

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

Incidentes de seguridad
notificados en 2017

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

Incidentes de seguridad
notificados en 2017

Este documento ha sido encargado a la Fundación Avedis Donabedian en el marco del contrato nº: 201707PN0008.

Redacción

Fundación Avedis Donabedian

María del Mar Fernández Maíllo
Joaquim Bañeres Amella

Revisión

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Yolanda Agra Varela
Nuria Prieto Santos

Comunidades Autónomas

Aragón: Mabel Cano del Pozo
Asturias: Bernabé Fernández González
Canarias: María Paloma García de Carlos
Cantabria: Jose Luis Teja Barbero
Castilla-La Mancha: Sonia Cercenado Sorando
Extremadura: Ana Belén Pérez
Galicia: Maria 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, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18 - 28014 MADRID

NIPO: 731-19-038-X

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

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

Incidentes de seguridad
notificados en 2017



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

Índice

Alcance	9
Incidentes notificados en hospital	11
Análisis global de los incidentes notificados	12
Tipo de incidente	12
Lugar en que ocurrió el incidente	14
Profesión del notificante	15
Consecuencia de los incidentes en los pacientes	17
Riesgo asociado a los incidentes	20
Factores contribuyentes a la aparición del incidente	22
Análisis de incidentes clasificados como SAC 1	24
Incidentes notificados en atención primaria	33
Análisis global de los incidentes notificados	34
Tipo de incidente	34
Lugar en que ocurrió el incidente	36
Profesión del notificante	37
Consecuencia de los incidentes en los pacientes	38
Riesgo asociado a los incidentes	40
Factores contribuyentes a la aparición del incidente	42
Análisis de incidentes clasificados como SAC 1 y SAC 2	44
Indicadores de gestión del SINASP	49
Recomendaciones	55
Recomendaciones para mejorar la gestión del SiNASP	55
Recomendaciones relacionadas con los incidentes más graves notificados al SiNASP	56
Incidentes relacionados con la comunicación de resultados de pruebas diagnósticas	56
Incidentes relacionados con la transferencia de pacientes inestables o críticos	59

Incidentes relacionados con la formación de úlceras por presión durante la hospitalización	61
Prevención de caídas en atención primaria	62

Alcance

Este informe incluye los incidentes notificados al SiNASP durante el año 2017 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 2017.

Tabla 1. Centros dados de alta en SiNASP a 31 de diciembre de 2017		
Comunidad Autónoma	Áreas Sanitarias	Hospitales*
Aragón	8	13
Canarias	3	6
Cantabria	3	4
Castilla-La Mancha	15	15
Extremadura	9	17
Galicia	7	15
INGESA	0	2
La Rioja**	1	4
Murcia	10	11
Navarra	6	6
Principado de Asturias	8	15
TOTAL	70	108

* Incluye también los servicios de emergencias extrahospitalarias
** La CCAA de La Rioja se dio de alta en el SiNASP a finales de 2016 y en 2017 todavía no había empezado a notificar.

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 2017 que estaban cerradas el 30 de junio de 2018:

- Hospital: 4.391 notificaciones.
- Atención Primaria: 761 notificaciones.

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

Incidentes notificados en hospital

Se incluyen los incidentes notificados en 90 hospitales de 9 Comunidades Autónomas más INGESA. Según puede verse en la tabla 2, aunque en el periodo de estudio había 108 hospitales dados de alta, no todos ellos estaban todavía utilizando el sistema.

Tabla 2. Hospitales dados de alta en SiNASP a 31 de diciembre de 2017

Comunidad Autónoma		Comienzo de la implantación	Hospitales dados de alta	Hospitales que utilizan el SiNASP*
1	Castilla-La Mancha	Enero 2010	15	12
2	Galicia	Octubre 2010	15	15
3	Murcia	Febrero 2011	11	11
4	Cantabria	Marzo 2012	4	4
5	Canarias	Febrero 2013	6	5
6	Aragón	Octubre 2013	13	10
7	Navarra	Octubre 2013	6	4
8	Extremadura	Septiembre 2014	17	13
9	INGESA	Septiembre 2014	2	2
10	Principado de Asturias	Noviembre 2014	15	14
11	La Rioja	Diciembre 2016	4	0
Total			108	90

*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

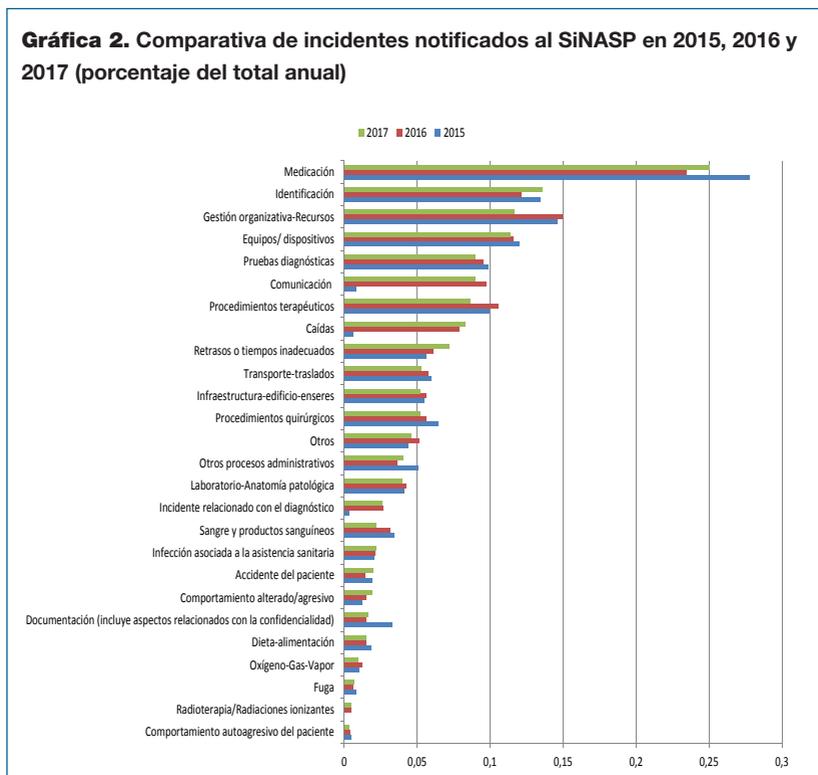
En la gráfica 1 se muestra la clasificación de los incidentes notificados según el tipo de incidente. Es importante tener en cuenta que un mismo incidente puede categorizarse en más de una variable (hasta un máximo de 5), porque puede afectar a varias de ellas. Además, se trata de un campo voluntario,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

Como puede observarse en la gráfica, se han notificado un total de 1.099 incidentes relacionados con la medicación, lo que supone el tipo más frecuente de incidente (25%). En segundo lugar están los incidentes relacionados con la identificación del paciente (596 incidentes: 13,6%), seguidos por incidentes relacionados con la gestión organizativa-recursos (510 incidentes: 11,6%). También suponen un importante porcentaje los incidentes relacionados con los equipos y dispositivos (501 incidentes: 11,4%), con las pruebas diagnósticas (395 incidentes: 9%) y con la comunicación (394 incidentes: 9%).



Si comparamos con los datos de 2015 y de 2016, como se muestra en la gráfica 2, vemos que vuelve a aumentar la notificación de incidentes relacionados con la medicación e identificación, mientras que disminuye la notificación de los incidentes de seguridad relacionados con la gestión organizativa y los recursos, que en años anteriores era la categoría más notificada después de la medicación. También disminuye ligeramente la notificación de incidentes de las otras categorías más frecuentes, como equipos/dispositivos, pruebas diagnósticas, comunicación o procedimientos terapéuticos. Sigue en aumento la notificación de eventos relacionados con retrasos o tiempos inadecuados, así como la de caídas. Entre los incidentes de menor frecuencia de notificación, aumentan los relacionados con accidentes y comportamiento alterado/agresivo de los pacientes.

Gráfica 2. Comparativa de incidentes notificados al SiNASP en 2015, 2016 y 2017 (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	2017		2016		2015	
	Area	N	%	N	%	N
Unidades de hospitalización	2005	45,66%	2026	43,46%	1657	45,05%
Urgencias	522	11,89%	563	12,08%	438	11,91%
Bloque quirúrgico	496	11,30%	582	12,48%	408	11,09%
Servicios centrales	406	9,25%	432	9,27%	382	10,39%
Unidades de cuidados intensivos	389	8,86%	483	10,36%	349	9,49%
CCEE	165	3,76%	140	3,00%	122	3,32%
Hospital de día	145	3,30%	129	2,77%	103	2,80%
Servicios de apoyo/ Otros	122	2,78%	119	2,55%	119	3,24%
Sala de partos	116	2,64%	126	2,70%	93	2,53%
SEE/Transporte sanitario	25	0,57%	62	1,33%	7	0,19%

El 45,7% de los incidentes notificados al SiNASP sucedieron en unidades de hospitalización, un porcentaje algo mayor que en años anteriores, seguidos por las urgencias (11,9%) y el bloque quirúrgico (11,3%), que disminuyen ligeramente en porcentaje con respecto a 2016. La

notificación en unidades de cuidados intensivos desciende un punto y medio con respecto al año anterior, mientras que desde 2015 aumentan tanto el porcentaje como el número de notificaciones en áreas ambulatorias, como las consultas externas y el hospital de día.

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 57,8% de las notificaciones, porcentaje que va aumentando ligeramente cada año. Los médicos han sido responsables del 26,5% de las notificaciones y en tercer lugar están los farmacéuticos, autores del 5% de los casos, porcentaje que va disminuyendo de año en año. El porcentaje de notificaciones realizadas por el resto de colectivos profesionales es pequeño y bastante variable entre distintos años.

Tabla 4. Incidentes notificados según profesión del notificante

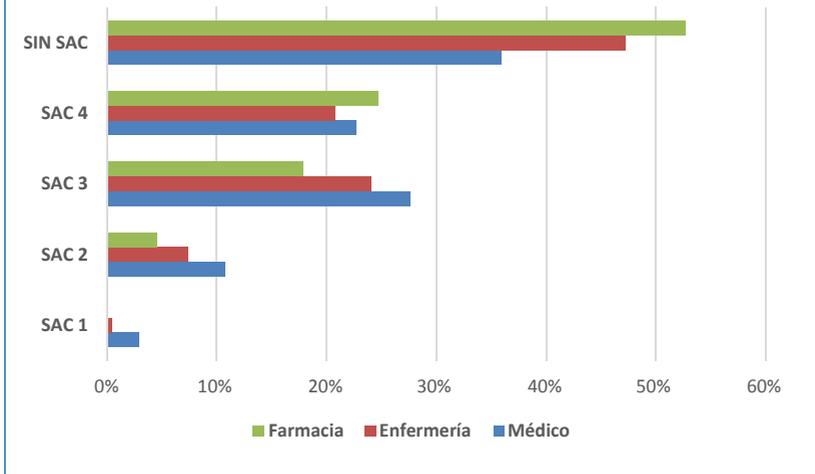
Profesión del notificante	2017		2016		2015	
	N	%	N	%	N	%
Enfermero	2537	57,78%	2642	56,68%	2058	55,95%
Médico	1164	26,51%	1266	27,16%	943	25,64%
Farmacéutico	218	4,96%	279	5,99%	246	6,69%
Técnico auxiliar de enfermería	135	3,07%	123	2,64%	102	2,77%
Otros	109	2,48%	90	1,93%	62	1,69%
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)	59	1,34%	53	1,14%	53	1,44%

Tabla 4. (Continuación)

Otros profesionales sanitarios	36	0,82%	23	0,49%	1	0,03%
Estudiantes/Personal en prácticas	35	0,80%	26	0,56%	92	2,50%
Otros técnicos de grado superior y medio	25	0,57%	88	1,89%	17	0,46%
Fisioterapeuta	20	0,46%	17	0,36%	16	0,44%
Otros licenciados/grados sanitarios	19	0,43%	13	0,28%	18	0,49%
Técnico en imagen para el diagnóstico	18	0,41%	29	0,62%	38	1,03%
Técnico en laboratorio de diagnóstico clínico	8	0,18%	10	0,21%	27	0,73%
Técnico en farmacia	5	0,11%	2	0,04%	5	0,14%
Técnico en Radioterapia	3	0,07%	0	0,00%	0	0,00%

Aunque notifican menos, los médicos tienden a notificar incidentes más graves que el personal de enfermería o farmacia: el 2,9% de sus notificaciones en 2017 fueron de incidentes tipo SAC 1, mientras que solo lo fue el 0,51% 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 (10,8%), frente al 7,4% de los notificados por enfermería y al 4,6% de los farmacéuticos. En general estos últimos notifican incidentes menos graves que los otros dos colectivos.

Gráfica 3. Porcentaje de incidentes que notifica cada colectivo profesional, según su gravedad



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.

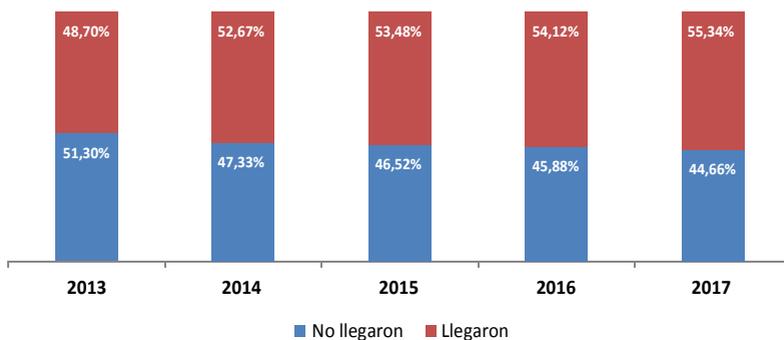
El 55,3% de los incidentes llegaron al paciente y de estos, el 28,2% ocasionaron algún tipo de daño.

Tabla 5. Consecuencias de los incidentes en los pacientes

INCIDENTES	2017		2016		2015	
	N	%	N	%	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	1264	28,79%	1420	30,46%	1070	29,09%
Incidente que no llegó al paciente	697	15,87%	719	15,42%	641	17,43%
Incidente que llegó al paciente	2430	55,34%	2523	54,12%	1967	53,48%
El incidente llegó al paciente, pero no le causó daños	1119	25,48%	1202	25,78%	958	26,05%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	626	14,26%	522	11,20%	423	11,50%
Causó daño temporal y precisó intervención	449	10,23%	500	10,73%	363	9,87%
Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	100	2,28%	160	3,43%	120	3,26%
Causó daño permanente	16	0,36%	16	0,34%	18	0,49%
Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida	83	1,89%	82	1,76%	65	1,77%
Contribuyó o causó la muerte del paciente	36	0,82%	39	0,84%	20	0,54%

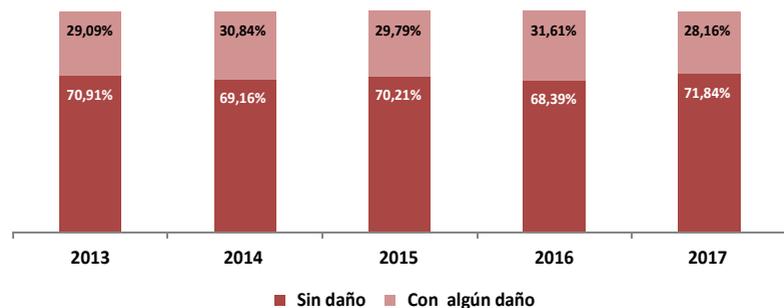
Al comparar la evolución de los últimos años (gráfica 4), puede apreciarse una tendencia a notificar cada vez más los incidentes que llegan al paciente, frente a situaciones de riesgo o incidentes que se evitan antes de que alcancen al paciente.

Gráfica 4. Porcentaje de incidentes notificados al SiNASP en 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017 según si llegaron o no al paciente



En cambio, no se aprecia ninguna 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 incidentes que no provocan daño se mantiene en torno al 70%, aunque en 2017 ha subido algo más con respecto a años anteriores.

Gráfica 5. Incidentes notificados al SiNASP en 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017 que llegaron al paciente



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.

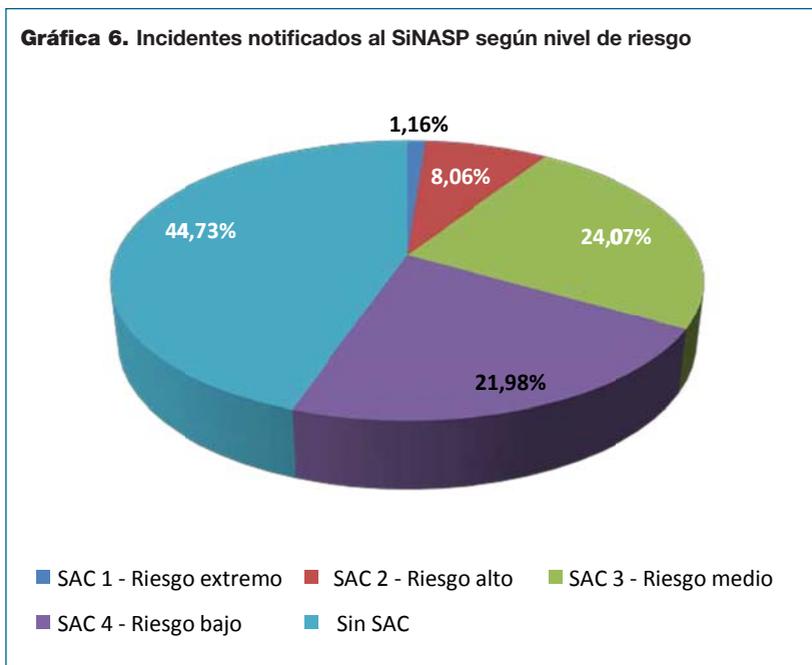
Tabla 6. Cálculo del riesgo asociado a un incidente (SAC)

	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

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 pacien-

te. 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 2017 queda reflejado en la gráfica 6.



El 44,7% de los incidentes no tienen SAC porque no alcanzan al paciente. A partir de ahí, el porcentaje de incidentes va disminuyendo a medida que aumenta la gravedad según el SAC, hasta llegar al SAC 1 (riesgo extremo) que supone el 1,2% de los incidentes. En la tabla 7 podemos apreciar, además de la ya mencionada tendencia a la disminución de la notificación de incidentes sin SAC (circunstancias de riesgo o incidentes que no llegan al paciente), que va en aumento la notificación de incidentes de riesgo medio (SAC 3).

Tabla 7. Incidentes notificados al SiNASP en 2015, 2016 y 2017 según riesgo

GRAVEDAD	2017		2016		2015	
Categoría	N	%	N	%	N	%
SAC 1 - Riesgo extremo	51	1,16%	72	1,54%	38	1,03%
SAC 2 - Riesgo alto	354	8,06%	405	8,69%	279	7,59%
SAC 3 - Riesgo medio	1057	24,07%	1043	22,37%	757	20,58%
SAC 4 - Riesgo bajo	965	21,98%	1001	21,47%	892	24,25%
Sin SAC	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 siguiente tabla. Un mismo incidente puede estar ocasionado por múltiples factores causales, por lo que el número de factores contribuyentes es mayor que número de incidentes analizados.

Tabla 8. Incidentes notificados al SiNASP en 2017 según los factores contribuyentes

Factores contribuyentes	N	%
Factores profesionales	1716	39,08%
Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	877	19,97%
Comportamiento/conducta de los profesionales	549	12,50%
Problemas de comunicación	493	11,23%
Factores estresantes/emocionales/fatiga	347	7,90%
Otros factores de los profesionales	146	3,32%

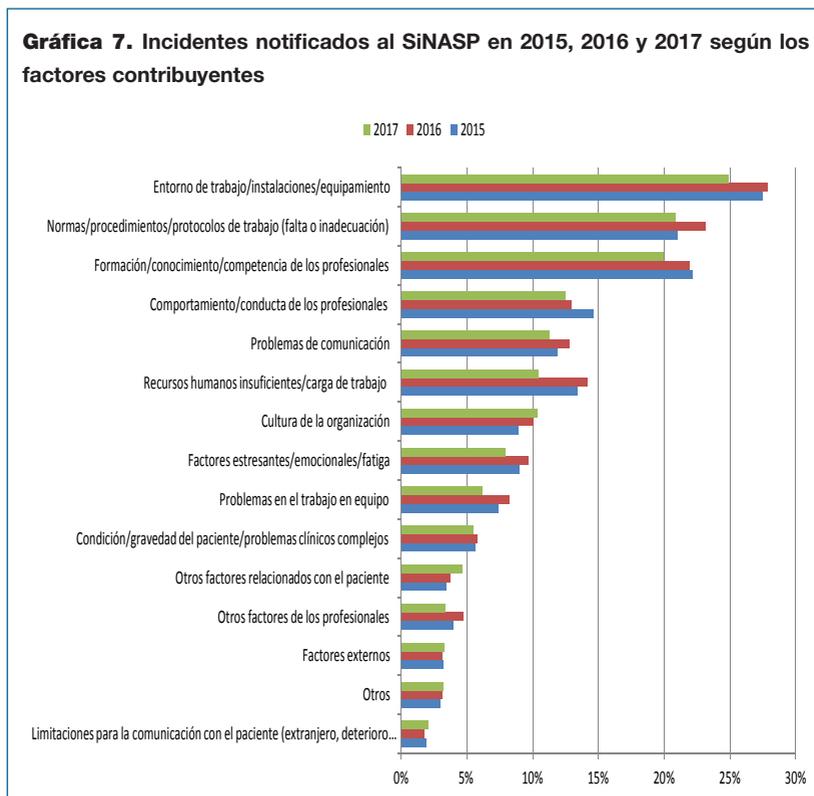
Tabla 8. (Continuación)

Factores de la organización	1471	33,50%
Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	917	20,88%
Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo	457	10,41%
Cultura de la organización	454	10,34%
Problemas en el trabajo en equipo	272	6,19%
Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento	1094	24,91%
Factores relacionados con el paciente	536	12,21%
Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	239	5,44%
Otros factores relacionados con el paciente	204	4,65%
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	90	2,05%
Paciente con enfermedad crónica	0	0,00%
Factores externos	145	3,30%
Otros	139	3,17%
El total puede superar el n° de incidentes notificados porque en un incidente pueden identificarse varios factores contribuyentes.		

Los factores profesionales y los factores de la organización se mantienen como las dos categorías de factores contribuyentes principales, aunque si desglosamos por subcategorías (gráfica 7), los factores relacionados con el *entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento* (factores de la organización) figuran como el mayor factor contribuyente, aunque en menor medida que en años anteriores, así como la falta o inadecuación de las *normas/procedimientos/protocolos de trabajo*, ambos más propios de la organización. En general desciende la atribución como contribuyente de los distintos factores profesionales (formación, conducta, comunicación, estrés...). En cuanto a los factores de la organización, llama particularmente la atención que el factor *recursos humanos/carga de trabajo* haya descendido en torno a tres puntos con respecto a años anteriores. En cambio, la contribución de la *cultura de la organización* a los incidentes de seguridad del paciente se mantiene en aumento.

También existe una ligera tendencia a incrementar la contribución de factores relacionados con el paciente: 10,8% de las notificaciones en 2015, 11,1% en 2016 y 12,2% en 2017. Habrá que observar si se mantiene en el tiempo.

Gráfica 7. Incidentes notificados al SiNASP en 2015, 2016 y 2017 según los factores contribuyentes



Análisis de incidentes clasificados como SAC 1

Se han analizado todos los incidentes notificados en 2017 y clasificados como SAC 1, cuya fecha de cierre fue anterior a julio de 2018. En total, 51 incidentes.

De ellos, según la clasificación de los notificantes, 7 causaron daño permanente al paciente, 20 comprometieron la vida del paciente y precisaron intervención para mantener su vida, y 24 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 (67%):

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

Profesión del notificante	Nº de incidentes	%
Médico	34	66,67%
Enfermera	13	25,49%
Residente	2	3,92%
Estudiantes/personal en prácticas	1	1,96%
Otros profesionales sanitarios	1	1,96%
Total	51	100%

El 31% de los incidentes se produjo en unidades de hospitalización y el 22% en urgencias:

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

Área	Nº de incidentes	%
Unidades de hospitalización	16	31,37%
Urgencias	11	21,57%
Bloque quirúrgico	9	17,65%
Sala de partos	5	9,80%
Servicios de apoyo/Otros	3	5,88%
Servicios centrales	3	5,88%
Unidades de cuidados intensivos	3	5,88%
Servicio de emergencias extrahospitalarias/Transporte sanitario	1	1,96%

Además, se han analizado otros 11 incidentes clasificados como SAC 2 (en realidad 10, ya que hay dos notificaciones del mismo incidente) que contribuyeron o causaron la muerte del paciente. Al ser muy infrecuentes, el sistema no los clasifica como SAC 1.

Hay dos incidentes que no son SAC 1. Se trata de situaciones con capacidad de ocasionar un incidente, que los profesionales probablemente consideran muy graves y desean alertar de las mismas: en un caso se expresa preocupación ante fallos repetidos por obsolescencia e inadecuación de equipo; en el otro se advierte de las dificultades de accesibilidad a pacientes con paradas cardiorrespiratorias por no tener uso prioritario de los ascensores.

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.

1. Comunicación-Transferencia-Monitorización: 9

Hay un grupo numeroso 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.

- Demora interconsultas en urgencias e ingreso en planta.
- No se comunica a la familia el ingreso del paciente desde urgencias y fallece solo en la habitación, antes de que le visite ningún facultativo.
- Discrepancia entre facultativos sobre la limitación terapéutica de un paciente en UCI.
- Traslado desde urgencias a neumología de paciente no estabilizado.
- Parada cardiorrespiratoria tras traslado de paciente crítico desde planta de hospitalización a Endoscopias (posible traslado y monitorización no adecuadas).
- Paciente que sube a planta procedente de urgencias en situación inestable y debe ingresarse en UCI.

- Paciente ingresada en planta a pesar de la indicación de monitorización en urgencias por alto riesgo. Se agudiza su estado y debe ingresar urgentemente en UCI.
- Paciente de alto riesgo con insuficiencia cardíaca aguda que ingresa en planta sin vigilancia ni monitorización adecuadas (se ignoran las alertas).
- Inadecuado tratamiento y monitorización de un paciente en urgencias por falta de interconsulta con UCI.

2. Incidente relacionado con el diagnóstico: 8

- Posible retraso en realización de prueba diagnóstica y ausencia de comunicación de resultado desfavorable con la consecuente evolución irreversible de la patología.
- Retraso diagnóstico (solo se detecta el problema ya agravado en segunda visita a urgencias) tras referir caída.
- Posible retraso diagnóstico por falta de revisión de las pruebas diagnósticas en urgencias.
- Incidente en planta de maternidad con paciente no ingresada procedente de urgencia general. No se diagnostica preeclampsia. Posterior nuevo ingreso urgente y exitus.
- Muerte por hemorragia cerebral por aneurisma cerebral en una paciente joven con antecedentes familiares que once meses antes había acudido a urgencias por intensa cefalea y se habían informado los TAC como normales. Al revisarlos tras fallecimiento se observan 3 aneurismas cerebrales.
- Agravamiento y daño permanente por pasar desapercibidos los resultados de anatomía patológica.
- No se identifica adecuadamente la gravedad de un paciente en urgencias ni se administra tratamiento adecuado a dicha gravedad.
- La paciente fallece en observación de urgencias por cuadro de shock séptico tras abdomen agudo no diagnosticado.

Algunos incidentes están directamente relacionados con la no comunicación de resultados graves de pruebas diagnósticas. Y otros casos por no revisar dichos resultados. Otros incidentes se deben a no diagnosticar el problema en la primera ocasión. Sin tener más información es difícil en estos casos valorar las posibles causas del error diagnóstico.

3. Retrasos o tiempos inadecuados: 7

- La falta de personal experimentado en situaciones de emergencia en servicio de radiodiagnóstico, unido a problemas técnico-administrativos retrasa diagnóstico con consecuencia de exitus.
- Demora en sistema de gestión de transporte extra-provincial en un trasplante urgente.
- Desorganización en la realización de una cesárea emergente que termina en exitus fetal.
- Paciente anciano portador de SARM institucionalizado y con medidas de aislamiento de contacto preparado para ser intervenido de manera programada. Se suspende la intervención por falta de tiempo y a los cuatro días ingresa con empeoramiento de su patología de base.
- Parada cardiaca en domicilio en paciente con patología cardiaca muy grave a la espera pruebas prequirúrgicas. Posible retraso terapéutico.
- Paciente vulnerable ingresado esperando cirugía de cadera con vómitos que no responden a tratamiento y cuando tras dos días se procede a su evaluación por geriatría el paciente sufre broncoaspiración con parada cardiorrespiratoria y exitus.
- Exitus paciente oncológica pediátrica. Shock séptico. Posible retraso intervención.

4. Incidentes relacionados con la medicación: 7

Dos incidentes son reacciones anafilácticas al contraste y otros dos son errores de administración en el quirófano. Además, hay un error de prescripción que se arrastra desde la atención primaria y se mantiene en el hospital a pesar de haberse detectado el problema. Otro error parece relacionado con tratarse de un paciente ectópico.

- Error de dosis por cambio en la concentración de medicación habitual (carro de anestesia).
- Reacción anafiláctica de contraste yodado.
- Intoxicación por digoxina (prescripción inadecuada en AP y mantenimiento de la administración tras ingreso hospitalario).

- Muerte de paciente relacionada con posible reacción alérgica a contraste durante realización de TAC.
- Presumible administración de fármaco erróneo en jeringas precargadas: Cistracurio por Midazolam (etiquetado similar).
- Paciente de UCI ingresado en URPA por bloqueo de camas al que se administra lorazepam sin que conste médico prescriptor ni aviso al intensivista de guardia y por la mañana el paciente se encuentra estuporoso y con acidosis respiratoria.
- Trombosis venosa intracoronaria (sospecha del lote de heparina).

5. Procedimientos terapéuticos o quirúrgicos: 7

Varios están relacionados con problemas de vías centrales.

- Pérdida de vía central en quirófano y traslado a UCI en situación de shock.
- Fallecimiento de paciente de alto riesgo tras solo poder recurrir a la intervención más invasiva (no parece ser un incidente de seguridad).
- Sección traumática de un baipás vascular durante una cirugía al mismo paciente al que en una cirugía previa se le había tenido que realizar dicho baipás por una sección vascular iatrogénica.
- Problemas durante cambio de vía central en paciente muy grave.
- Sospecha de rotura de la vena femoral durante su punción para ECMO y hematoma retroperitoneal.
- Paciente no diagnosticado de SME aórtico agudo (falta información).
- Posible neumotórax iatrogénico.

6. Relacionados con los equipos/dispositivos: 5

- Error por cambio de llaves en el sistema de presurización.
- Problemas en monitor y respirador de transporte desde UCI que produce un retraso fatal en arteriografía urgente.
- Imposibilidad de visualizar radiografía de tórax urgente de un paciente con alta sospecha de neumotórax por no funcionamiento del sistema informático.

- Imposibilidad de intubar a un paciente en parada cardiorespiratoria por no poder bajar el cabecero giratorio de la cama.
- Problemas con los equipos de traslado desde paritorio a UCI neonatal (mantenimiento y adecuación).

Básicamente se trata de problemas en el mantenimiento o sustitución de los equipos.

7. Incidentes relacionados con parada cardiorrespiratoria y RCP: 5

- Paciente en parada y en el carro de parada falta gran parte del material, por lo que el personal tiene que correr a buscar otro.
- Falta de formación en RCP ni reconocimiento de signos de parada por parte de un médico que acude con enfermero a llamada domiciliaria.
- Durante el transfer del paciente en quirófano para intervención de urgencia entra en parada y no hay personal sanitario presente para actuar, solo el celador y la auxiliar.
- Parada cardiorrespiratoria de paciente en habitación a la espera del alta y el personal cree que es un mareo.
- Neonato de 15 minutos en fase piel con piel con parada cardiorrespiratoria que se detecta casualmente al pasar por allí la matrona.

8. Caídas: 4

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

- Caída de la cama y exitus.
- Caída de paciente con demencia cuando el fisioterapeuta la deja sola sin sujeción en espera de auxiliar para transferencia.
- Caída en paciente terminal que pudo adelantar el fallecimiento (estaba en aislamiento y sin acompañante).
- Ausencia de sujeción adecuada en un paciente de alto riesgo de caída. Caída en reposo y exitus.

9. Relacionados con el parto: 4

A partir de la descripción de los incidentes no hay información suficiente para determinar si se trató o no de problemas relacionados con la seguridad del paciente.

- Exitus fetal tras aplicación de fórceps.
- Exitus fetal tras no detectarse problemas con pruebas de bienestar fetal.
- Exitus fetal por distocia de hombros.
- Shock de mujer embarazada no controlada ingresada por factores de riesgo. Pérdida fetal.

10. Suicidio de paciente: 3

Llama la atención el incremento en la notificación de este tipo de incidentes centinela.

- Paciente oncológico se tira por la ventana.
- Posible autolisis de paciente psiquiátrico con material sanitario (guantes de látex).
- Posible suicidio de paciente (encontrado ahorcado en el baño de la habitación).

Incidentes notificados en atención primaria

Se incluyen los incidentes notificados en centros de atención primaria (y asimilados) de 70 áreas sanitarias 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 2017 había 513 centros de atención primaria dados de alta en el sistema, eso no implica que dichos centros hayan comenzado a realizar notificaciones. De hecho, en 2017 se han recibido notificaciones de 163 centros de atención primaria

La Rioja e INGESA todavía no habían iniciado la implantación del SiNASP en Atención Primaria a finales de 2017.

Tabla 11. Áreas sanitarias y centros de atención primaria dados de alta en el SiNASP a 31 de diciembre de 2017

Comunidad Autónoma	Comienzo de la implantación	Áreas Sanitarias	Centros de AP*	Centros AP que usan SiNASP**
Aragón	Octubre 2014	8	35	7
Canarias	Noviembre 2014	3	40	1
Cantabria	Septiembre 2014	3	44	29
Castilla-La Mancha	Diciembre 2013	15	99	9
Extremadura	Octubre 2016	9	70	14
Galicia	Diciembre 2013	7	37	31
INGESA	–	–	–	–
La Rioja	Diciembre 2016	1	1	0
Murcia	Diciembre 2013	10	77	26
Navarra	Octubre 2014	6	70	35
Principado de Asturias	Noviembre 2014	8	40	11
TOTAL		70	513	163

* 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.

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

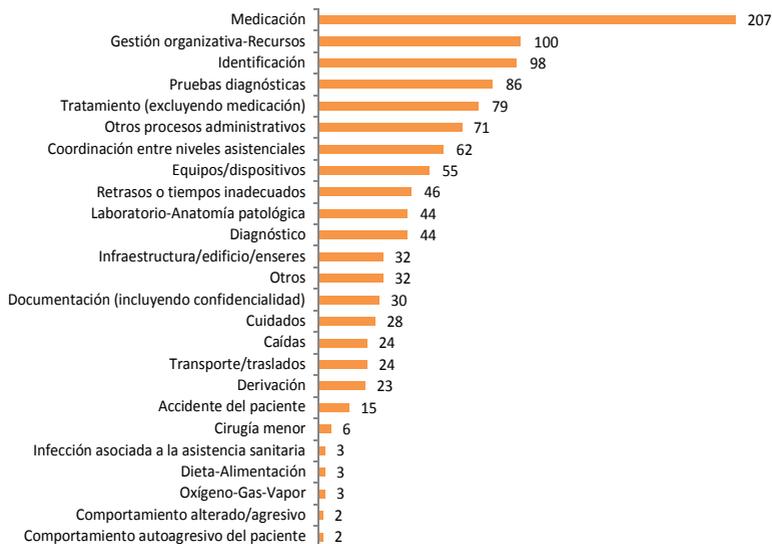
Análisis global de los incidentes notificados

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.

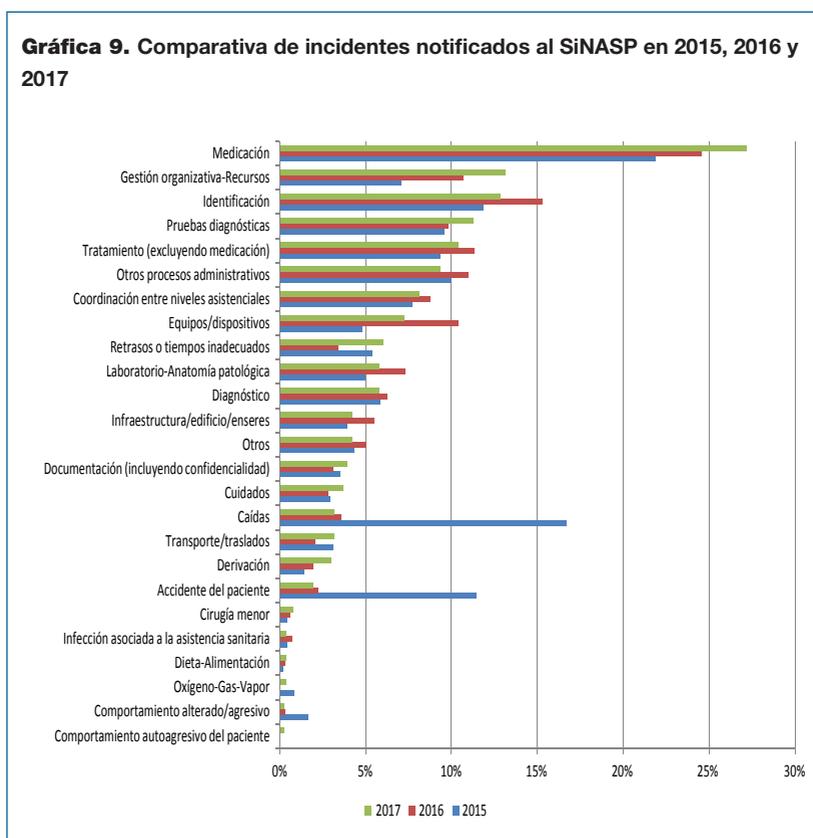
Los incidentes relacionados con la medicación siguen siendo el tipo más frecuente de incidente notificado (207 incidentes, 27,2%), y el porcentaje sigue aumentando en relación con los años anteriores (gráfica 9). En segundo lugar y también en aumento, se notifican incidentes relacionados con la gestión administrativa/recursos (100 incidentes, 13,1%). Los incidentes asociados a la identificación siguen estando también entre los más notificados (98 incidentes, 12,9%).

Gráfica 8. Tipos de incidentes notificados al SiNASP



Con respecto a años anteriores se aprecia un incremento en la notificación de incidentes relacionados con las pruebas diagnósticas y los retrasos o tiempos inadecuados. Los incidentes relacionados con la coordinación entre niveles asistenciales permanecen en torno al 8% y los relacionados con el diagnóstico en torno al 6% de las notificaciones. Sigue manteniéndose el descenso en la notificación de caídas y accidentes del paciente (que con frecuencia son categorías asociadas), mientras se produce un ligero incremento en incidentes relacionados con los cuidados y la derivación de los pacientes.

Gráfica 9. Comparativa de incidentes notificados al SiNASP en 2015, 2016 y 2017



Lugar en que ocurrió el incidente

En 2017 más de la mitad de los incidentes notificados se produjo en la consulta (tabla 12). Se mantiene con respecto a 2016 el porcentaje de incidentes notificados que tuvieron lugar en una organización o lugar distinto al centro de atención primaria. De ellos, al menos el 56% tuvo lugar en el hospital (68 incidentes de los 97 en los que se indica el lugar) y solo 9 en el domicilio del paciente y 1 en la farmacia comunitaria. En tercer lugar siguen estando las notificaciones de incidentes del laboratorio. Se mantiene en torno al 8% la notificación de incidentes generados en atención continuada y urgencias.

Tabla 12. Incidentes notificados según el área en que se produjo el incidente en 2017, 2016 y 2015

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

Profesión del notificante

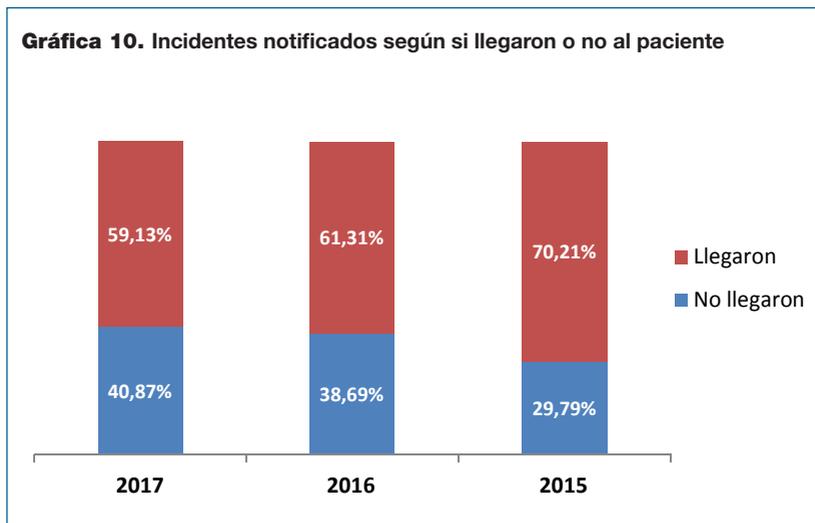
En 2017 disminuye ligeramente el porcentaje de notificaciones realizadas por médicos, aunque siguen siendo los profesionales que más notifican (Tabla 13). El porcentaje de notificaciones generadas por enfermeras y farmacéuticos se mantiene similar. Por otro lado, se detecta un incremento cada vez mayor en la notificación por parte de otros profesionales sanitarios, y específicamente en el caso de los residentes.

Tabla 13. Incidentes notificados según la profesión del notificante en 2017, 2016 y 2015

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

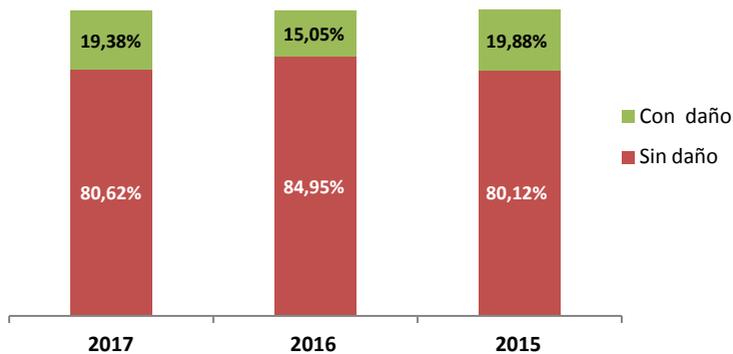
Consecuencia de los incidentes en los pacientes

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 (55,34%), donde la tendencia es la opuesta.



De los incidentes que llegaron al paciente aumenta el porcentaje de incidentes con daño notificados, aunque no hay una tendencia clara con respecto a años anteriores (gráfica 11). Este incremento se debe fundamentalmente a una mayor notificación de incidentes con daño moderado y a un aumento de las notificaciones de incidentes muy graves (tabla 12).

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



En la tabla 14 podemos ver además que se mantiene elevada la notificación de situaciones con capacidad de causar un incidente, que suponen la cuarta parte 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

Categoría	2017		2016		2015	
	N	%	N	%	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	193	25,36%	175	26,04%	83	17,29%
Incidente que no llegó al paciente	118	15,51%	85	12,65%	60	12,50%
Incidente que llegó al paciente	450	59,13%	412	61,31%	337	70,21%
El incidente llegó al paciente, pero no le causó daños	153	20,11%	187	27,83%	131	27,29%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	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.	63	8,28%	42	6,25%	46	9,58%
Daño importante: daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario	19	2,50%	18	2,68%	18	3,75%
Catastrófico: muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente	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.

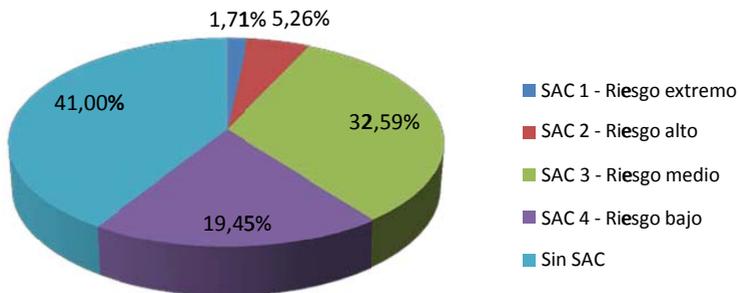
Tabla 15. Cálculo del riesgo asociado a un incidente en atención primaria (SAC)

	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	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
Daño temporal menor y/o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado
Retraso en el tratamiento/tratamiento adicional al necesario/irritación	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo	Bajo
El incidente llegó al paciente, pero no le causó daño	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

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

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

Gráfica 12. Incidentes notificados al SiNASP según nivel de riesgo



Alrededor de un 7% de los incidentes notificados en 2017 han supuesto un riesgo elevado para el paciente. Esto supone un ligero aumento con respecto a 2016, como se puede apreciar en la tabla 16, fundamentalmente por una mayor notificación de incidentes clasificados como SAC 1. En general aumenta el nivel de riesgo de los incidentes que llegan al paciente, al tiempo que el porcentaje de incidentes sin SAC notificados va en aumento.

Tabla 16. Incidentes notificados al SiNASP según riesgo

Categoría	2017		2016		2015	
	N	%	N	%	N	%
SAC 1 - Riesgo extremo	13	1,71%	4	0,60%	9	1,88%
SAC 2 - Riesgo alto	40	5,26%	37	5,51%	38	7,92%
SAC 3 - Riesgo medio	248	32,59%	187	27,83%	151	31,46%
SAC 4 - Riesgo bajo	148	19,45%	184	27,38%	139	28,96%
Sin SAC	312	41,00%	260	38,69%	143	29,79%

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 17.

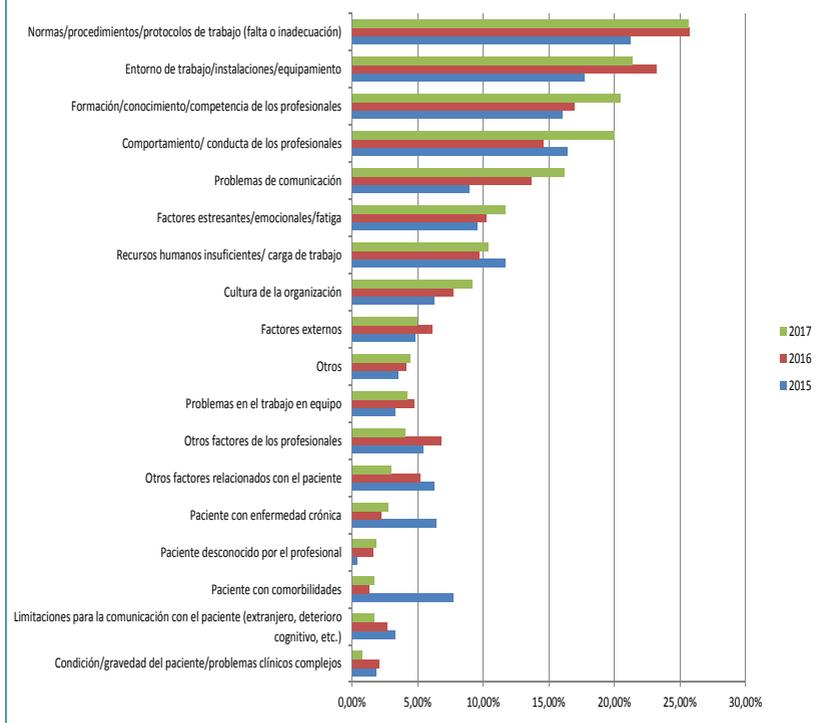
Como en años anteriores, los factores profesionales y los factores de la organización son las dos categorías de factores contribuyentes principales, aunque si desglosamos por subcategorías, el mayor factor contribuyente es organizacional: la falta o inadecuación de las normas/procedimientos/protocolos de trabajo, seguido de los factores relacionados con el entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento (gráfica 13). Entre los factores profesionales, el más importante es el relacionado con la formación/conocimiento/competencia, pero el que más aumenta es el relacionado con el comportamiento de los profesionales. También siguen en aumento los problemas de comunicación y los factores estresantes/emocionales/fatiga de los profesionales. Sigue descendiendo la atribución a los factores relacionados con el paciente.

Tabla 17. Incidentes notificados al SINASP según los factores contribuyentes

Factores contribuyentes	2017		2016		2015	
	N	%	N	%	N	%
Factores profesionales	348	45,73%	283	42,11%	194	40,42%
Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	156	20,50%	114	16,96%	77	16,04%
Comportamiento/conducta de los profesionales	152	19,97%	98	14,58%	79	16,46%
Problemas de comunicación	123	16,16%	92	13,69%	43	8,96%
Factores estresantes/emocionales/fatiga	89	11,70%	69	10,27%	46	9,58%
Otros factores de los profesionales	31	4,07%	46	6,85%	26	5,42%
Factores de la organización	280	36,79%	245	36,46%	155	32,29%
Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	195	25,62%	173	25,74%	102	21,25%
Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo	79	10,38%	65	9,67%	56	11,67%
Cultura de la organización	70	9,20%	52	7,74%	30	6,25%
Problemas en el trabajo en equipo	32	4,20%	32	4,76%	16	3,33%
Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento	163	21,42%	156	23,21%	85	17,71%
Factores relacionados con el paciente	61	8,02%	73	10,86%	93	19,38%
Otros factores relacionados con el paciente	23	3,02%	35	5,21%	30	6,25%
Paciente con enfermedad crónica	21	2,76%	15	2,23%	31	6,46%
Paciente desconocido por el profesional	14	1,84%	11	1,64%	2	0,42%
Paciente con comorbilidades	13	1,71%	9	1,34%	37	7,71%
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	13	1,71%	18	2,68%	16	3,33%
Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	6	0,79%	14	2,08%	9	1,88%
Factores externos	38	4,99%	41	6,10%	23	4,79%
Otros	34	4,47%	28	4,17%	17	3,54%

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

Gráfica 13. Incidentes notificados al SiNASP en 2017, 2016 y 2015 según los factores contribuyentes



Análisis de incidentes clasificados como SAC 1 y SAC 2

Se han analizado todas las notificaciones de incidentes de 2017 clasificadas como SAC 1 y SAC 2 que estaban cerradas a principios de julio de 2018. En total se han analizado 53 incidentes:

13 clasificados como SAC 1 y 40 clasificados como SAC 2.

De ellos, según la clasificación de los notificantes, 5 fueron catastróficos (muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente), 17 causaron un daño importante (daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario), y 31

dieron lugar a daño moderado (daño temporal menor y/o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o conflicto con el paciente).

El 51% de las notificaciones fue realizada por médicos (porcentaje superior al de notificaciones globales, 47%) y el 40% por personal de enfermería. Los farmacéuticos notificaron solo incidentes de categoría SAC 2.

Tabla 18. Incidentes clasificados como SAC 1 y SAC 2 según la profesión del notificante

Profesión del notificante	SAC 1	SAC 2	%
Médico	8	19	50,94%
Enfermera	5	16	39,62%
Farmacéutico	0	5	9,43%
Total	13	40	

El 45% de los incidentes se produjo en la consulta y el 23% en otra organización o lugar distinto al centro de atención primaria. Sin embargo, en el caso de los incidentes más graves (SAC 1), vemos un porcentaje idéntico de notificaciones en ambos escenarios (tabla 19).

Tabla 19. Áreas en las que tuvieron lugar los incidentes clasificados como SAC 1 y SAC 2

Área	SAC 1	SAC 2	%
Consultas	5	19	45,28%
En una organización/lugar distinto al centro de AP	5	7	22,64%
Otras áreas del centro de AP (escaleras, entrada...)	1	6	13,21%
Área de atención continuada/urgencias/SUAP	2	4	11,32%
Radiología	0	2	3,77%
Servicios de apoyo	0	1	1,89%
Laboratorio	0	1	1,89%
Total			

Dos de los incidentes clasificados como SAC 2 en realidad no lo son: uno es una situación con capacidad de generar un incidente y otro es un accidente laboral.

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 el diagnóstico: 13

Los incidentes más frecuentes son retrasos en el diagnóstico (8): por no revisar a tiempo los resultados de pruebas o analíticas (por ausencia del médico responsable, por no existir un mecanismo de comunicación o alerta ante resultados relevantes, por retrasarse las pruebas diagnósticas y no existir un seguimiento sistemático desde atención primaria) o por no reconocer el problema a tiempo en la valoración del paciente. En algún caso se trata de una falta de comunicación entre los propios servicios de atención especializada que solo se detecta desde atención primaria.

Cinco notificaciones describen errores de diagnóstico o valoración que tienen como consecuencia un empeoramiento en la situación del paciente. Dos tienen lugar en el hospital, resultando en problemas tras el alta del paciente. Una de las de primaria podría tratarse de una negligencia, al tratarse de una situación posiblemente repetida en la que el médico no reconoce los signos de emergencia y no proporciona soporte vital básico al paciente.

2. Incidentes relacionados con la medicación: 12

Las notificaciones más frecuentes están relacionadas con el tratamiento con acenocumarol (5): tres casos de dosificación errónea al confundir las hojas de pauta de los pacientes y otro de infra-dosificación por no venir incluida la dosis en el informe de tratamiento del hospital. El quinto caso es la provocación de una hemorragia por administrar otro anticoagulante adicional a un paciente tratado con acenocumarol.

Hay un par de casos de sobre-medicación del paciente por mantenerse durante años prescripciones en el sistema elec-

trónico de dos medicamentos similares (antiagregantes) o del mismo medicamento con diferentes presentaciones, sin que nadie lo haya revisado y eliminado, mientras el paciente sigue retirando ambos de la farmacia.

Hay dos casos de errores de dispensación en farmacia y un error de preparación y administración de una vacuna.

Finalmente, dos notificaciones parecen relacionadas con no asegurarse de que el paciente ha comprendido las instrucciones sobre la pauta o la administración del tratamiento.

3. Incidentes relacionados con la gestión organizativa y la coordinación inter-niveles: 9

Tres incidentes están relacionados con no existir canales claros de comunicación o circuitos bien establecidos entre especializada y primaria, ligado además a una deficiente gestión de citas.

Dos notificaciones tienen que ver con la no disponibilidad de ambulancias en situaciones de emergencia y una tercera con un traslado de un paciente sin estabilizarlo previamente.

Hay dos incidentes en los que un paciente con sintomatología clara no es valorado en el centro de salud y es derivado a otro punto de atención por ser una persona desplazada de otra comunidad autónoma, con el consiguiente empeoramiento de su situación.

Una última notificación se refiere al alta de un paciente que necesita oxígeno domiciliario las 24 horas y que cuando llega a casa todavía no dispone del mismo.

4. Incidentes relacionados con los cuidados: 6

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

Hay cinco casos de pacientes que presentan úlceras por presión tras su estancia en el hospital. En algún caso incluso no se permite a la familia intervenir, estando acostumbrada a realizar los cuidados a domicilio de manera adecuada.

La otra notificación es un incidente de daño por sondaje uretral en urgencias del hospital por no evaluar adecuadamente al paciente, que ya tenía problemas previos para el sondaje.

5. Caídas: 6

De los seis incidentes de caídas de pacientes en el centro de salud, tres son claramente evitables y relacionadas con elementos de riesgo de las instalaciones. Otras dos parecen accidentales (caída al bajar por las escaleras, caída al tropezar en el bordillo exterior) pero es posible que de su análisis pudiesen plantearse formas de prevención o minimización. La sexta notificación es una caída durante la transferencia del paciente a una silla de ruedas y no contiene más información, pero posiblemente pueda disminuirse el riesgo de este tipo de incidentes mediante unas adecuadas medidas de precaución previas a la maniobra.

6. Incidentes relacionados con pruebas diagnósticas: 5

Solo uno de los cinco incidentes notificados relacionados con pruebas diagnósticas tuvo lugar en atención primaria: no solicitar unas determinaciones analíticas necesarias para una correcta prescripción de tratamiento, por lo que se prescribe de manera inadecuada.

El resto de incidentes se produce en el hospital. Dos tienen que ver con la disponibilidad de resultados: un retraso de varios meses en la realización de una colonoscopia con sospecha de cáncer de colon; y la no revisión de una prueba solicitada en una interconsulta y alta no adecuada del paciente.

Los otros dos incidentes son lesiones producidas durante la realización de pruebas diagnósticas: heridas a consecuencia de una mamografía y una perforación intestinal durante una colonoscopia.

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

La tabla 20 presenta una selección de indicadores de hospitales y atención primaria agregados a nivel global del SiNASP.

Tabla 20. Indicadores de gestión del SiNASP a nivel Sistema Nacional de Salud

	Hospital			Atención Primaria		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Volumen de notificaciones						
nº notificaciones recibidas*	4655	4919	4018	800	710	516
Características de las notificaciones						
% SAC 1 y SAC 2 respecto al total	9,8	10,5	9	7	6,5	10,1
% notificantes identificados	60,3	59	61,7	67,9	64,4	61,8
Gestión de las notificaciones						
Tiempo medio asignación (días)	17,2	10	26,4	15,6	10,7	18
Tiempo medio gestión notif. (días)	54,5	45,3	50,7	37,5	31,5	29,3
% de notificaciones > 1 mes no gestionadas	5,3	5,7	4,8	4,9	5,8	5,8
% notif. cerradas con acciones	85,5	84,9	85,7	84,5	87,3	70,6
Análisis de las notificaciones						
% notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR	23,5	20,8	17,5	12	16,7	14
% notificaciones con indicación de ACR	5,2	4,6	3,7	2,1	4,6	2,4
Mecanismos de feedback						
% correos enviados a notificantes identificados	79,1	82,3	79,5	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 2018 y, por lo tanto, no han sido incluidas en el análisis de este informe.						

Las tablas 21 y 22 presentan los mismos indicadores desagregados por comunidad autónoma, en hospitales y en atención primaria.

Tabla 21. Indicadores de gestión del SINASP en hospitales en 2017 desagregado por CCAA												
	CCAA:	Castilla La-Mancha	Galicia	Murcia	Cantabria	Canarias	Aragón	Navarra	Extremadura	INGESA	Asturias	Total
Volumen de notificaciones												
nº notificaciones recibidas	388	1719	506	217	96	329	784	138	33	445	4655	
Características de las notificaciones												
% notificantes identificados	66,8	48,9	68,4	59,9	79,2	85,7	63,6	64,5	60,6	60,2	60,3	
Gestión de las notificaciones												
Tiempo medio asignación (días)	22,3	7,7	20,5	6,6	22,8	61,9	7	28,5	102,6	24,4	17,2	
Tiempo medio gestión notif. (días)	48,5	41,7	22	56,7	233,7	92	41,8	63,9	107,3	90,1	54,5	
% de notificaciones > 1 mes no gestionadas	10,8	1,1	4	0	28,1	16,1	2,3	2,2	0	14,4	5,3	
% notif. cerradas con acciones	79,4	87,6	89,3	89,8	81,7	94,6	76,8	82,3	93,5	84,1	85,5	
Análisis de las notificaciones												
% notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR	29,5	20,6	40	11,1	20	32,1	4,9	53,3	50	21,1	23,5	
% notificaciones con indicación de ACR	5,9	3,2	10,9	0,4	6,9	7,1	1,3	41,1	3,2	3	5,2	
Mecanismos de feedback												
% correos enviados a notificantes identificados	59,9	82,5	86,2	96,2	78,7	77,5	82,2	85,9	50	58,3	79,1	

Tabla 22. Indicadores de gestión del SINASP en atención primaria en 2017 desagregado por CCAA												
	CCAA:	Castilla La-Mancha	Galicia	Murcia	Cantabria	Canarias	Aragón	Navarra	Extremadura	INGESA	Asturias	Total
Volumen de notificaciones												
nº notificaciones recibidas		32	323	52	77	25	21	180	40	0	50	800
Características de las notificaciones												
% notificantes identificados		93,8	58,2	88,5	77,9	60	85,7	61,1	92,5	0	78	67,9
Gestión de las notificaciones												
Tiempo medio asignación (días)		12,8	17,6	28,1	19,7	14,2	1,3	9,7	5,7	0	20,9	15,6
Tiempo medio gestión notif. (días)		41,4	39,5	35,6	73,8	14,2	2,7	12,4	67,7	0	61,2	37,5
% de notificaciones > 1 mes no gestionadas		3,1	2,8	9,6	0	4	19	6,7	0	0	14	4,9
% notif. cerradas con acciones		66,7	75,1	94,1	92,9	100	100	94,6	94,3	0	88,2	84,5
Análisis de las notificaciones												
% notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR		0	18,8	0	0	100	50	0	50	0	0	12
% notificaciones con indicación de ACR		0	0,8	0	3,6	4,5	11,8	0,6	14,3	0	5,9	2,1
Mecanismos de feedback												
% correos enviados a notificantes identificados		70,4	33	84,8	85,7	92,3	100	76,5	93,8	0	91,7	63,1

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 ha descendido respecto a 2016, mientras que han aumentado las recibidas en atención primaria. En junio de 2018 todavía estaban pendientes de gestionar el 5,8% de las notificaciones de hospital y el 4,9% de las de atención primaria.
- El tiempo medio de asignación de notificaciones ha aumentado con respecto a 2016, tanto en hospitales (17,2 días frente a 10) como en atención primaria (15,6 días frente a 10,7), existiendo amplias diferencias entre CCAA, y también según los entornos asistenciales. Convendría revisar qué centros tienen problemas para realizar esta tarea y plantear posibles soluciones (tiempo, formación...). El sistema facilita que el gestor principal, si lo desea, reciba un correo cada vez que hay una notificación en su centro, por lo que esta información es fácilmente accesible.
- El tiempo medio de gestión sigue siendo superior al mes y se ha incrementado también con respecto a 2016: 54,5 días en hospitales y 37,5 en primaria. En 4 CCAA es mucho mayor en el caso de los hospitales, duplicándolo en tres casos y en un caso está más de cuatro veces por encima. 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. Actualmente la aplicación tiene una opción para poder cerrar las notificaciones y señalar que se mantienen acciones pendientes, por lo que se deberían unificar los criterios 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 ha descendido y está en torno al 5% y las cifras generales van mejorando en las distintas CCAA: solo en un caso las cifras están por encima del 20% en el caso de hospitales. Cabe destacar 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 se mantiene en torno al 85%, cuando esta cifra debería ser prácticamente del 100%. Sería conveniente clarificar este tema con los gestores locales.
- El 9,8% de las notificaciones de hospital son SAC 1 o SAC 2, y el 23,5% de ellas se cierra con indicación de realizar un análisis causa-raíz. Este porcentaje sigue en aumento y varía entre CCAA, ya que en tres de ellas está por encima del 40%. En cambio, en el caso de la atención primaria este porcentaje ha descendido y hay CCAA en las que no se ha indicado la realización de ACR en ningún caso. Convendría consensuar los criterios sobre cuándo es necesario realizar un análisis causa-raíz.
- Desciende ligeramente el porcentaje de los notificantes identificados que recibe un correo de acuse de recibo, cuando esta cifra debería ser del 100%. Este porcentaje es mayor en hospitales (79,1%) que en atención primaria (63,1%). 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 ligeramente con respecto a 2016. El porcentaje de notificantes que se identifican sigue siendo mayor en atención primaria (67,9% frente a 60,3%). En 4 CCAA las cifras de primaria están por encima del 80%, mientras que en el caso de los hospitales solo una supera dicho porcentaje de notificantes identificados.

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 necesario recordar las recomendaciones planteadas en el informe del año anterior con respecto a la importancia de contar con una estructura y un sistema de trabajo claramente definidos para la gestión del SiNASP en la organización.

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.

Con respecto al **tiempo de gestión de las notificaciones**, 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 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.

A nivel general del SiNASP se recomienda fomentar la posibilidad de compartir la información generada a nivel local relativa al análisis de los incidentes y los planes de mejora. Se podría crear un reposito-

rio de casos con un formato estandarizado e información deidentificada que sirviera para el aprendizaje a nivel de sistema y contribuyera a la prevención y minimización de incidentes que se repiten en diferentes centros. Debería incentivarse este proceso colaborativo, que además serviría para dar mayor relieve al trabajo de los equipos de gestión y mejora.

Recomendaciones relacionadas con los incidentes más graves notificados al SiNASP

Incidentes relacionados con la comunicación de resultados de pruebas diagnósticas

Un buen número de incidentes graves notificados tanto en hospital como en atención primaria tienen que ver con una deficiente gestión del seguimiento de resultados de pruebas diagnósticas. Este es un problema de seguridad del paciente reconocido a nivel internacional por su importancia en los errores diagnósticos.^{1 2 3}

La gestión de los resultados de pruebas diagnósticas implica la comunicación entre muchas personas, incluyendo médicos, enfermeras, personal administrativo y de laboratorio, así como pacientes, en diferentes entornos sanitarios y utilizando variedad de sistemas manuales y electrónicos.

Las tecnologías de la información pueden jugar un papel clave para facilitar la gestión de los resultados de pruebas diagnósticas: solicitud, comunicación, acceso y seguimiento, junto con la posibilidad

¹ The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008.

² Callen J, Georgiou A, Li J, Westbrook JI. The safety implications of missed test results for hospitalised patients: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2011; 20: 194-9.

³ Callen JL, Westbrook JI, Georgiou A, Li J. Failure to follow-up test results for ambulatory patients: a systematic review. *J Gen Intern Med* 2012; 27: 1334-48.

de documentar las acciones. Aunque la evidencia de su efectividad es todavía limitada, parece que la tendencia es que cuando se utilizan sistemas electrónicos se produce un mejor seguimiento de dichos resultados. Sin embargo, dichos modelos de seguimiento solo pueden tener éxito cuando se adopta un enfoque de sistema que tenga en cuenta los retos complejos de gobernanza clínica relacionados con el manejo seguro de las pruebas diagnósticas.

Una revisión publicada en 2015 por investigadores australianos del *Centre for Health Systems and Safety Research*⁴ plantea las siguientes recomendaciones para mejorar la calidad y la seguridad del manejo de los resultados de pruebas diagnósticas:

1. Armonizar la gestión de los resultados de las pruebas:

- Que esté claro dónde radica y de quién depende la responsabilidad del seguimiento de los resultados.
- Que existan definiciones claras sobre qué son resultados críticos, inesperados o significativamente anormales.
- Que exista un consenso entre los laboratorios, servicios de imagen, hospitales y atención primaria sobre cuáles son los umbrales de alerta y los tiempos máximos de notificación de estos resultados.
- Que existan procedimientos específicos para la comunicación a prueba de fallos de aquellos resultados que suponen un riesgo crítico o significativo para el paciente.

Esto requiere establecer estructuras y terminologías estandarizadas que mejoren la recogida, el apoyo a la toma de decisiones y la comunicación de la información de laboratorio.

2. Utilizar tecnologías de la información:

Las tecnologías de la información se pueden utilizar para el seguimiento de resultados pendientes al alta hospitalaria, generar alertas ante determinados resultados y registrar la revisión del resultado de las pruebas y las acciones clínicas subsiguientes.

- Contar con fuentes integradas de datos electrónicos constituye un elemento clave para que la monitorización, identi-

⁴ Callen J, Georgiou A, Li J, Westbrook JI. The impact for patient outcomes of failure to follow up on test results. How can we do better? *The Journal of the International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine* 2015; 26(1):38-46.

ficación y acción ante un posible fallo en el seguimiento de resultados, se produzcan de manera segura y se garantice la provisión del tratamiento adecuado.

- Reconocer la dinámica entre la tecnología y el entorno social complejo en el que se proporciona la atención sanitaria: la gestión de los resultados de las pruebas diagnósticas debe garantizar las necesidades de los profesionales que actúan en diferentes contextos clínicos. En este sentido caben las siguientes recomendaciones:
 - Proporcionar definiciones claras y estandarizadas de las categorías de resultados de las pruebas para facilitar la priorización y la notificación electrónica (marcar los resultados significativamente anormales).
 - Formar a los médicos en cómo procesar a tiempo las notificaciones de los resultados de pruebas y en documentar de manera consistente todas las acciones de seguimiento en la historia electrónica, ya que la fragmentación de las fuentes de registro puede dar lugar a un fallo en la comunicación de resultados y en el seguimiento.
 - Que la responsabilidad del seguimiento y comunicación de resultados de pruebas diagnósticas, en cualquier circunstancia clínica, debe ser clara, estar documentada formalmente y ser revisada de manera regular – y ser entendida por todos los profesionales afectados.
 - Limitar las alertas automáticas a aquellos resultados clínicamente relevantes para evitar la sobrecarga de información o la «fatiga de alertas».
 - Completar todas las solicitudes de pruebas diagnósticas a través de sistemas automatizados para permitir el acceso electrónico a las mismas y evitar la generación de información híbrida.

3. Establecer una estructura de gobernanza y una cultura de la calidad y la seguridad:

- Proveer unos sistemas efectivos de gobernanza clínica requiere una integración que abarque todas las partes de la organización: implica una descripción clara de las responsabilidades y de la rendición de cuentas del personal, junto con

la puesta en marcha de sistemas para monitorizar el avance y ocuparse de cualquier riesgo o impedimento.

4. Acentuar el papel de los pacientes/ciudadanos en el acceso a los resultados de las pruebas diagnósticas:

- Portales para pacientes, donde tengan acceso de manera segura a los resultados de sus pruebas diagnósticas y puedan comunicarse con los profesionales sanitarios.
- Adecuada comunicación para favorecer su implicación en la toma de decisiones y en el seguimiento de su proceso.

Incidentes relacionados con la transferencia de pacientes inestables o críticos

Un buen número de incidentes SAC 1 notificados en el hospital hacían referencia a problemas en la transferencia y recepción de pacientes inestables o críticos. El traslado intrahospitalario (TIH) debe estar claramente protocolizado y utilizarse un listado de verificación (LV) para prevenir y/o evitar los riesgos asociados y posibles complicaciones, y si se dieran, estabilizar al paciente⁵.

Es importante considerar una serie de medidas preventivas en relación con:

- La eficiencia del TIH: indicación del transporte y el análisis de riesgo-beneficio.
- La estabilización y preparación del paciente antes del TIH.
- La anticipación, organización y planificación del TIH.
- La competencia del equipo humano que lleve a cabo los TIH.
- Los equipos de transporte y monitorización.
- La normalización de las prácticas-protocolos específicos para la gestión del TIH.

Los pasos de preparación y gestión son cruciales, ya que tienen un impacto directo a corto y mediano plazo sobre el pronóstico. Después de haber estabilizado el paciente crítico antes del TIH, los factores

⁵ Fanara B, Manzon C, Barbot O, Desmettre T, Capellier G. Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. Crit Care.2010;14(3):R87.

técnicos, los organizativos y humanos deben ser los primeros objetivos para la prevención primaria de eventos adversos relacionados con el TIH. La superación de los riesgos del TIH implica tomar medidas correctivas para todas las causas. También se espera que un mayor uso de LV y planes de formación adecuados para los equipos dará lugar a un aumento de la seguridad y una disminución de los riesgos a largo plazo.

Si los protocolos son demasiado vagos o exhaustivos contribuyen a apartarse de las prácticas durante el TIH.

Con respecto al LV se deben tener en cuenta aspectos como:

- Que resuma los puntos principales que deben verificarse antes, durante y después del TIH, lo que ayuda a reforzar el cumplimiento de las recomendaciones y mejorar la gestión.
- Que incluya los principales puntos de control y las medidas que deben tomarse antes, durante y después. Los puntos esenciales son: preparación del equipo técnico y del paciente; equipo humano de transporte (al menos tres personas, incluido un médico que conozca al paciente); organización del TIH (tener clara la ruta del transporte, ascensores, etc.); estabilidad clínica del paciente (sedación, respiración, circulación, protección de heridas, etc.); comprobación sistemática después del traslado: integridad del sistema de ventilación, respiración, circulación, conectar suministros eléctricos, monitores, etc.; finalmente: anticipar y/o tomar medidas correctivas rápidas para cualquier deterioro en la condición fisiológica del paciente.
- El LV debe contener aspectos pragmáticos, evitar ser demasiado específico o vaga. Se podrá llevar a cabo rápidamente en la cabecera del paciente, especialmente cuando la decisión de transportarle es en un contexto de emergencia. La adopción de este LV por equipos de enfermería y médicos también será un factor determinante en su aplicación y en la calidad de los resultados. Se debe realizar formación para la implementación y validación de la adquisición de competencias para el transporte de pacientes críticos.

Por otro lado, es fundamental recordar que los fallos en la comunicación durante los procesos de transferencia de pacientes son un problema de seguridad del paciente de primer orden. *Joint Commission* enfatiza la necesidad de que las organizaciones sanitarias identifiquen las

principales causas que producen los fallos de comunicación durante las transferencias y las barreras para la mejora específicas de su entorno y a partir de ahí diseñen, implementen y validen soluciones que mejoren los resultados⁶. Algunas recomendaciones generales serían las siguientes:

- Implicación explícita de los líderes en el compromiso de conseguir unas transferencias seguras, así como otros aspectos de cultura de seguridad
- Estandarizar el contenido fundamental que deba ser comunicado por el emisor durante una transferencia tanto a nivel verbal (preferiblemente cara a cara) como de forma escrita. Asegurarse de cubrir todos los aspectos necesarios para una atención segura del paciente de manera oportuna. Estandarizar herramientas y métodos (formularios, plantillas, listados de verificación, protocolos, métodos nemotécnicos, etc.) para comunicarse con los receptores.
- Durante las transferencias realizar la comunicación cara a cara entre emisores y receptores en lugares libres de interrupciones, e incluir miembros del equipo multidisciplinar, y al paciente y su familia en la medida que sea adecuado.
- Estandarizar la formación sobre cómo realizar una transferencia exitosa, tanto desde el punto de vista del emisor como del receptor.
- Utilizar las posibilidades de la historia electrónica y otras tecnologías (apps, portales del paciente y telemedicina) para mejorar las transferencias entre emisores y receptores.
- Monitorizar el resultado de las intervenciones para mejorar la comunicación durante las transferencias y utilizar las lecciones aprendidas para orientar la mejora.

Incidentes relacionados con la formación de úlceras por presión durante la hospitalización

Algunos de los incidentes graves detectados desde atención primaria son resultado de la falta de prevención del desarrollo de úlceras por

⁶ The Joint Commission Sentinel Event Alert. Issue 58, September 12, 2017.

presión en pacientes hospitalizados con claro riesgo de sufrirlas. Nos remitimos a las publicaciones y recomendaciones del *Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas* (GNEAUPP <https://gneaupp.info/>) y a la Guía para la Prevención y el Manejo de las UPP y Heridas Crónicas editada por el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales en 2015 (http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Prevencion_UPP.pdf)

Se recuerda la importancia de la detección precoz de pacientes en riesgo y de la aplicación de las medidas preventivas adecuadas. La valoración enfermera debe realizarse al ingreso hospitalario y de forma periódica durante la estancia del paciente, continuando hasta el alta. A cualquier persona con riesgo de padecer UPP hay que realizarle una valoración completa que incluya la capacidad de satisfacer por sí misma las necesidades básicas, un examen físico y el estado actual de salud, teniendo en cuenta las posibles enfermedades concomitantes, así como el tratamiento farmacológico.

Prevención de caídas en atención primaria

Algunas recomendaciones en este sentido podrían ser las siguientes:

- Poner en marcha un proceso de cribado para aquellos pacientes cuya condición, diagnóstico o situación los pueda poner en riesgo de caídas y utilizar herramientas o métodos de cribado adecuados para dichos pacientes.⁷
- Implantar medidas preventivas y/o intervenciones específicas para reducirlo cuando se detecta dicho riesgo.
- Realizar periódicamente evaluaciones del riesgo en las instalaciones y poner en marcha medidas para evitar o reducir dicho riesgo.

⁷ Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.

Este es el informe agregado de los incidentes notificados al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) del año 2017. 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 2017.

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 70 áreas sanitarias y 108 hospitales dados de alta en el sistema, y recogiendo 4.391 notificaciones procedentes de hospitales y 761 de Atención Primaria. El tipo de incidente mayoritariamente notificado es el relacionado con la medicación (25% en hospital y 27% en Atención Primaria). 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.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

www.msbs.gob.es