1	-	2,6	0	9,3
% notif. cerradas con acciones	100	73,4	96,7	74,6	62,5	95,8	95	93,8	-	89,3	0	83,8
<b>Análisis de las notificaciones</b>												
% notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR	0	35,3	0	0	0	0	0	14,3	-	14,3	0	14,8
% notificaciones con indicación de ACR	0	3,2	0	1,7	0	4,2	0	48,1	-	2,4	0	6,9
<b>Mecanismos de feedback</b>												
% correos enviados a notificantes identificados	85,7	40,1	80	100	100	100	76,6	92,2	-	86,6	0	73,1

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

- El número de notificaciones recibidas en los hospitales y en atención primaria ha aumentado respecto a 2017. Sin embargo, en junio de 2019 todavía estaban pendientes de gestionar el 11,5% de las notificaciones de hospital (en 2017 fueron el 5,8%) y el 10,2% de las de atención primaria (el 4,9% en 2017).
- El tiempo medio de asignación de notificaciones ha aumentado de manera notable con respecto a 2017 en hospitales (23,8 días frente a 17,2) y se mantiene similar en atención primaria (15,9 días frente a 15,6), existiendo amplias diferencias entre CCAA. Convendría revisar qué centros tienen problemas para realizar esta tarea y plantear posibles soluciones (tiempo, formación...). Este indicador solo se calcula en aquellos centros que tienen más de un gestor y en los que el gestor principal debe determinar a quién se asigna la gestión de cada notificación.
- El tiempo medio de gestión es muy alto y se ha incrementado también con respecto a 2017: 75,6 días en hospitales (frente a 54,5 días en 2017) y 53,5 días en primaria (frente a 37,5 en 2017). Solo en una comunidad autónoma es inferior a un mes en el caso de hospitales. En el caso de primaria un par de CCAA tienen tiempos muy elevados con respecto al resto, que presentan tiempos más moderados. La información que aporta este dato debe valorarse con precaución, ya que aunque para el sistema las notificaciones deberían cerrarse (y por tanto quedar «gestionadas» a efectos de la aplicación) una vez decidido qué es lo que se va a hacer con ellas, no siempre se procede así, sino que algunos gestores solo las dan por cerradas una vez que se han elaborado los correspondientes planes de mejora o realizado un análisis en profundidad. Para evitar esto, la aplicación tiene una opción para cerrar las notificaciones y señalar que se mantienen acciones pendientes, por lo que deberían unificarse los criterios con los gestores a nivel de todo el SiNASP para que este indicador pueda interpretarse adecuadamente.
- El porcentaje de notificaciones que pasan más de un mes sin ser gestionadas también ha aumentado y es del 9,6% en hospitales y el 9,3% en primaria. Las cifras varían bastante entre

CCAA y mayoritariamente están por debajo del 20%. Sigue destacando en positivo el caso de Cantabria, que cierra todas sus notificaciones antes del mes. Las precisiones realizadas en el punto anterior también valdrían en este caso.

- El porcentaje de notificaciones que se cierran con acciones sube hasta el 89% en hospitales y se mantiene en torno al 84% en primaria. Esta cifra debería ser prácticamente del 100%, por lo que sería conveniente clarificar este tema con los gestores locales.
- El 8,7% de las notificaciones de hospital son SAC 1 o SAC 2 (algo menos que en años anteriores), y el 22,9% de ellas se cierra con indicación de realizar un análisis causa-raíz. En el caso de hospitales hay gran variabilidad en los datos entre comunidades autónomas (desde un 3% en el caso de Navarra hasta el 50% en el caso de Murcia). Posiblemente convenga revisar y unificar criterios.
- Aumenta el porcentaje de los notificantes identificados que recibe un correo de acuse de recibo, tanto en hospitales como en atención primaria. Esta cifra debería aproximarse al 100%. El porcentaje sigue siendo mayor en hospitales (82,9%) que en atención primaria (73,1%). Esta es una acción muy sencilla que favorece la notificación, por lo que es muy importante concienciar a los gestores locales de que la realicen. Pero solo puede realizarse si no transcurre mucho tiempo desde la recepción de la notificación, por lo que es importante que la gestión se realice lo antes posible.
- El porcentaje de notificantes que se identifican ha aumentado con respecto a 2017 en el caso de los hospitales. El porcentaje de notificantes que se identifican sigue siendo mayor en atención primaria, pero las cifras se van aproximando (67% frente a 65,5%). En 3 CCAA las cifras de primaria están por encima del 90%, mientras que en el caso de los hospitales solo una supera el 80% (se excluye La Rioja porque el número de notificaciones es muy bajo, al estarse iniciando el uso del sistema).

# 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 mejorar la gestión del SiNASP

Es importante agilizar la gestión de las notificaciones: es excesivo que más del 10% de las notificaciones recibidas en 2018 permanezcan sin terminar de gestionar a nivel local en junio de 2019 y esta información no pueda analizarse a nivel global del sistema. Es necesario unificar el criterio de cerrar las notificaciones una vez decididas las acciones a realizar, de manera que la información recogida por el indicador **tiempo de gestión de las notificaciones** realmente pueda servir para detectar la necesidad de mejoras en el sistema de trabajo. Actualmente la aplicación cuenta con la posibilidad de señalar aquellas notificaciones que se cierran con acciones pendientes, por lo que los gestores deberían usar esta herramienta y cerrar las notificaciones en el momento oportuno.

Uno de los aspectos a mejorar en relación con los indicadores de gestión evaluados es la reducción del **tiempo que se tarda en asignar las notificaciones**. Es preciso recordar que, en el caso de las notificaciones no anónimas, la información identificativa desaparece a los 15 días, por lo que el retraso puede impedir recabar datos adicionales sobre el incidente, así como proporcionar *feedback* al notificante, con el consiguiente efecto desmotivador. Por lo tanto, es fundamental que los gestores locales del SiNASP cuenten con el tiempo y los recursos para poder desarrollar su tarea.

Según los porcentajes que figuran en los indicadores, en 2018 se habrían realizado en torno a 100 análisis causa-raíz. Deberían buscarse fórmulas adecuadas para que esta valiosa información revierta al sistema y beneficie a todos los usuarios.

# Recomendaciones relacionadas con los incidentes notificados al SiNASP

## Incidentes relacionados con la identificación del paciente

En 2018 se constata un aumento de las notificaciones relacionadas con la identificación del paciente, tanto en hospital como en primaria. Por eso hemos considerado importante revisar las recomendaciones sobre este tema tan fundamental para la seguridad de los pacientes.

### A. Recomendaciones incluidas en la Estrategia de seguridad del paciente del SNS

La *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020*<sup>1</sup> incluye entre sus objetivos generales promover la identificación inequívoca del paciente. Para ello plantea las siguientes recomendaciones:

- Desarrollar e implementar acciones para la correcta identificación del paciente que incluyan:
  - Utilizar al menos dos identificadores únicos del paciente. Utilizar preferentemente métodos de identificación automatizados.
  - Comprobar la identificación del paciente en cada procedimiento, especialmente en los de alto riesgo.
  - Establecer sistemas estandarizados de identificación inequívoca de pacientes y de aquellos con riesgos específicos.
  - Formar al personal en el procedimiento adecuado para la identificación de los pacientes y la necesidad de verificarla, al menos ante cualquier intervención de riesgo.
  - Incorporar activamente al paciente/cuidador en el proceso de identificación.

<sup>1</sup> Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.

- Realizar una evaluación y seguimiento del proceso de identificación.
- Identificar inequívocamente al recién nacido antes de salir del paritorio y en presencia de la madre o familiar, siempre que sea posible.
- Comprobar inequívocamente la titularidad del documento clínico de cada usuario, que se utilice durante la asistencia sanitaria.
- Etiquetar las muestras biológicas y pruebas de imagen en el mismo momento de su obtención.
- Establecer acciones que aseguren la trazabilidad de muestras biológicas, sólidas y líquidas, reemplazables o no y determinantes para el diagnóstico, desde el origen de obtención de la muestra.
- Establecer mecanismos a nivel hospitalario y extrahospitalario para identificar pacientes no identificables y diferenciar adecuadamente aquellos con identificadores similares (mismo nombre, etc.).

## B. Recomendaciones del Instituto ECRI

En 2016 *ECRI Institute* publicó una serie de recomendaciones clave a partir del análisis de 7.613 incidentes de seguridad relacionados con la identificación del paciente<sup>2</sup>. Se presentan a continuación, agrupadas en siete categorías temáticas:

### 1. Liderazgo:

- Transmitir al personal que la identificación adecuada de los pacientes es una prioridad de la organización y una práctica fundamental para la atención segura.
- Interesarse por conocer las prácticas de identificación utilizadas en la organización y las experiencias al respecto (por ejemplo, qué eventos adversos y reclamaciones están relacionados con la identificación de los pacientes), con el fin de identificar fortalezas y oportunidades de mejora.

<sup>2</sup> ECRI Institute PSO Deep Dive. Patient Identification: Executive summary. Plymouth Meeting, PA: ECRI Institute; 2016.

- Apoyar las iniciativas de mejora en esta área, movilizándolo a los muchos agentes implicados y proporcionando el personal y los recursos adecuados.
2. Políticas y procedimientos:
- Revisar los procesos de la organización, por ejemplo realizando un AMFE, para descubrir problemas latentes del sistema relacionados con la identificación del paciente.
  - Adoptar un protocolo estandarizado para verificar la identidad del paciente; garantizar que se explicitan los detalles de la identificación (por ejemplo, qué identificadores se deben utilizar y cuándo).
  - Garantizar que todo el personal cuyo trabajo tiene relación con la identificación del paciente recibe formación sobre el protocolo y sobre la importancia de respetar los procedimientos de identificación del paciente.
  - Dar a conocer al personal aquellos incidentes que se han producido en la organización, con el fin de que tomen conciencia de que los errores de identificación pueden ocurrir y tener graves consecuencias.
3. Participación del paciente y la familia:
- Comprometer al paciente y sus familiares en la identificación explicándoles cuál es el objetivo y enfatizando la importancia de su papel para garantizar que la identificación sea correcta.
  - Animar a los pacientes a que no se queden callados si el personal no les solicita sus identificadores o si se les aborda para realizarles pruebas o tratamientos no previstos.
  - Capacitar a los pacientes para poder ver y acceder a la información sobre su ingreso hospitalario y visitas médicas desde un portal del paciente que sea seguro. Pedirles que si detectan información incorrecta o que falta información lo notifiquen: los errores pueden ser el resultado de una confusión entre pacientes.
4. Admisión del paciente:
- Proporcionar al personal de admisión unas políticas y procedimientos claramente definidos para el proceso de admisión:

introducir una información incorrecta del paciente en la admisión puede comprometer la calidad de la asistencia a lo largo del curso del tratamiento si los errores no se detectan y corrigen.

- Contemplar la posibilidad de complementar el proceso de admisión con métodos de identificación biométrica para mejorar la identificación del paciente.
- Fomentar un ambiente de trabajo que apoye al personal de admisión y valore su contribución a la seguridad del paciente a través de una identificación rigurosa del paciente.
- Incorporar al programa de calidad medidas tales como las tasas de duplicación de historias o de historias con datos mezclados de distintos pacientes, y compartir los resultados con el personal de admisión.
- Monitorizar iniciativas públicas y privadas para mejorar la correspondencia de las historias clínicas y para promover el intercambio de información entre organizaciones.

#### 5. Estandarizar y simplificar:

- Adoptar características estandarizadas para las pulseras identificativas con el fin de mejorar la facilidad de uso y la legibilidad (ej. la manera de mostrar la información, la ubicación del nombre del paciente...).
- Garantizar que se aplican de manera uniforme y se utilizan consistentemente los protocolos para evitar realizar procedimientos al paciente incorrecto, incluido el protocolo de pausa pre-procedimiento («Time out»).
- Contar con un listado de procedimientos invasivos que se realizan fuera del quirófano y que requieren la aplicación del protocolo de prevención de errores de paciente incorrecto.

#### 6. Tecnología:

- Garantizar el uso seguro de la tecnología para prevenir errores de paciente incorrecto; adoptar medidas para prevenir las disparidades que se producen cuando se registra información errónea del paciente en los equipos a la cabecera del paciente, como en el caso de las pruebas a pie de cama o de los monitores fisiológicos.

- Contemplar la posibilidad de usar la tecnología (código de barras, identificación por radiofrecuencia) como soporte para la identificación del paciente, al tiempo que se abordan sus limitaciones.
- Adoptar un enfoque bien definido para evaluar e implementar tecnologías que aumenten la seguridad y para monitorizar su uso tras la implementación con el fin de alcanzar su máximo beneficio: la tecnología puede contribuir a los errores si está mal diseñada, si el personal no sabe cómo utilizarla correctamente o de manera óptima o si la percibe como una interferencia a su carga de trabajo.
- Incorporar estrategias para mejorar la facilidad de uso de los sistemas de tecnologías de la información y para minimizar el riesgo de error humano: los abordajes incompletos en la planificación, implementación y uso continuado de la tecnología de la información pueden dar lugar a consecuencias imprevistas como errores en la gestión de las historias clínicas y los datos.
- Mostrar claramente aquellos atributos que se usan para la identificación del paciente (apellidos, nombre, fecha de nacimiento, edad calculada, sexo, número de historia) en todas las aplicaciones tecnológicas e incluir un distintivo o cabecera con al menos dos identificadores del paciente en cada pantalla, vista o despliegue de la historia clínica electrónica.
- Presentar de manera visualmente distinta los nombres de los pacientes que se encuentren en líneas adyacentes en una pantalla de ordenador para disminuir la posibilidad de seleccionar el nombre de paciente equivocado.
- Aprovechar las funciones de la tecnología de la información para dar soporte a los procesos de verificación del paciente (ej. insertar fotografías del paciente en la historia, toma de decisiones para verificar el paciente).

Estos aspectos se desarrollan algo más en el siguiente apartado.

#### 7. Notificación de incidentes y respuesta:

- Fomentar una cultura en la que el personal reconozca la importancia de notificar los incidentes relacionados con errores

de identificación como parte del compromiso general con la seguridad del paciente.

- Analizar los incidentes identificados por la notificación mediante una investigación estructurada paso por paso para identificar las grietas del proceso que originan los errores.
- Utilizar lo aprendido a partir de las notificaciones para mejorar la identificación del paciente y devolver al personal la información sobre las mejoras que se han puesto en marcha como resultado de sus notificaciones.
- Realizar evaluaciones proactivas del riesgo para descubrir problemas sistémicos que contribuyen a errores de identificación del paciente, así como problemas específicos de determinadas unidades o escenarios, como unidades neonatales, urgencias o áreas de atención a trastornos de conducta.
- Realizar auditorías periódicas de los procesos de identificación (incluyendo los procesos electrónicos) para monitorizar y detectar tendencias en el cumplimiento.
- Proporcionar informes al gobierno de la organización sobre la efectividad de las iniciativas de identificación del paciente con el fin de mantener el compromiso de la organización con este tema.

### C. Tecnologías de la información e identificación correcta del paciente

Como se comentaba en las recomendaciones del ECRI, las tecnologías de la información (TI) que se utilizan en el ámbito sanitario pueden ser tanto un factor de ayuda para la identificación correcta como un factor contribuyente a la generación de errores.

Las TI proporcionan un acceso rápido a la información relevante del paciente a través de servicios, entornos y organizaciones. Dentro de las TI se incluyen las historias clínicas electrónicas, la emisión de órdenes y prescripciones electrónicas, los sistemas de citación y los sistemas de dispositivos médicos integrados como los utilizados para pruebas y resultados diagnósticos. Otra tecnología, como los códigos de barras y los escáneres biométricos, pueden servir de ayuda para la identificación del paciente, pero si la implementación no se piensa y analiza adecua-

damente, pueden añadir otro elemento de complejidad al proceso de identificación del paciente.

Algunos problemas frecuentes relacionados con la identificación del paciente y las TI podrían ser, por ejemplo: introducir información en la historia del paciente equivocado (por tener abiertas múltiples historias), abrir historias por duplicado, asignar una prueba diagnóstica al paciente equivocado. Estos errores a su vez pueden resultar en daño o conducir a nuevos errores.

En este contexto una identificación correcta del paciente tendría tres elementos: la recogida o «captura» correcta de la información; el emparejamiento correcto de la información con el paciente; y la manera de presentar dicha información para mejorar la captura y el emparejamiento.

Según *The Joint Commission* las organizaciones pueden seguir una serie de recomendaciones para contribuir a garantizar que los profesionales utilizan la tecnología de manera que contribuya a una identificación correcta del paciente<sup>3</sup> –algunas ya se han mencionado en el apartado anterior–:

- Que los clínicos participen en el desarrollo de la configuración de la historia clínica electrónica con el objetivo de limitar las distracciones durante el proceso de documentación para prevenir los errores de identificación.
- Utilizar un proceso activo de confirmación para emparejar el paciente y la documentación: por ejemplo, la confirmación verbal por parte del paciente, introducir las iniciales del paciente o emparejar una foto del paciente en un cuadro de diálogo antes de confirmar órdenes o tras un periodo de inactividad. Siempre deben utilizarse dos identificadores.
- Usar un proceso estandarizado para la identificación del paciente y para la captura de información del paciente sin importar dónde tenga lugar el registro. La información debe introducirse en los campos electrónicos utilizando normas estándar de identificador único.
- Estandarizar la manera de presentar los identificadores del paciente en los distintos sistemas, desde el sistema de admisión

<sup>3</sup> The Joint Commission. People, processes, health IT and accurate patient identification. Quick Safety 45; October 01, 2018.

hasta la historia clínica. Los ingenieros de factores humanos recomiendan que la información se presente de manera consistente y predecible, por ejemplo, ordenando los datos del paciente siempre de la misma manera.

- La información necesaria para identificar al paciente de manera correcta debe presentarse de manera clara en la pantalla electrónica, las pulseras y el material impreso. Se debe resaltar la información distintiva en las pantallas, impresos y aquellas áreas en las que se actúa. Esto puede implicar, por ejemplo, mostrar una foto en color del paciente como parte de su identificador o mostrar de manera visualmente distinta los nombres de pacientes que están en líneas adyacentes.
- Si se utilizan tecnologías de identificación y captura automática de datos –códigos de barras, escáneres biométricos, identificación por radiofrecuencia– hay que elaborar procedimientos de uso para facilitar y mejorar una correcta identificación del paciente y formar al personal en dichos procedimientos.
- Implementar sistemas de monitorización para detectar errores de identificación de manera inmediata, como revisiones regulares de errores de identificación y potenciales duplicados de historias. Algunos sistemas de historia clínica electrónica poseen la opción de emitir informes con una lista de potenciales duplicados –resaltando historias que contienen información clínica o demográfica muy similar para pacientes con nombres diferentes o viceversa–. El National Quality Forum ha desarrollado un indicador de paciente erróneo que se basa en medir la retirada de una orden de la historia clínica de un paciente y su emisión en la historia clínica de otro en un breve intervalo de tiempo («Wrong-Patient Retract-and-Reorder rate»)<sup>4</sup>.
- Incorporar alertas de alta especificidad y notificaciones para facilitar una adecuada identificación: por ejemplo avisar a los usuarios cuando intenten crear una nueva historia para un paciente cuyo nombre y apellido/s coincidan con el de otro, o cuando intenten buscar un paciente y la búsqueda devuelva múltiples pacientes con el mismo nombre o nombres similares.

<sup>4</sup> Patient Safety 2015. Final Technical Report. National Quality Forum, 2016.

Finalmente cabe recordar que ISMP España publicó en diciembre de 2018 un boletín dedicado específicamente a los errores de medicación por incorrecta identificación de los pacientes que incluye recomendaciones específicas en esta línea<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> ISMP-España. Boletín de recomendaciones para la prevención de errores de medicación. Número 47 – Diciembre 2018.

Este es el informe agregado de los incidentes notificados al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) del año 2018. El objetivo de este informe es presentar los incidentes notificados en el hospital, en atención primaria, los indicadores de gestión del SiNASP y presentar algunas recomendaciones para mejorar la propia gestión del sistema, y de algunos incidentes notificados durante 2018.

Durante este periodo las Comunidades de Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, La Rioja, Murcia, Navarra, Principado de Asturias y las ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, han utilizado SiNASP como sistema de notificación, configurando un total de 74 áreas sanitarias y 114 hospitales dados de alta en el sistema, y recogiendo 4348 notificaciones procedentes de hospitales y 737 de Atención Primaria. Aunque los incidentes relacionados con la medicación siguen siendo los de notificación más frecuente (20,6% en hospital y 22,9% en Atención Primaria), en los hospitales en el año 2018 se ha observado una tendencia creciente en la notificación de incidentes relacionados con la identificación y los relacionados con equipos y dispositivos.

Con esta información el SiNASP pretende fomentar la cultura de Seguridad del Paciente, compartir conocimiento entre organizaciones y, continuar siendo una herramienta útil para promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje. Este informe como el de años anteriores ayuda a la retroalimentación de los profesionales que forman parte del sistema y así incentivar la mejora continua en las Comunidades donde está implantado, abordando específicamente recomendaciones sobre la notificación de incidentes relacionados con la identificación del paciente.

