

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

Incidentes de seguridad  
notificados en 2019



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

Incidentes de seguridad  
notificados en 2019

**Este documento ha sido encargado a la Fundación Avedis Donabedian en el marco del contrato nº de expediente 201907PAS004.**

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:* Sara Mérida Fernández  
*Canarias:* María Paloma García de Carlos  
*Cantabria:* José Luis Teja Barbero  
*Castilla-La Mancha:* Sonia Cercenado Sorando  
*Extremadura:* Manuel García Toro  
*Galicia:* María José Pimentel  
*INGESA:* María Antonia Blanco Galán  
*Murcia:* Pedro Parra Hidalgo  
*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: 133-21-084-6

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

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

Incidentes de seguridad  
notificados en 2019





# 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                          | 24 |
| Incidentes clasificados como SAC 1  | 27 |
| Incidentes relacionados con gestión organizativa y recursos                   | 33 |
| <b>Incidentes notificados en atención primaria</b>                            | 37 |
| Análisis global de los incidentes notificados                                 | 38 |
| Tipo de incidente   | 38 |
| Lugar en que ocurrió el incidente   | 41 |
| Profesión del notificante   | 43 |
| Consecuencia de los incidentes en los pacientes                               | 44 |
| Riesgo asociado a los incidentes  | 47 |
| Factores contribuyentes a la aparición del incidente                          | 49 |
| Incidentes clasificados como SAC 1  | 52 |
| Incidentes relacionados con gestión organizativa y recursos                   | 54 |
| <b>Indicadores de gestión del SiNASP</b>                                      | 57 |
| <b>Notificaciones realizadas en el Sistema Nacional de Salud durante 2019</b> | 63 |
| <b>Recomendaciones</b>  | 67 |
| Recomendaciones para mejorar la gestión del SiNASP                            | 67 |
| Recomendaciones relacionadas con los incidentes notificados al SiNASP         | 68 |

|  |    |
|--|----|
| Incidentes relacionados con gestión organizativa y recursos  | 68 |
| <b>Anexo I. Ejemplos de incidentes notificados en hospitales relacionados con la gestión organizativa y los recursos</b>         | 73 |
| <b>Anexo II. Ejemplos de incidentes notificados en atención primaria relacionados con la gestión organizativa y los recursos</b> | 87 |



# Alcance

Este informe incluye los incidentes notificados al SiNASP durante el año 2019 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 2019.

| Comunidad Autónoma | Áreas Sanitarias | Hospitales* |
|--------------------|------------------|-------------|
| Aragón             | 8                | 13          |
| Canarias           | 7                | 10          |
| Cantabria          | 3                | 4           |
| Castilla-La Mancha | 15               | 15          |
| Extremadura        | 9                | 20          |
| Galicia            | 7                | 15          |
| INGESA             | 1                | 2           |
| La Rioja           | 1                | 4           |
| Murcia             | 10               | 11          |
| Navarra            | 6                | 6           |
| Asturias           | 8                | 16          |
| <b>TOTAL</b>       | <b>75</b>        | <b>116</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 notifican, con el fin de implementar las medidas de reducción de riesgos necesarias a nivel local. Como parte de este análisis, el gestor del SiNASP puede solicitar información adicional sobre el incidente al notificante –siempre que este se haya identificado– para cumplimentar o modificar la documentación del caso. Cuando ha terminado este proceso

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

En este informe se han incluido las notificaciones realizadas en 2019 que estaban cerradas a 30 de junio de 2020:

- Hospital: 4.755 notificaciones (de 5.222 recibidas. En 2018 se recibieron 4.911)
- Atención Primaria: 556 notificaciones (de 670 recibidas. En 2018 se recibieron 821)

Por tanto, la notificación en 2019 creció en los hospitales, pero disminuyó en atención primaria.

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

# Incidentes notificados en hospital

Se incluyen los incidentes notificados en 98 hospitales de 10 Comunidades Autónomas más INGESA. Según puede verse en la tabla 2, aunque en el periodo de estudio había 116 hospitales dados de alta, no todos ellos estaban todavía utilizando el sistema. En 2019 notificaron al SiNASP más hospitales de Aragón, Canarias y Extremadura, pero menos de Castilla-La Mancha, Asturias y La Rioja.

**Tabla 2. Hospitales que han utilizado SiNASP en 2019**

| CCAA               | Comienzo de la implantación | Hospitales que usaron SiNASP* en 2019 | Hospitales que usaron SiNASP en 2018 |
|--------------------|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Castilla-La Mancha | Enero 2010                  | 11                                    | 12                                   |
| Galicia            | Octubre 2010                | 15                                    | 15                                   |
| Murcia             | Febrero 2011                | 11                                    | 11                                   |
| Cantabria          | Marzo 2012                  | 4                                     | 4                                    |
| Canarias           | Febrero 2013                | 8                                     | 7                                    |
| Aragón             | Octubre 2013                | 13                                    | 12                                   |
| Navarra            | Octubre 2013                | 4                                     | 4                                    |
| Extremadura        | Septiembre 2014             | 17                                    | 14                                   |
| INGESA             | Septiembre 2014             | 2                                     | 2                                    |
| Asturias           | Noviembre 2014              | 12                                    | 13                                   |
| La Rioja           | Diciembre 2016              | 1                                     | 3                                    |
| <b>TOTAL</b>       |                             | <b>98</b>                             | <b>97</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 muestran los incidentes notificados según la clasificación por tipo de incidente. Es importante tener en cuenta que un mismo incidente puede categorizarse en más de un tipo (hasta un máximo de 5), porque puede afectar a varios de ellos. Además, se trata de un campo voluntario, por lo que no todos los incidentes necesariamente se categorizan.

Como puede observarse en la gráfica, se han notificado un total de 970 incidentes relacionados con la medicación, lo que supone el tipo más frecuente de incidente (20,4%). En segundo lugar están los incidentes relacionados con la gestión organizativa-recursos (745 incidentes: 15,7%), seguidos por aquellos concernientes a identificación (599 incidentes: 12,6%) y los incidentes relacionados con los equipos y dispositivos (559 incidentes: 11,8%). También suponen un porcentaje significativo los ligados a la comunicación (432 incidentes: 9,1%), las pruebas diagnósticas (414 incidentes: 8,7%) y las infraestructuras-edificio-enseres (379 incidentes: 7,8%).

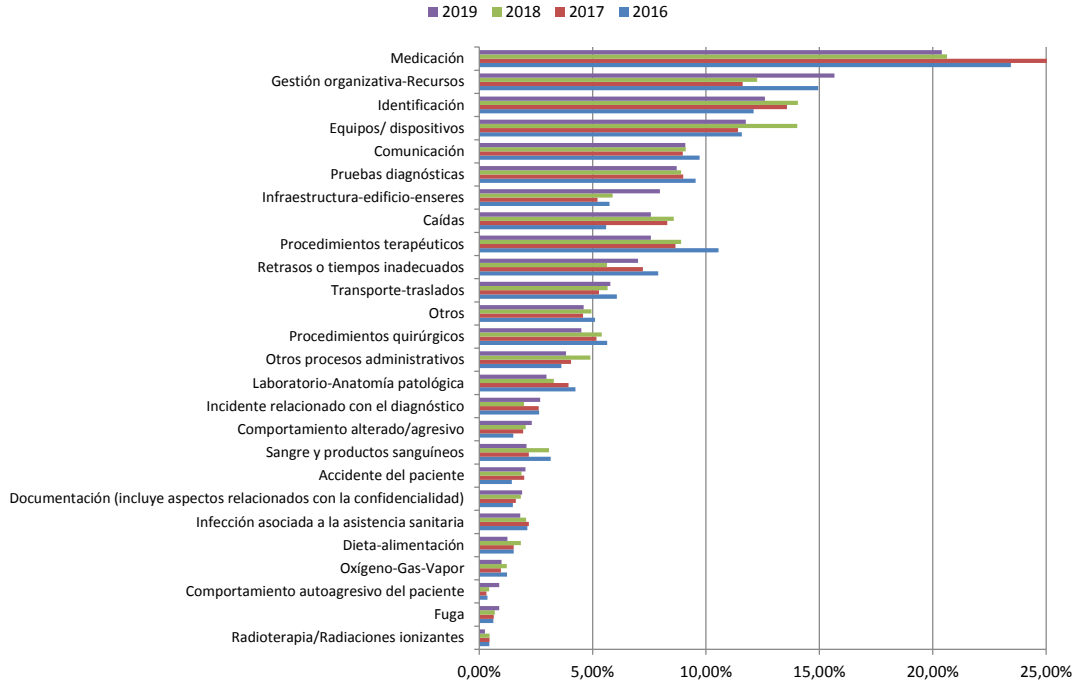
**Gráfica 1. Tipo de incidentes notificados al SiNASP**



Si comparamos con los datos de los años anteriores, como se muestra en la gráfica 2, aunque los incidentes relacionados con la medicación siguen siendo los de notificación más frecuente, sigue manteniéndose la tendencia a disminuir con respecto al porcentaje total, mientras que se mantiene la tendencia creciente a la notificación de incidentes relacionados con **gestión organizativa-recursos** con un incremento de más de tres puntos. Otro grupo de incidentes cuyo porcentaje de notificación va creciendo es el relacionado con infraestructura-edificio-enseres.

También cabe reseñar, aunque el porcentaje de estos tipos de incidentes no pasa del 3%, la tendencia creciente de notificaciones relacionadas con la conducta del paciente: comportamiento alterado/agresivo, comportamiento autoagresivo o fuga.

**Gráfica 2. Comparativa de tipos de incidentes notificados al SiNASP desde 2016 (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                         | 2019 |        | 2018 |        | 2017 |        | 2016 |        |
|------------------------------------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
|                                    | N    | %      | N    | %      | N    | %      | N    | %      |
| <b>Unidades de hospitalización</b> | 2149 | 45,19% | 1910 | 43,93% | 2005 | 45,66% | 2026 | 43,46% |
| <b>Bloque quirúrgico</b>           | 514  | 10,81% | 510  | 11,73% | 496  | 11,30% | 582  | 12,48% |
| <b>Urgencias</b>                   | 505  | 10,62% | 433  | 9,96%  | 522  | 11,89% | 563  | 12,08% |
| <b>UCI</b>                         | 433  | 9,11%  | 487  | 11,20% | 389  | 8,86%  | 483  | 10,36% |
| <b>Servicios centrales</b>         | 412  | 8,66%  | 368  | 8,46%  | 406  | 9,25%  | 432  | 9,27%  |
| <b>Consultas externas</b>          | 288  | 6,06%  | 169  | 3,89%  | 165  | 3,76%  | 140  | 3,00%  |
| <b>Hospital de día</b>             | 213  | 4,48%  | 235  | 5,40%  | 145  | 3,30%  | 129  | 2,77%  |
| <b>Servicios de apoyo/Otros</b>    | 117  | 2,46%  | 137  | 3,15%  | 122  | 2,78%  | 119  | 2,55%  |
| <b>Sala de partos</b>              | 99   | 2,08%  | 74   | 1,70%  | 116  | 2,64%  | 126  | 2,70%  |
| <b>SEE/Transporte sanitario</b>    | 25   | 0,53%  | 25   | 0,57%  | 25   | 0,57%  | 62   | 1,33%  |

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

El 45,2% de los incidentes notificados al SiNASP sucedieron en unidades de hospitalización, seguidos por el bloque quirúrgico (10,8%) y las urgencias (10,6%), que han vuelto a superar a las unidades de cuidados intensivos, como solía ser lo habitual antes de 2018. Se mantiene la ten-

dencia creciente de notificación de incidentes en las consultas externas, mientras que no resultan evidentes las líneas de tendencia en otros tipos de incidentes.

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, igual que en 2018. Los médicos han sido responsables del 26,1% de las notificaciones. Estos porcentajes sufren oscilaciones según los años, pero se mantienen relativamente estables. En tercer lugar figuran los farmacéuticos y los técnicos auxiliares de enfermería, en ambos casos con un 4,4% de notificaciones. El porcentaje de notificaciones realizadas por los técnicos auxiliares de enfermería va en aumento, mientras que en el caso de los farmacéuticos nos encontramos con la cifra más baja de los últimos cuatro años.



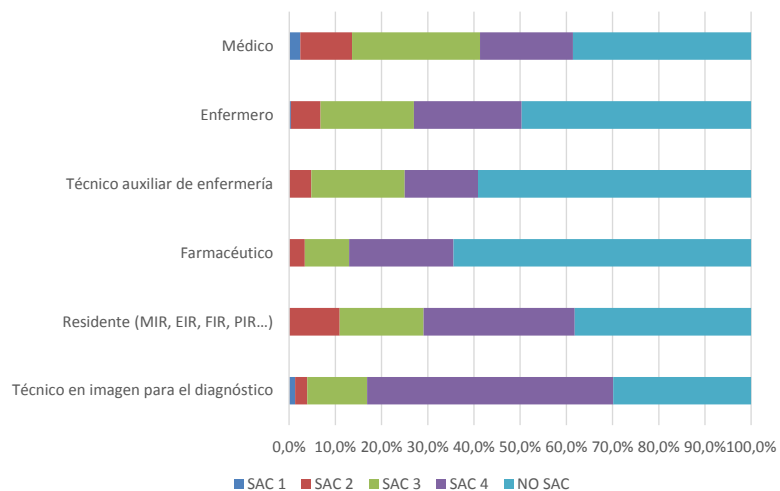
**Tabla 4. Incidentes notificados según profesión del notificante**

| INCIDENTES                                    | 2019 |        | 2018 |        | 2017 |        | 2016 |        |
|---|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
|   | N    | %      | N    | %      | N    | %      | N    | %      |
| Enfermero                                     | 2690 | 56,57% | 2462 | 56,64% | 2537 | 57,78% | 2642 | 56,68% |
| Médico  | 1244 | 26,16% | 1091 | 25,10% | 1164 | 26,51% | 1266 | 27,16% |
| Farmacéutico                                  | 208  | 4,37%  | 246  | 5,66%  | 218  | 4,96%  | 279  | 5,99%  |
| Técnico auxiliar de enfermería                | 208  | 4,37%  | 134  | 3,08%  | 135  | 3,07%  | 123  | 2,64%  |
| Otros   | 124  | 2,61%  | 125  | 2,88%  | 109  | 2,48%  | 90   | 1,93%  |
| Técnico en imagen para diagnóstico            | 77   | 1,62%  | 73   | 1,68%  | 18   | 0,41%  | 29   | 0,62%  |
| Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)             | 55   | 1,16%  | 45   | 1,04%  | 59   | 1,34%  | 53   | 1,14%  |
| Otros técnicos de grado superior y medio      | 52   | 1,09%  | 52   | 1,20%  | 25   | 0,57%  | 88   | 1,89%  |
| Otros licenciados/ grados sanitarios          | 35   | 0,74%  | 32   | 0,74%  | 19   | 0,43%  | 13   | 0,28%  |
| Otros profesionales sanitarios                | 26   | 0,55%  | 32   | 0,74%  | 36   | 0,82%  | 23   | 0,49%  |
| Fisioterapeuta                                | 18   | 0,38%  | 14   | 0,32%  | 20   | 0,46%  | 17   | 0,36%  |
| Técnico en laboratorio de diagnóstico clínico | 14   | 0,29%  | 9    | 0,21%  | 8    | 0,18%  | 10   | 0,21%  |
| Estudiantes/ Personal en prácticas            | 2    | 0,04%  | 17   | 0,39%  | 35   | 0,80%  | 26   | 0,56%  |
| Técnico en farmacia                           | 2    | 0,04%  | 8    | 0,18%  | 5    | 0,11%  | 2    | 0,04%  |
| Técnico en radioterapia                       | 0    | 0,00%  | 7    | 0,16%  | 3    | 0,07%  | 0    | 0,00%  |

La notificación del resto de colectivos sanitarios supone un porcentaje poco representativo, lo que podría apuntar a la necesidad de mayores acciones de sensibilización y formación. Llama la atención el brusco descenso de notificaciones realizadas por estudiantes y personal en prácticas, de donde puede surgir la pregunta de si durante su estancia en los centros no se les acerca a la cultura de seguridad del paciente.

Aunque notifican menos, los médicos siguen notificando incidentes más graves que el personal de enfermería: el 2,4% de sus notificaciones en 2019 fueron de incidentes tipo SAC-1, frente al 0,4% 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: 11,2%, frente al 6,4% de los notificados por enfermería y al 3,4% 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 algo superior de incidentes menos graves. Los técnicos en imagen para el diagnóstico presentan el mayor porcentaje de notificaciones de incidentes que llegan al paciente pero no le producen daño o éste es mínimo (SAC 4), mientras que en el caso de los residentes su perfil es similar al de los médicos en el caso de incidentes graves (11% de SAC 2) y mantienen unas proporciones bastante equilibradas entre los demás tipos de incidentes.

**Gráfica 3. Porcentaje de incidentes que ha notificado en 2019 cada colectivo profesional, según su gravedad**



En la gráfica se han incluido solamente los colectivos con mayor número de notificaciones realizadas en 2019.

## 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 52,6% de los incidentes llegaron al paciente y de estos, el 27,1% ocasionaron algún tipo de daño (gráfica 5).

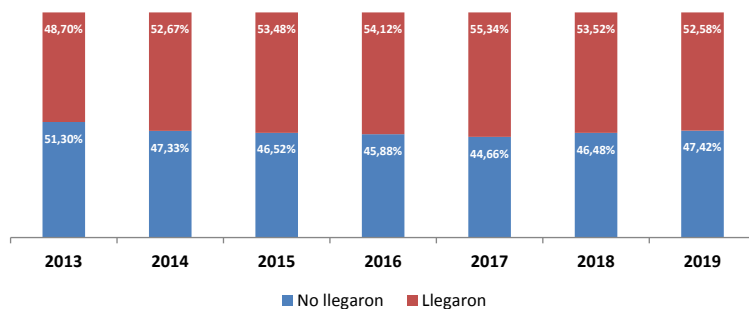
**Tabla 5. Consecuencias de los incidentes en los pacientes**

| INCIDENTES   | 2019 |        | 2018 |        | 2017 |        | 2016 |        |
|--|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
|  | N    | %      | N    | %      | N    | %      | N    | %      |
| <b>Situación con capacidad de causar un incidente</b>  | 1456 | 30,62% | 1358 | 31,23% | 1264 | 28,79% | 1420 | 30,46% |
| <b>Incidente que no llegó al paciente</b>              | 799  | 16,80% | 663  | 15,25% | 697  | 15,87% | 719  | 15,42% |
| <b>Incidente que llegó al paciente</b>                 | 2500 | 52,58% | 2327 | 53,52% | 2430 | 55,34% | 2523 | 54,12% |
| El incidente llegó al paciente pero no le causó daños  | 1397 | 29,38% | 1189 | 27,35% | 1119 | 25,48% | 1202 | 25,78% |
| No causó daño, precisó monitorización y/o intervención | 423  | 8,90%  | 502  | 11,55% | 626  | 14,26% | 522  | 11,20% |
| Causó daño temporal y precisó intervención             | 406  | 8,54%  | 413  | 9,50%  | 449  | 10,23% | 500  | 10,73% |

**Tabla 5. (Continuación)**

| INCIDENTES  | 2019 |       | 2018 |       | 2017 |       | 2016 |       |
|---|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|
|   | N    | %     | N    | %     | N    | %     | N    | %     |
| Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización                   | 148  | 3,11% | 112  | 2,58% | 100  | 2,28% | 160  | 3,43% |
| Causó daño permanente   | 18   | 0,38% | 10   | 0,23% | 16   | 0,36% | 16   | 0,34% |
| Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida | 82   | 1,72% | 67   | 1,54% | 83   | 1,89% | 82   | 1,76% |
| Contribuyó o causó la muerte del paciente                                     | 23   | 0,48% | 33   | 0,76% | 36   | 0,82% | 39   | 0,84% |

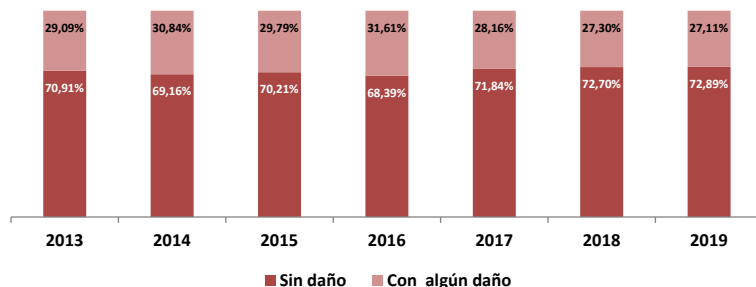
Al comparar la evolución de los últimos años (gráfica 4), parece que se mantiene el cambio de tendencia iniciada en 2018 de aumentar la notificación de incidentes que no llegan al paciente, fundamentalmente por el incremento del porcentaje de incidentes que se evitan antes de que alcancen al paciente (tabla 5).

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

También parece mantenerse la 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 ligeramente, como ya lo hiciera en 2017 y 2018.

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

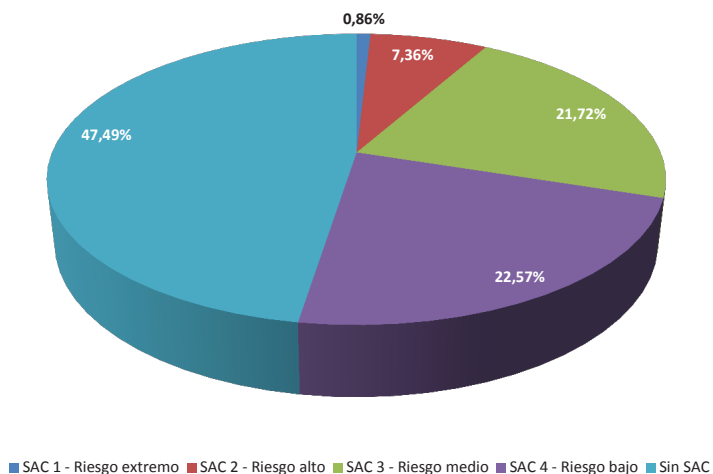
Hay dos tipos de incidentes que no son susceptibles de una clasificación mediante el SAC: las situaciones con capacidad de causar incidentes y los incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente. Teniendo en cuenta que una de las variables que se utilizan para el cálculo del SAC 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 47,5% de los incidentes notificados no tienen SAC porque no alcanzaron al paciente. A partir de ahí, el porcentaje de notificaciones va disminuyendo a medida que aumenta la gravedad según el SAC, hasta llegar al SAC 1 (riesgo extremo) que supone el 0,9% de los incidentes. En la tabla 7 podemos apreciar que se mantiene la tendencia al alza en la notificación de incidentes sin SAC, mientras que los de riesgo bajo (SAC 4), y los de riesgo medio (SAC 3) oscilan poco con respecto a los valores de 2018. Los porcentajes de no-

tificación de incidentes de mayor riesgo SAC 2 se mantienen bastante estables, pero los SAC 1 van descendiendo.

La tendencia a que cada vez se notifiquen menos incidentes graves y sin daño podría indicar una falta de confianza de los profesionales en las posibles consecuencias de sacar a la luz los eventos adversos y centinela.

**Gráfica 6. Incidentes notificados al SiNASP en 2019 según nivel de riesgo**



**Tabla 7. Incidentes notificados al SiNASP desde 2016 según riesgo**

| GRAVEDAD             | 2019 |        | 2018 |        | 2017 |        | 2016 |        |
|----------------------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
|                      | N    | %      | N    | %      | N    | %      | N    | %      |
| SAC 1-Riesgo extremo | 41   | 0,86%  | 50   | 1,15%  | 51   | 1,16%  | 72   | 1,54%  |
| SAC 2-Riesgo alto    | 350  | 7,36%  | 319  | 7,34%  | 354  | 8,06%  | 405  | 8,69%  |
| SAC 3-Riesgo medio   | 1033 | 21,72% | 932  | 21,44% | 1057 | 24,07% | 1043 | 22,37% |
| SAC 4-Riesgo bajo    | 1073 | 22,57% | 1023 | 23,53% | 965  | 21,98% | 1001 | 21,47% |
| Sin SAC              | 2258 | 47,49% | 2023 | 46,54% | 1964 | 44,73% | 2141 | 45,92% |

## 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 (tabla 8), los factores relacionados con el *entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento* siguen siendo señalados como el mayor factor contribuyente y en aumento con respecto a los años anteriores. Esto es coherente con el incremento de notificaciones relacionadas con infraestructura-edificio-enseres y con gestión organizativa-recursos, como veíamos en apartados anteriores. En segundo lugar de importancia se encuentra la falta o inadecuación de las *normas/procedimientos/protocolos de trabajo*, cuya importancia sube con respecto a 2018 (gráfica 7).

Sigue la tendencia ascendente el factor *recursos humanos/carga de trabajo* y también aumentan los *factores estresantes/emocionales/fatiga*, así como los *problemas en el trabajo en equipo*.

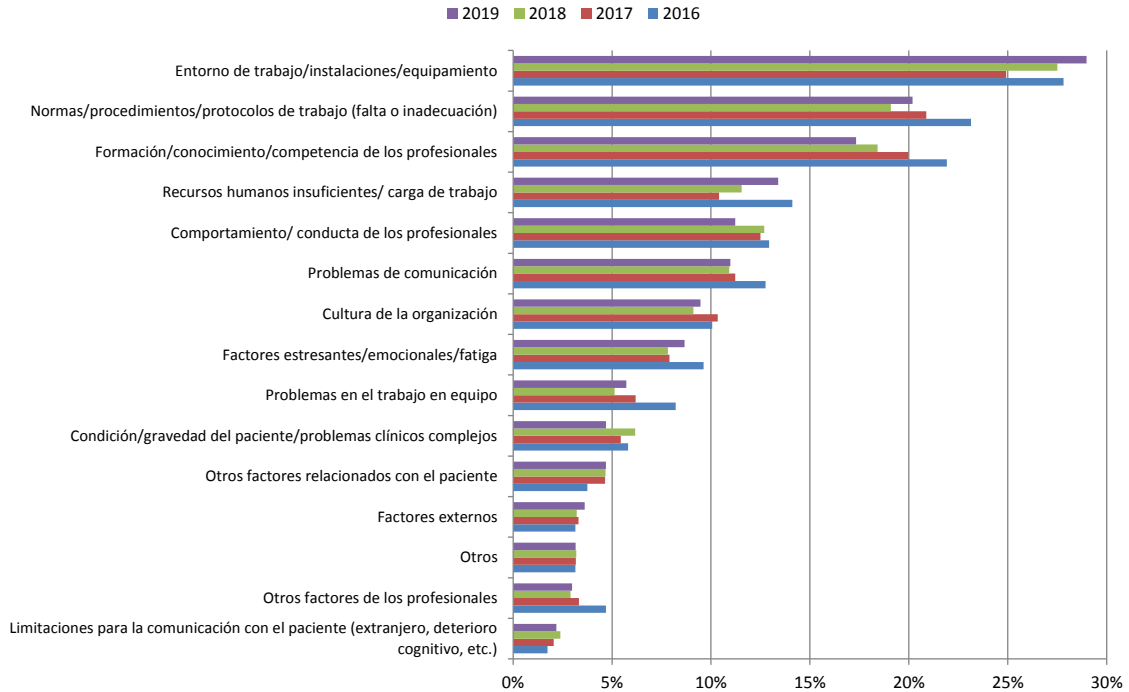
La *formación/conocimiento/competencia de los profesionales*, aunque sigue ocupando tercer lugar en importancia, mantiene la tendencia descendente de los años anteriores. También desciende la atribución a la *conducta de los profesionales*.

En 2019 no se ha mantenido la tendencia a incrementar la contribución de factores relacionados con el paciente. Los elementos que se señalan como contribuyentes en mayor medida son los relacionados con la complejidad (aunque en menor medida que en años anteriores) y «otros factores» que no se concretan.



**Tabla 8. Incidentes notificados al SiNASP en 2019 según los factores contribuyentes**

| Factores contribuyentes  | 2019        |               |
|--|-------------|---------------|
|  | N           | %             |
| <b>Factores profesionales</b>  | <b>1674</b> | <b>35,21%</b> |
| Formación/conocimiento/competencia de los profesionales  | 824         | 17,33%        |
| Comportamiento/conducta de los profesionales   | 534         | 11,23%        |
| Problemas de comunicación  | 522         | 10,98%        |
| Factores estresantes/emocionales/fatiga  | 412         | 8,66%         |
| Otros factores de los profesionales  | 142         | 2,99%         |
| <b>Factores de la organización</b>   | <b>1635</b> | <b>34,38%</b> |
| Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)   | 960         | 20,19%        |
| Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo  | 637         | 13,40%        |
| Cultura de la organización   | 450         | 9,46%         |
| Problemas en el trabajo en equipo  | 272         | 5,72%         |
| <b>Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento</b>   | <b>1378</b> | <b>28,98%</b> |
| <b>Factores relacionados con el paciente</b>   | <b>533</b>  | <b>11,21%</b> |
| Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos   | 223         | 4,69%         |
| Otros factores relacionados con el paciente  | 223         | 4,69%         |
| Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)  | 104         | 2,19%         |
| <b>Factores externos</b>   | <b>172</b>  | <b>3,62%</b>  |
| <b>Otros</b>   | <b>150</b>  | <b>3,15%</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 2016, según los factores contribuyentes**

## Incidentes clasificados como SAC 1

Se han revisado todos los incidentes notificados en 2019 y clasificados como SAC 1, cuya fecha de cierre fue anterior a julio de 2019. En total, 41 incidentes.

De ellos, según la clasificación de los notificantes, 4 causaron daño permanente al paciente, 23 comprometieron la vida del paciente y precisaron intervención para mantener su vida, y 14 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 (73%):

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

| Profesión del notificante             | Nº de incidentes | %     |
|---------------------------------------|------------------|-------|
| Médico                                | 30               | 73,2% |
| Enfermera                             | 10               | 24,4% |
| Técnico en imagen para el diagnóstico | 1                | 2,4%  |
| Total                                 | 41               | 100%  |

Según los notificantes, casi la mitad (49%) de los incidentes notificados se produjo en unidades de hospitalización, el 15% en unidades de cuidados intensivos y el 12% en el bloque quirúrgico:

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

| Área                            | Nº de incidentes | %     |
|---------------------------------|------------------|-------|
| Unidades de hospitalización     | 20               | 48,8% |
| Unidades de cuidados intensivos | 6                | 14,6% |
| Bloque quirúrgico               | 5                | 12,2% |
| Servicios centrales             | 4                | 9,8%  |
| Urgencias                       | 3                | 7,3%  |
| Sala de partos                  | 2                | 4,9%  |
| Consultas externas              | 1                | 2,4%  |

Durante el análisis se ha eliminado uno de los incidentes por haber sido notificado dos veces y otro cuya descripción no dejaba claro que se tratara de un incidente de seguridad. Además, se han analizado otros nueve 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, tres en el bloque quirúrgico, uno en servicios centrales y otro en UCI. Una vez revisados se han descartado tres de ellos, al tratarse de complicaciones difícilmente evitables más que de problemas de seguridad del paciente.

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

### **1. Eventos centinela: 2**

Los análisis en profundidad de este tipo de incidentes deberían compartirse a nivel de Sistema Nacional de Salud para poder evidenciar factores causales y proponer acciones de mejora trasladables a otros centros.

- Intervención de fractura de cadera en el lado contrario
- Intento autolítico de paciente que se tira por una ventana

### **2. Incidentes relacionados con los cuidados de pacientes críticos o complejos que apuntan a la necesidad de personal más especializado: 10**

- Retirada involuntaria de dispositivo (tubo endotraqueal) en UCI por posible deficiencia en control del paciente.
- Error en el sistema de perfusión en paciente pediátrico grave.
- Problemas funcionamiento y disponibilidad de equipos en la reanimación de neonato en sala de partos, que se atribuye a no depender esta unidad del personal más especializado de pediatría/neonatología.
- Deterioro de paciente tras su ingreso en planta desde REA-

- UCI por no haber disponibilidad de camas en unidad de cuidados respiratorios intermedios y carecer de formación el personal en planta del manejo de este tipo de pacientes.
- Deterioro de paciente en UCI que es identificado y registrado por personal de enfermería en turno de noche, pero no se avisó a personal médico de guardia responsable. El paciente amanece en exitus.
  - Paciente con hematoma abdominal que había precisado embolización previamente vuelve a presentar sintomatología pero a pesar de las reiteradas llamadas de enfermería el residente de guardia no acude a realizar valoración.
  - Desaturación de oxígeno en paciente terminal al no realizarse con suficiente rapidez el cambio del humidificador de oxígeno por falta de formación/supervisión de profesional recientemente incorporada
  - Problemas en el manejo de neonato crítico que termina en exitus. Se atribuye a falta de adiestramiento en el manejo de este tipo de situaciones.
  - Problemas de manejo crítico en paciente pediátrico tras parto instrumentado. En la notificación no queda clara la causa de la muerte.
  - Error en procedimiento terapéutico durante el cambio de una cánula de traqueotomía.

### **3. Incidentes relacionados con infraestructura: 9**

En este grupo se han incluido incidentes a los que han contribuido la falta o escasez de recursos de equipamiento, infraestructura de telecomunicaciones o recursos humanos.

- La lentitud del acceso y funcionamiento del sistema informático para acceder a la historia clínica electrónica dificulta la respuesta en una situación de urgencia
- Retraso tras varias llamadas de aviso al equipo de paradas en una PCR en planta, ya que tardaba en llegarles el aviso al busca, probablemente por no tener una línea independiente para emergencias
- Problemas de atención a paciente recién intervenido de aneurisma en área de quirófano de urgencias por falta de cobertura móvil y haber un solo equipo de enfermería de

- urgencias que trabaja en varios quirófanos ubicados en plantas distintas
- Retraso emergencia TAC y radiología intervencionista por falta de celadores
  - Retrasos en intervención de pacientes oncológicos pendientes de tratamiento por radiofrecuencia por falta de anestesiistas: 2 incidentes
  - No disponibilidad de BiPAP en Unidad de Reanimación e insuficiente número de aparatos de BiPAP en el hospital.
  - PCR con exitus de paciente a cargo de un único especialista disponible por atender el mismo equipo la actividad en dos hospitales.
  - Deterioro en planta de un paciente con EPOC tras ingreso desde urgencias y que por sus características no era subsidiarios de ingreso en UCI pero sí susceptible de VMNI en planta de hospitalización, donde se carecía de este recurso.

#### **4. Incidentes relacionados con parada cardiorrespiratoria y RCP: 5**

Se agrupan aquí incidentes en los que se producen problemas en la realización de la RCP a los pacientes por inadecuado mantenimiento y supervisión del material de los carros de parada así como desconocimiento del personal de planta sobre su ubicación o utilización.

- Fracaso de resucitación cardiopulmonar avanzada probablemente a consecuencia de problemas en el equipamiento y falta de mantenimiento de dos carros de parada y falta de formación del personal de planta en la utilización del equipo.
- Retraso en realización de RCP avanzada por ausencia de monitor ECG y desfibrilador manual: 2 incidentes.
- Problemas en realización de RCP por fallos de funcionamiento de varios aspiradores.
- Retraso en RCP por falta de pilas en laringoscopio y desconocimiento de la ubicación de los medicamentos en el carro de parada por la enfermera de planta.

## **5. Incidentes relacionados con los equipos/dispositivos: 5**

Se han incluido incidentes a los que han contribuido unos equipos inadecuados, obsoletos o con un mantenimiento deficiente o bien suministros de calidad deficiente.

- Descompensación de paciente en UCI por solo disponer de equipo de ventilación mecánica no invasiva obsoleto y descatalogado que no funciona adecuadamente.
- Fuga de la perfusión a nivel de la llave de 3 vías, que estaba correctamente colocada en un paciente inestable (UCI neonatos), por material defectuoso.
- Pinzas laparoscópicas supuestamente «atraumáticas» que no lo son: material deficiente
- El desfibrilador no reconoce ritmo desfibrilable potencialmente mortal
- Deterioro de paciente en UCI por problemas de monitorización facilitados por la falta de conexión de un dispositivo portátil a la central de monitorización

## **6. Incidentes relacionados con la organización de procesos: 4**

Este grupo de incidentes están muy relacionados con la organización de los procesos a nivel local.

- Dieta equivocada a paciente alérgico a la lactosa (bandeja bien etiquetada, contenido erróneo): la causa podría tener que ver con los circuitos de preparación de menús en la cocina
- Retraso en la obtención de hemoderivados durante emergencia quirúrgica
- Neonato de varias horas de vida que precisó traslado urgente a UCI neonatal por deterioro neurológico agudo y la ambulancia tardó en llegar aproximadamente 2 horas.
- Deterioro de paciente por retraso en el traslado entre centros del mismo complejo por protocolo inadecuado

## **7. Incidentes relacionados con deficiente comunicación-transferencia-monitorización: 4**

- Paciente grave es trasladado a otro centro sin monitorización por ausencia de comunicación entre los distintos servicios a cargo del paciente y toma de decisiones de manera independiente.

- Alternancias de tratamiento antibiótico en paciente en shock séptico por disparidad de criterios entre los profesionales de distintos turnos.
- Se coloca mal un CVC para nutrición parenteral y, aunque se ordena su retirada, esta no se realiza, con graves consecuencias para el paciente cuando se infunde la nutrición. Se atribuye a falta de comunicación y posterior retraso en el aviso a Medicina intensiva ante la inestabilidad del paciente.
- Paciente con deterioro y PCR durante el traslado a Radiología sin haberse realizado valoración previa al traslado ni toma de constantes durante la noche.

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

- Envío a planta desde urgencias a paciente inestable, que debe ser trasladado a UCI de manera urgente
- Manejo inadecuado de paciente politraumatizado en el servicio de urgencias

**9. Incidentes relacionados con la medicación: 2**

Los dos incidentes notificados tienen que ver con alergias a medicamentos.

- Prescripción, validación y administración de amoxicilina por vía endovenosa a paciente con alergia conocida, que entra en PCR. Coincide que la paciente tiene afasia y su acompañante, que es quien alerta del error, en ese momento no está en la habitación.
- Reacción anafiláctica por administración de medicamento a paciente con antecedentes de alergia: entre los factores contribuyentes, la orden verbal y el uso de dispensación automática no adaptada al factor humano.

**10. Incidentes relacionados con caídas: 1**

- Caída de paciente durante la noche. Había tenido otro episodio previo y no llamaba para que la acompañaran. Quizá se podría haber potenciado la educación del paciente u otras medidas preventivas.



## **11. Otros: 1**

- Analítica con valores erróneos que da lugar a un tratamiento inadecuado en paciente con mala situación basal.

## Incidentes relacionados con gestión organizativa y recursos

Es el tipo de incidentes cuyo porcentaje de notificación más ha aumentado en 2019 y que además, va en aumento en los últimos años. Además es la categoría de incidentes en la que más incidentes tipo SAC 1 se han producido (16: 20,8% del total de la categoría).

En 2019 se notificaron 746 incidentes que los notificantes clasificaron, entre otras categorías, como relacionados con la gestión organizativa y los recursos.

**Tabla 11. Comparación de las consecuencias de los incidentes en los pacientes entre el total de incidentes notificados en 2019 y aquellos relacionados con la gestión organizativa y los recursos**

| INCIDENTES 2019<br>Categoría  | TOTAL |        | GESTIÓN ORGANIZATIVA |        |
|---|-------|--------|----------------------|--------|
|   | N     | %      | N                    | %      |
| <b>Situación con capacidad de causar un incidente</b>                         | 1456  | 30,62% | 311                  | 41,69% |
| <b>Incidente que no llegó al paciente</b>                                     | 799   | 16,80% | 80                   | 10,72% |
| <b>Incidente que llegó al paciente</b>  | 2500  | 52,58% | 355                  | 47,59% |
| El incidente llegó al paciente pero no le causó daños                         | 1397  | 29,38% | 216                  | 28,95% |
| No causó daño, precisó monitorización y/o intervención                        | 423   | 8,90%  | 44                   | 5,90%  |
| Causó daño temporal y precisó intervención                                    | 406   | 8,54%  | 40                   | 5,36%  |
| Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización                   | 148   | 3,11%  | 25                   | 3,35%  |
| Causó daño permanente   | 18    | 0,38%  | 3                    | 0,40%  |
| Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida | 82    | 1,72%  | 20                   | 2,68%  |
| Contribuyó o causó la muerte del paciente                                     | 23    | 0,48%  | 7                    | 0,94%  |

Como se puede apreciar en la tabla 11, el porcentaje de incidentes de las tres últimas categorías, que son los de consecuencias más graves para los pacientes, es superior al del global. Esto también se refleja en el nivel de riesgo de los incidentes notificados dentro de esta categoría, como se presenta en la tabla 12: el porcentaje de incidentes clasificados como SAC 1, SAC 2 y SAC 3 es superior al global.

**Tabla 12. Comparación del nivel de riesgo entre el total de incidentes notificados en 2019 y los relacionados con la gestión organizativa y recursos**

| GRAVEDAD             | 2019 |        | GESTIÓN ORGANIZATIVA |        |
|----------------------|------|--------|----------------------|--------|
|                      | N    | %      | N                    | %      |
| Categoría            |      |        |                      |        |
| SAC 1-Riesgo extremo | 41   | 0,86%  | 16                   | 2,14%  |
| SAC 2-Riesgo alto    | 350  | 7,36%  | 61                   | 8,18%  |
| SAC 3-Riesgo medio   | 1033 | 21,72% | 187                  | 25,07% |
| SAC 4-Riesgo bajo    | 1073 | 22,57% | 91                   | 12,20% |
| Sin SAC              | 2258 | 47,49% | 391                  | 52,41% |

Se ha revisado una muestra amplia de los incidentes relacionados con la gestión organizativa y los recursos clasificados por los notificantes como frecuentes. En el **anexo I** se presentan algunos ejemplos más característicos del conjunto.



# 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 13, la implantación del SiNASP en atención primaria está siendo muy lenta e incluso se está ralentizando y, aunque a finales de 2019 había 641 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 2019 se han recibido notificaciones de 143 centros de atención primaria, una cifra inferior a la del año anterior. Aunque INGESA y La Rioja tienen centros dados de alta en el sistema, todavía no han empezado a notificar.

**Tabla 13. Centros de atención primaria dados de alta en el SiNASP a 31 de diciembre de 2019 y los que han usado SiNASP en 2019**

| CCAA               | Comienzo de la implantación | Centros de AP* | Centros AP que usan SiNASP** en 2019 | Centros AP que usan SiNASP en 2018 |
|--------------------|-----------------------------|----------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| Aragón             | Octubre 2014                | 39             | 4                                    | 3                                  |
| Canarias           | Noviembre 2014              | 45             | 2                                    | 2                                  |
| Cantabria          | Septiembre 2014             | 44             | 22                                   | 27                                 |
| Castilla-La Mancha | Diciembre 2013              | 138            | 7                                    | 8                                  |
| <b>Extremadura</b> | Octubre 2016                | 122            | 7                                    | 18                                 |
| Galicia            | Diciembre 2013              | 59             | 44                                   | 34                                 |
| INGESA             | Diciembre 2019              | 4              | 0                                    | -                                  |
| La Rioja           | Diciembre 2016              | 1              | 0                                    | 0                                  |
| Murcia             | Diciembre 2013              | 78             | 9                                    | 16                                 |
| Navarra            | Octubre 2014                | 71             | 36                                   | 33                                 |
| Asturias           | Noviembre 2014              | 40             | 12                                   | 10                                 |
| <b>TOTAL</b>       |                             | <b>641</b>     | <b>143</b>                           | <b>151</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.

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

**Gráfica 8. Tipos de incidentes notificados al SiNASP**

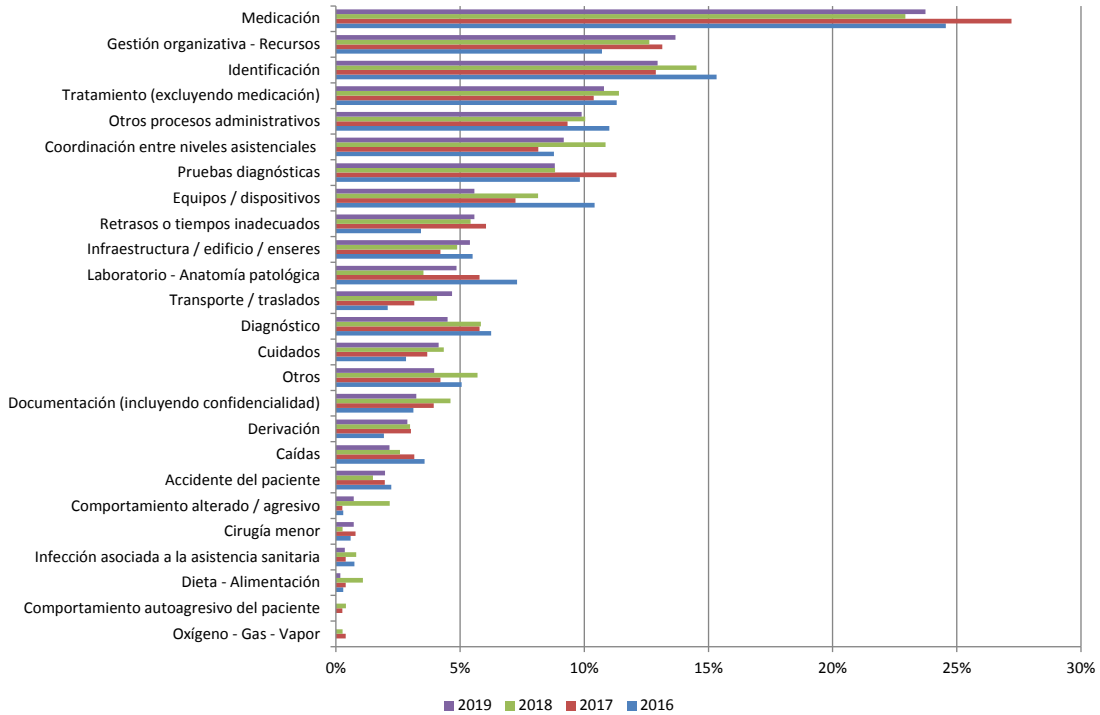


Las dos categorías principales de incidentes notificados en atención primaria son las mismas que se han señalado en el caso de los hospitales (gráfica 8): medicación (132 incidentes, 23,7%) e incidentes relacionados con la gestión organizativa/recursos (76 incidentes, 13,7%). En ambos casos sube en torno a un punto el porcentaje de incidentes notificados con respecto a 2018 (gráfica 9). En el caso de los incidentes relacionados con la gestión organizativa parece existir una tendencia

al incremento en los últimos años. En tercer lugar se han notificado incidentes relacionados con la identificación (72 incidentes, 13%), cuyo porcentaje disminuye como sucedía en los hospitales.

Con respecto a años anteriores en general desciende o se mantiene similar el porcentaje de notificaciones del resto de categorías, exceptuando los incidentes relacionados con infraestructura/edificio/enseres y transporte/traslados, cuyo porcentaje va aumentando en los últimos tres años.

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

**Gráfica 9. Comparativa de incidentes notificados al SiNASP desde 2016**

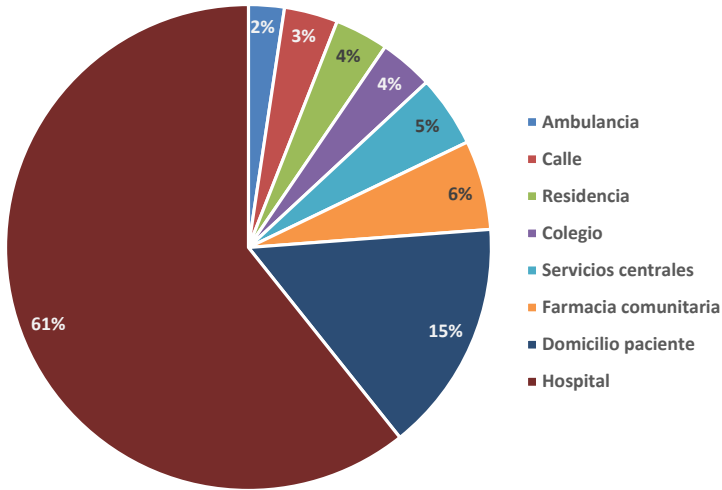


## Lugar en que ocurrió el incidente

**Tabla 14. Incidentes notificados según el área en que se produjo el incidente desde 2016**

| INCIDENTES  | 2019 |        | 2018 |        | 2017 |        | 2016 |        |
|---|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
|   | N    | %      | N    | %      | N    | %      | N    | %      |
| Consultas/consultorio   | 296  | 53,24% | 347  | 47,08% | 389  | 51,12% | 342  | 50,89% |
| En una organización/<br>lugar distinto al centro<br>de AP                   | 84   | 15,11% | 143  | 19,40% | 121  | 15,90% | 102  | 15,18% |
| Laboratorio   | 52   | 9,35%  | 55   | 7,46%  | 82   | 10,78% | 65   | 9,67%  |
| Área de atención conti-<br>nuada/urgencias/SUAP                             | 43   | 7,73%  | 89   | 12,08% | 64   | 8,41%  | 60   | 8,93%  |
| Área de administración/<br>información                                      | 22   | 3,96%  | 27   | 3,66%  | 30   | 3,94%  | 28   | 4,17%  |
| Otras áreas del centro de<br>Atención Primaria (esca-<br>leras, entrada...) | 21   | 3,78%  | 39   | 5,29%  | 30   | 3,94%  | 20   | 2,98%  |
| Teléfono  | 14   | 2,52%  | 4    | 0,54%  | 10   | 1,31%  | 16   | 2,38%  |
| Sala de espera  | 9    | 1,62%  | 7    | 0,95%  | 10   | 1,31%  | 16   | 2,38%  |
| Radiología  | 6    | 1,08%  | 12   | 1,63%  | 11   | 1,45%  | 9    | 1,34%  |
| Servicios de apoyo  | 5    | 0,90%  | 5    | 0,68%  | 6    | 0,79%  | 6    | 0,89%  |
| Lugar desconocido   | 4    | 0,72%  | 9    | 1,22%  | 8    | 1,05%  | 8    | 1,19%  |

**Gráfica 10. Ubicación de los incidentes notificados que tuvieron lugar fuera del centro de atención primaria**



Aumenta notablemente con respecto a 2018 el porcentaje de incidentes generados en la consulta (tabla 14), mientras regresa a valores anteriores a 2018 el porcentaje de incidentes notificados que tuvieron lugar en una organización o lugar distinto al centro de atención primaria. De ellos (gráfica 10), el 60,7% tuvo lugar en el hospital, en gran medida relacionados con la falta de conciliación al alta o con la ausencia de prescripción electrónica o de instrucciones escritas al alta sobre la medicación del paciente. Aumenta el porcentaje de incidentes notificados relacionados con incidentes en el domicilio del paciente (15,5% del total fuera del centro de AP), mientras disminuyen notablemente los procedentes de residencias sociosanitarias (solo el 3,6%) del total. También incrementa el porcentaje de notificaciones de incidentes relacionados con la atención telefónica (2,5% frente a 0,5% en 2018).

## Profesión del notificante

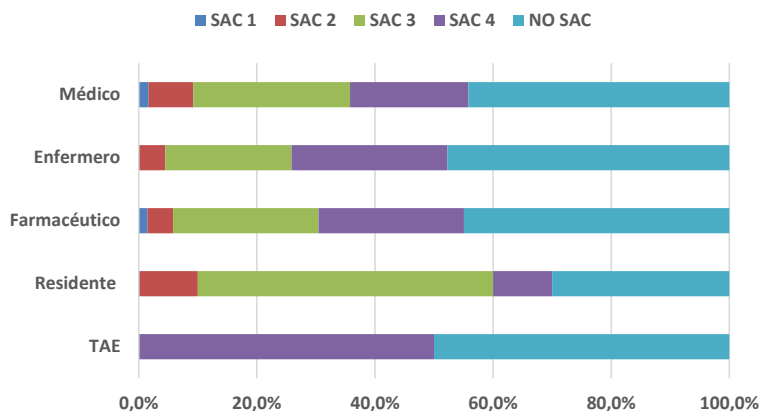
En 2019 ha seguido disminuyendo el porcentaje de notificaciones realizadas por médicos, aunque siguen siendo los profesionales que más notifican (Tabla 15). En cambio aumenta el porcentaje de notificaciones realizadas por farmacéuticos, que recuperan niveles anteriores a 2018.

**Tabla 15. Incidentes notificados según la profesión del notificante desde 2016**

| Profesión del notificante                            | 2019 |        | 2018 |        | 2017 |        | 2016 |        |
|--|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
|  | N    | %      | N    | %      | N    | %      | N    | %      |
| <b>Médico</b>  | 249  | 44,78% | 335  | 45,45% | 358  | 47,04% | 334  | 49,70% |
| <b>Enfermero</b>                                     | 201  | 36,15% | 288  | 39,08% | 257  | 33,77% | 231  | 34,38% |
| <b>Farmacéutico</b>                                  | 69   | 12,41% | 65   | 8,82%  | 106  | 13,93% | 81   | 12,05% |
| <b>Otros</b>   | 11   | 1,98%  | 22   | 2,99%  | 19   | 2,50%  | 7    | 1,04%  |
| <b>Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)</b>             | 10   | 1,80%  | 5    | 0,68%  | 10   | 1,31%  | 5    | 0,74%  |
| <b>Técnico auxiliar de enfermería</b>                | 8    | 1,44%  | 4    | 0,54%  | 2    | 0,26%  | 7    | 1,04%  |
| <b>Otros profesionales sanitarios</b>                | 3    | 0,54%  | 3    | 0,41%  | 4    | 0,53%  | 1    | 0,15%  |
| <b>Fisioterapeuta</b>                                | 2    | 0,36%  | 4    | 0,54%  | 4    | 0,53%  | 3    | 0,45%  |
| <b>Técnico en Farmacia</b>                           | 2    | 0,36%  |      | 0,00%  | 1    | 0,13%  | 1    | 0,15%  |
| <b>Otros técnicos de grado superior y medio</b>      | 1    | 0,18%  | 5    | 0,68%  |      | 0,00%  | 1    | 0,15%  |
| <b>Otros licenciados/grados sanitarios</b>           | 0    | 0,00%  | 3    | 0,41%  | 0    | 0,00%  | 1    | 0,15%  |
| <b>Técnico en Laboratorio de diagnóstico clínico</b> | 0    | 0,00%  | 2    | 0,27%  | 0    | 0,00%  | 0    | 0,00%  |
| <b>Estudiantes/Personal en prácticas</b>             | 0    | 0,00%  | 1    | 0,14%  | 0    | 0,00%  | 0    | 0,00%  |

Según puede apreciarse en la gráfica 11, médicos y farmacéuticos han notificado incidentes más graves que el personal de enfermería. De hecho solo ellos han notificado incidentes clasificados como SAC 1 y, junto con los residentes, un mayor porcentaje de SAC 2.

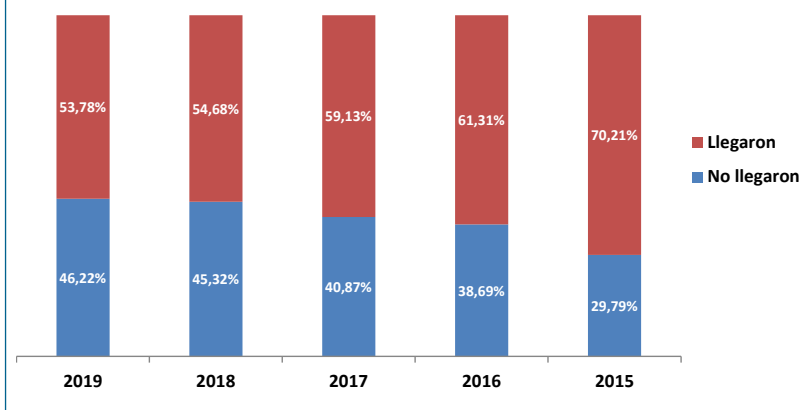
**Gráfica 11. Porcentaje de incidentes que ha notificado en 2019 cada colectivo profesional, según su gravedad**



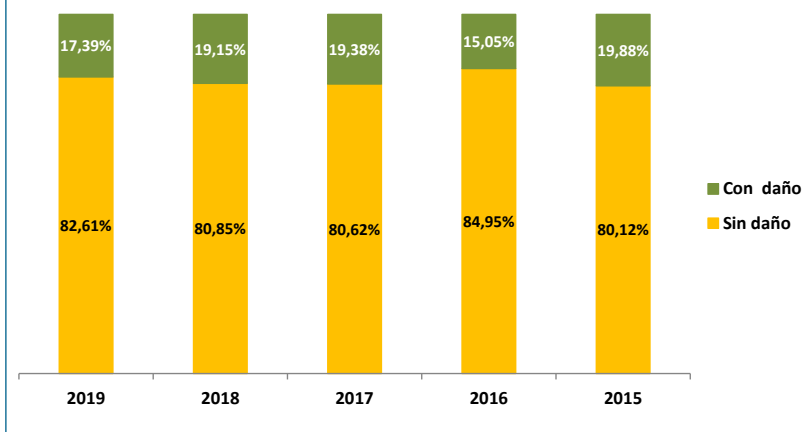
En la gráfica se han incluido solamente los colectivos con mayor número de notificaciones realizadas en 2019.

## Consecuencia de los incidentes en los pacientes

**Gráfica 12. Incidentes notificados según si llegaron o no al paciente desde 2015**



**Gráfica 13. Incidentes notificados según si produjeron o no daño al paciente desde 2015**



El porcentaje de incidentes notificados que llegaron al paciente sigue disminuyendo respecto a años anteriores (gráfica 12). Aunque cada vez más próximo, este porcentaje sigue siendo mayor que en hospitales (53,7% frente a 52,6%). De los incidentes que llegaron al paciente disminuye con respecto a los años anteriores el porcentaje de incidentes con daño notificados (gráfica 13).

En la tabla 16 podemos ver además que sigue aumentando la notificación de situaciones con capacidad de causar un incidente, que suponen el 33% de todas las notificaciones recibidas.

**Tabla 16. Incidentes notificados según las consecuencias en los pacientes desde 2016**

| INCIDENTES   | 2019       |        | 2018       |        | 2017       |        | 2016       |        |
|--|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
|  | N          | %      | N          | %      | N          | %      | N          | %      |
| <b>Situación con capacidad de causar un incidente</b>  | <b>184</b> | 33,09% | <b>221</b> | 29,99% | <b>193</b> | 25,36% | <b>175</b> | 26,04% |
| <b>Incidente que no llegó al paciente</b>  | <b>73</b>  | 13,13% | <b>113</b> | 15,33% | <b>118</b> | 15,51% | <b>85</b>  | 12,65% |
| <b>Incidente que llegó al paciente</b>   | <b>299</b> | 53,78% | <b>403</b> | 54,68% | <b>450</b> | 59,13% | <b>412</b> | 61,31% |
| El incidente llegó al paciente pero no le causó daños  | 114        | 20,50% | 162        | 21,98% | 153        | 20,11% | 187        | 27,83% |
| No causó daño, precisó monitorización y/o intervención   | 133        | 23,92% | 163        | 22,12% | 209        | 27,46% | 163        | 24,26% |
| Daño moderado: daño temporal menor y/o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o conflicto con el paciente. | 39         | 7,01%  | 54         | 7,33%  | 63         | 8,28%  | 42         | 6,25%  |
| Daño importante: daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario                    | 9          | 1,62%  | 21         | 2,85%  | 19         | 2,50%  | 18         | 2,68%  |
| Catastrófico: muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente  | 4          | 0,72%  | 2          | 0,27%  | 5          | 0,66%  | 2          | 0,30%  |

## 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 17.

**Tabla 17. Cálculo del riesgo asociado a un incidente en atención primaria (SAC)**

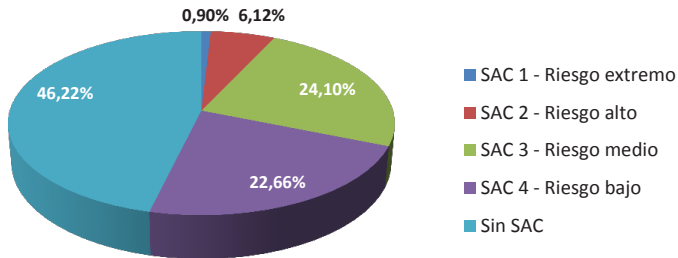
|  | Frecuente | Probable | Ocasional | Poco frecuente | Muy infrecuente |
|--|-----------|----------|-----------|----------------|-----------------|
| Muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente  | Extremo   | Extremo  | Extremo   | Extremo        | Alto            |
| Daño temporal 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».

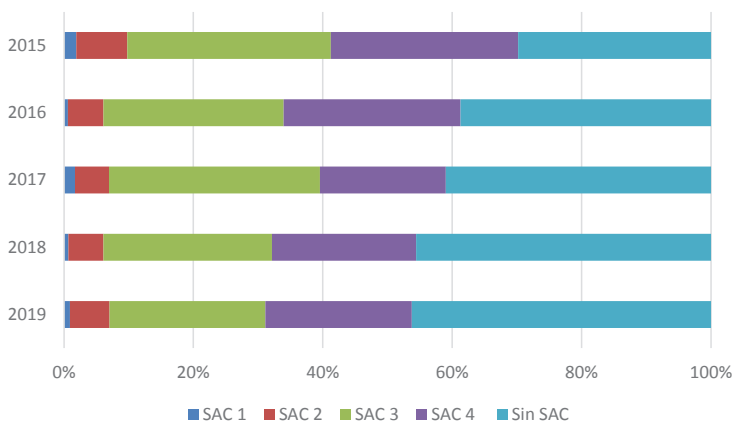
El riesgo asociado a los incidentes notificados al SiNASP en atención primaria queda reflejado en la gráfica 14.

**Gráfica 14. Incidentes notificados al SiNASP según nivel de riesgo**



El 7,02% de los incidentes notificados en 2019 han supuesto un riesgo elevado para el paciente. Esto supone un cierto aumento con respecto a 2018, como se puede apreciar en la gráfica 15, por una notificación de incidentes clasificados como SAC 1 y SAC 2 ligeramente mayor. Al mismo tiempo el porcentaje de incidentes sin SAC notificados también aumenta ligeramente. La suma de los SAC 4 y los que no tienen SAC alcanza prácticamente el 69% del total de incidentes notificados, lo que supone el porcentaje más alto de toda la serie.

**Gráfica 15. 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 18.

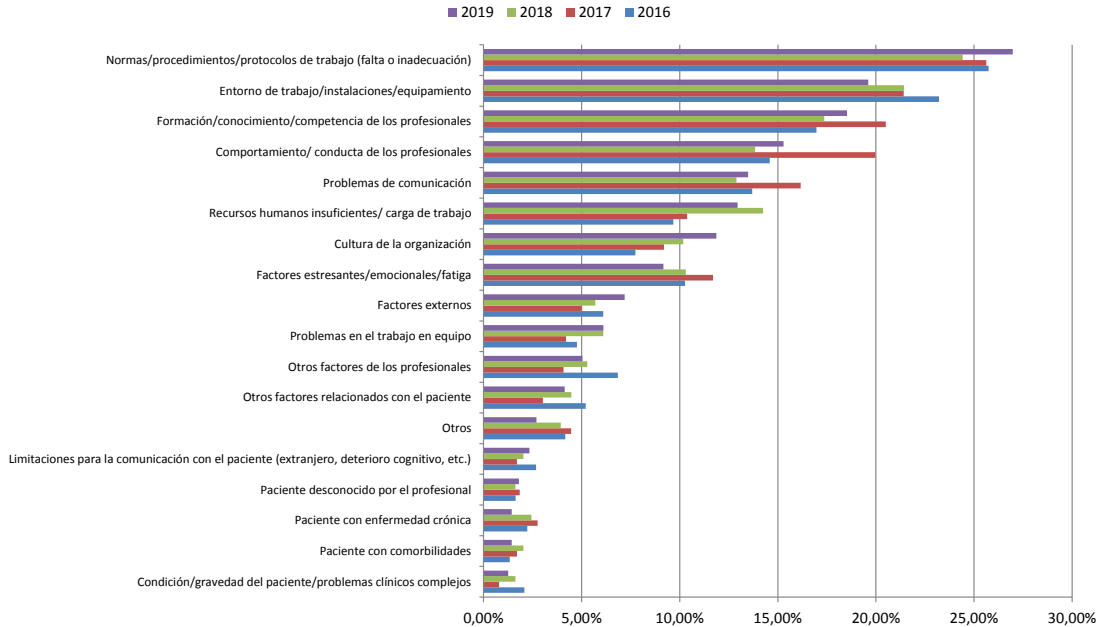
Como en años anteriores, los factores profesionales y los factores de la organización son las dos categorías de factores contribuyentes principales, aunque si desglosamos por subcategorías, los mayores factores contribuyentes siguen siendo organizacionales: la falta o inadecuación de las normas/procedimientos/protocolos de trabajo –cuya atribución a los incidentes además sigue aumentando–, seguido de los factores relacionados con el entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento (gráfica 16). El factor que mantiene una tendencia creciente en los últimos años, aunque no sea el más frecuente, es la cultura de la organización. Entre los factores profesionales, el más importante sigue siendo el relacionado con la formación/conocimiento/competencia.

**Tabla 18. Incidentes notificados al SiNASP según los factores contribuyentes**

|  |            |               |
|--|------------|---------------|
| <b>Factores profesionales</b>  | <b>235</b> | <b>42,27%</b> |
| Formación/conocimiento/competencia de los profesionales                                    | 103        | 18,53%        |
| Comportamiento/conducta de los profesionales   | 85         | 15,29%        |
| Problemas de comunicación  | 75         | 13,49%        |
| Factores estresantes/emocionales/fatiga  | <b>51</b>  | 9,17%         |
| Otros factores de los profesionales  | <b>28</b>  | 5,04%         |
| <b>Factores de la organización</b>   | <b>221</b> | <b>39,75%</b> |
| Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)                         | 150        | 26,98%        |
| Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo  | 72         | 12,95%        |
| Cultura de la organización   | 66         | 11,87%        |
| Problemas en el trabajo en equipo  | 34         | 6,12%         |
| Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento  | 109        | 19,60%        |
| <b>Factores relacionados con el paciente</b>   | <b>52</b>  | <b>9,35%</b>  |
| Otros factores relacionados con el paciente  | <b>23</b>  | 4,14%         |
| Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjería, deterioro cognitivo, etc.) | <b>13</b>  | 2,34%         |
| Paciente desconocido por el profesional  | <b>10</b>  | 1,80%         |
| Paciente con enfermedad crónica  | <b>8</b>   | 1,44%         |
| Paciente con comorbilidades  | <b>8</b>   | 1,44%         |
| Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos                               | <b>7</b>   | 1,26%         |
| <b>Factores externos</b>   | <b>40</b>  | <b>7,19%</b>  |
| <b>Otros</b>   | <b>15</b>  | <b>2,70%</b>  |

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

**Gráfica 16. Incidentes notificados al SiNASP desde 2016 según los factores contribuyentes**



## Incidentes clasificados como SAC 1

Se han revisado todas las notificaciones de incidentes de 2019 clasificadas como SAC-1 y las SAC-2 con consecuencia de daño catastrófico que estaban cerradas a 30 de junio de 2020. En total se han analizado 6 incidentes: 5 clasificados como SAC 1 y 1 clasificado como SAC 2.

De ellos, según la clasificación de los notificantes, 4 fueron catastróficos (muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente) y 2 causaron un daño importante (daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario).

Cinco de las notificaciones fueron realizadas por médicos. El otro incidente grave fue notificado desde el ámbito farmacéutico.

**Tabla 19. Incidentes clasificados como SAC 1 y SAC 2 según la profesión del notificante**

| Profesión del notificante | SAC 1    | SAC 2    | %           |
|---------------------------|----------|----------|-------------|
| Médico                    | 4        | 1        | 83,3%       |
| Farmacéutico              | 1        | 0        | 16,7%       |
| <b>Total</b>              | <b>5</b> | <b>1</b> | <b>100%</b> |

Según los notificantes, ninguno de los incidentes se produjo en consulta, a diferencia de los notificados en 2018 (tabla 20).

**Tabla 20. Áreas en las que tuvieron lugar los incidentes clasificados como SAC 1 y SAC 2**

| Área   | SAC 1    | SAC 2    | %           |
|--|----------|----------|-------------|
| En una organización/lugar distinto al centro de AP | 3        | 0        | 50%         |
| Servicios de apoyo                                 | 1        | 0        | 16,7%       |
| Radiología   | 1        | 0        | 16,7%       |
| Domicilio del paciente                             | 0        | 1        | 16,7%       |
| <b>Total</b>                                       | <b>5</b> | <b>1</b> | <b>100%</b> |

Al revisar los incidentes, la distribución del lugar en que tuvieron lugar es la siguiente:

1. SAC 1: 5
  - Farmacia comunitaria: 1
  - AP-Hospital: 1
  - Radiología: 1
  - Hospital: 1
  - En vía pública: 1
2. SAC 2:
  - Domicilio del paciente: 1

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

**1. Eventos centinela: 1**

Muerte de neonato durante el parto tras presentarse la madre en urgencias por la tarde después de haber acudido antes por la mañana y haber sido enviada a casa tras monitorización. Se debe realizar un análisis en profundidad para saber si se trata o no de un incidente de seguridad.

**2. Incidentes relacionados con la medicación: 1**

Intoxicación medicamentosa por error en la preparación del pastillero en la farmacia comunitaria de un paciente trasplantado. Parece haber influido en el error una posible falta de actualización de la prescripción electrónica desde especializada y problemas de comunicación entre el familiar del paciente y el médico de atención primaria.

**3. Incidentes relacionados con retraso diagnóstico: 2**

Paciente que acudió al centro de salud con síntomas de dolor precordial y fue derivado por sus propios medios al hospital, en vez de requerir una ambulancia. Esto probablemente contribuyó a que los administrativos no señalaran los signos de alarma y se retrasara mucho el triaje y el traslado a UCI de otro hospital donde falleció.

Fractura de cadera no detectada en informe radiológico, lo que conllevó un retraso en el diagnóstico e ingreso vía urgencias tras varios días con dolor cada vez más invalidante.

#### **4. Incidentes relacionados con la gestión organizativa y los recursos: 2**

Al acudir a un aviso de atención en vía pública se comprueba que el desfibrilador recientemente adquirido para avisos domiciliarios carece de función de marcapasos, lo que genera un retraso en la atención al paciente y un empeoramiento irreversible de su patología.

Retraso importante en traslado al hospital de paciente grave tras requerir el médico de AP el recurso de ambulancia desde el domicilio del paciente, con consecuencia de muy mal pronóstico para el paciente. Posible problema de comunicación con el servicio de emergencias.

## Incidentes relacionados con gestión organizativa y recursos

Es el tipo de incidentes cuyo porcentaje de notificación más ha aumentado en 2019 y que además, va en aumento en los últimos años.

En 2019 se notificaron 76 incidentes que los notificantes clasificaron, entre otras categorías, como relacionados con la gestión organizativa y los recursos.

**Tabla 21. Comparación de las consecuencias de los incidentes en los pacientes entre el total de incidentes notificados en 2019 y aquellos relacionados con la gestión organizativa y los recursos**

| INCIDENTES 2019<br>Categoría   | TOTAL |        | GESTIÓN ORGANIZATIVA |        |
|--|-------|--------|----------------------|--------|
|  | N     | %      | N                    | %      |
| <b>Situación con capacidad de causar un incidente</b>  | 184   | 33,09% | 31                   | 40,79% |
| <b>Incidente que no llegó al paciente</b>  | 73    | 13,13% | 7                    | 9,21%  |
| <b>Incidente que llegó al paciente</b>   | 299   | 53,78% | 38                   | 50,00% |
| El incidente llegó al paciente pero no le causó daños  | 114   | 20,50% | 10                   | 13,16% |
| No causó daño, precisó monitorización y/o intervención   | 133   | 23,92% | 18                   | 23,68% |
| Daño moderado: daño temporal menor y/o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o conflicto con el paciente. | 39    | 7,01%  | 7                    | 9,21%  |
| Daño importante: daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario                    | 9     | 1,62%  | 1                    | 1,32%  |
| Catastrófico: muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente  | 4     | 0,72%  | 2                    | 2,63%  |

Como se puede apreciar en la tabla 21, el porcentaje total de incidentes de las tres últimas categorías (13,16%), que son los de consecuencias más graves para los pacientes, es superior al del global (9,35%). Esto también se refleja en el nivel de riesgo de los incidentes notificados dentro de esta categoría, como se presenta en la tabla 22: el porcentaje de incidentes clasificados como SAC 1, SAC 2 y SAC 3 es superior al global.

**Tabla 22. Comparación del nivel de riesgo entre el total de incidentes notificados en 2019 y los relacionados con la gestión organizativa y recursos**

| GRAVEDAD             | 2019 |        | GESTIÓN ORGANIZATIVA |        |
|----------------------|------|--------|----------------------|--------|
|                      | N    | %      | N                    | %      |
| Categoría            |      |        |                      |        |
| SAC 1-Riesgo extremo | 5    | 0,90%  | 1                    | 1,32%  |
| SAC 2-Riesgo alto    | 34   | 6,12%  | 7                    | 9,21%  |
| SAC 3-Riesgo medio   | 134  | 24,10% | 22                   | 28,95% |
| SAC 4-Riesgo bajo    | 126  | 22,66% | 8                    | 10,53% |
| Sin SAC              | 257  | 46,22% | 38                   | 50%    |

Se han revisado todos los incidentes relacionados con la gestión organizativa y los recursos: el 41% tenían su origen en el hospital. En el **anexo II** se presentan algunos ejemplos de los originados en atención primaria.



# Indicadores de gestión del SiNASP

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

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

La tabla 23 presenta una selección de indicadores de hospitales y atención primaria agregados a nivel global del SiNASP.

**Tabla 23. Indicadores de gestión del SiNASP a nivel Sistema Nacional de Salud**

|   | Hospital |       |       |       | Atención Primaria |      |      |      |
|---|----------|-------|-------|-------|-------------------|------|------|------|
|   | 2019     | 2018  | 2017  | 2016  | 2019              | 2018 | 2017 | 2016 |
| <b>Volumen de notificaciones</b>  |          |       |       |       |                   |      |      |      |
| nº notificaciones recibidas*  | 5.222    | 4.911 | 4.655 | 4.919 | 670               | 821  | 800  | 710  |
| <b>Características de las notificaciones</b>  |          |       |       |       |                   |      |      |      |
| % SAC 1 y SAC 2 respecto al total   | 8,3      | 8,7   | 9,8   | 10,5  | 7,6               | 7,2  | 7    | 6,5  |
| % notificantes identificados  | 62,9     | 65,5  | 60,3  | 59    | 69,9              | 67   | 67,9 | 64,4 |
| <b>Gestión de las notificaciones</b>  |          |       |       |       |                   |      |      |      |
| Tiempo medio asignación (días)  | 21,3     | 23,8  | 17,2  | 10    | 35,6              | 15,9 | 15,6 | 10,7 |
| Tiempo medio gestión notif. (días)  | 68,1     | 75,6  | 54,5  | 45,3  | 64,6              | 53,5 | 37,5 | 31,5 |
| % de notificaciones > 1 mes no gestionadas  | 8,9      | 9,6   | 5,3   | 5,7   | 17                | 9,3  | 4,9  | 5,8  |
| % notif. cerradas con acciones  | 86,4     | 89,1  | 85,5  | 84,9  | 78,3              | 83,8 | 84,5 | 87,3 |
| <b>Análisis de las notificaciones</b>   |          |       |       |       |                   |      |      |      |
| % notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR  | 16,1     | 22,9  | 23,5  | 20,8  | 12,5              | 14,8 | 12   | 16,7 |
| % notificaciones con indicación de ACR  | 4,6      | 6,2   | 5,2   | 4,6   | 2                 | 6,9  | 2,1  | 4,6  |
| <b>Mecanismos de feedback</b>   |          |       |       |       |                   |      |      |      |
| % correos enviados a notificantes identificados   | 79,8     | 82,9  | 79,1  | 82,3  | 64                | 73,1 | 63,1 | 64,6 |
| * El número de notificaciones recibidas es el total, incluidas las que todavía no se habían terminado de gestionar a 30 de junio de 2020 y, por lo tanto, no han sido incluidas en el análisis de este informe. |          |       |       |       |                   |      |      |      |

Las tablas 24 y 25 presentan los mismos indicadores desagregados por comunidad autónoma en hospitales y en atención primaria.

**Tabla 24. Indicadores de gestión del SiNASP en hospitales en 2019 desagregado por CCAA**

| CCAA:  | Castilla-La Mancha | Galicia | Murcia | Cantabria | Canarias | Aragón | Navarra | Extremadura | INGESA | Asturias | La Rioja | Total |
|--|--------------------|---------|--------|-----------|----------|--------|---------|-------------|--------|----------|----------|-------|
| <b>Volumen de notificaciones</b>                     |                    |         |        |           |          |        |         |             |        |          |          |       |
| nº notificaciones recibidas                          | 317                | 2077    | 398    | 189       | 306      | 315    | 695     | 186         | 22     | 705      | 12       | 5222  |
| <b>Características de las notificaciones</b>         |                    |         |        |           |          |        |         |             |        |          |          |       |
| % SAC 1 y SAC 2 respecto al total                    | 7,9                | 6,4     | 8,8    | 8,5       | 13,7     | 8,3    | 12,8    | 5,9         | 18,2   | 7,8      | 0        | 8,3   |
| % notificantes identificados                         | 79,2               | 52,4    | 64,8   | 69,3      | 70,3     | 78,4   | 62,2    | 65,6        | 68,2   | 72,8     | 100      | 62,9  |
| <b>Gestión de las notificaciones</b>                 |                    |         |        |           |          |        |         |             |        |          |          |       |
| Tiempo medio asignación (días)                       | 36,3               | 5,7     | 25,6   | 8,1       | 39,8     | 93,5   | 19,5    | 14,2        | 13,6   | 18       | 232,5    | 21,3  |
| Tiempo medio gestión notif. (días)                   | 148,8              | 27,8    | 53,6   | 58,5      | 71,7     | 236,3  | 76,3    | 63,3        | 40,7   | 79,6     | 270,7    | 68,1  |
| % de notificaciones > 1 mes no gestionadas           | 31,5               | 3,3     | 11,3   | 9,5       | 19,3     | 12,4   | 4,5     | 8,6         | 59,1   | 10,8     | 16,7     | 8,9   |
| % notif. cerradas con acciones                       | 84,7               | 88,7    | 85,8   | 99,4      | 88,8     | 89     | 78,4    | 81,8        | 100    | 82,9     | 100      | 86,4  |
| <b>Análisis de las notificaciones</b>                |                    |         |        |           |          |        |         |             |        |          |          |       |
| % notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR | 9,1                | 14,6    | 62,5   | 40        | 18,2     | 10,5   | 8,5     | 0           | 0      | 12,5     | 0        | 16,1  |
| % notificaciones con indicación de ACR               | 6,4                | 2,3     | 6,5    | 3,9       | 8,9      | 15,1   | 2,4     | 6,7         | 14,3   | 4,9      | 0        | 4,6   |
| <b>Mecanismos de feedback</b>                        |                    |         |        |           |          |        |         |             |        |          |          |       |
| % correos enviados a notificantes identificados      | 59,2               | 88,3    | 86,3   | 93,4      | 59,7     | 66,9   | 88,6    | 85,8        | 0      | 70,6     | 44,4     | 79,8  |

**Tabla 25. Indicadores de gestión del SiNASP en atención primaria en 2019 desagregado por CCAA**

| CCAA:  | Castilla-La Mancha | Galicia | Murcia | Cantabria | Canarias | Aragón | Navarra | Extremadura | INGESA | Asturias | La Rioja | Total |
|--|--------------------|---------|--------|-----------|----------|--------|---------|-------------|--------|----------|----------|-------|
| <b>Volumen de notificaciones</b>                     |                    |         |        |           |          |        |         |             |        |          |          |       |
| nº notificaciones recibidas                          | 22                 | 319     | 15     | 46        | 29       | 17     | 154     | 25          | -      | 43       | -        | 670   |
| <b>Características de las notificaciones</b>         |                    |         |        |           |          |        |         |             |        |          |          |       |
| % SAC 1 y SAC 2 respecto al total                    | 9,1                | 4,7     | 0      | 6,5       | 6,9      | 17,6   | 9,7     | 12          | -      | 18,6     | -        | 7,6   |
| % notificantes identificados                         | 72,7               | 64,3    | 93,3   | 91,3      | 62,1     | 94,1   | 70,1    | 44          | -      | 88,4     | -        | 69,9  |
| <b>Gestión de las notificaciones</b>                 |                    |         |        |           |          |        |         |             |        |          |          |       |
| Tiempo medio asignación (días)                       | 32,6               | 47      | 13,6   | 16,1      | 17,5     | 0,1    | 32,2    | 28,8        | -      | 19,3     | -        | 35,6  |
| Tiempo medio gestión notif. (días)                   | 103,3              | 66,1    | 48,4   | 138,8     | 66,5     | 0,1    | 40,3    | 78,4        | -      | 25,7     | -        | 64,6  |
| % de notificaciones > 1 mes no gestionadas           | 9,1                | 6,3     | 20     | 47,8      | 10,3     | 11,8   | 23,4    | 80          | -      | 14       | -        | 17    |
| % notif. cerradas con acciones                       | 86,4               | 71,2    | 90,9   | 67,3      | 90,9     | 100    | 95      | 37,5        | -      | 81,6     | -        | 78,3  |
| <b>Análisis de las notificaciones</b>                |                    |         |        |           |          |        |         |             |        |          |          |       |
| % notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR | 33,3               | 20      | 0      | 16,7      | 0        | 50     | 0       | 0           | -      | 0        | -        | 12,5  |
| % notificaciones con indicación de ACR               | 18,2               | 1,6     | 0      | 1,8       | 0        | 13,3   | 0       | 0           | -      | 0        | -        | 2     |
| <b>Mecanismos de feedback</b>                        |                    |         |        |           |          |        |         |             |        |          |          |       |
| % correos enviados a notificantes identificados      | 75                 | 49,7    | 90     | 98        | 95       | 100    | 54,3    | 50          | -      | 78,1     | -        | 64    |

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

- El número de notificaciones recibidas en los hospitales ha aumentado con respecto a 2018, pero en atención primaria ha disminuido notablemente. En junio de 2020 todavía estaban pendientes de gestionar el 8,9% de las notificaciones de hospital (en 2018 fueron el 11,5%) y el 17% de las de atención primaria (el 10,2% en 2018). Una conclusión preocupante de estas cifras es la escasa implantación y funcionamiento del SiNASP en atención primaria.
- El tiempo medio de asignación de notificaciones ha disminuido ligeramente con respecto a 2018 en hospitales (21,3 días frente a 23,8), pero sigue siendo alto y se ha disparado en atención primaria (35,6 días frente a 15,9), existiendo amplias diferencias entre CCAA, particularmente en lo que se refiere a hospitales. 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 se mantiene muy alto en hospitales y sigue aumentando en primaria: 68,1 días en hospitales (frente a 75,6 días en 2018) y 64,6 días en primaria (frente a 53,5 en 2018). Solo en una comunidad autónoma es inferior a un mes en el caso de hospitales. 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 ha disminuido algo en hospitales (8,9% frente a 9,6% en 2018), pero sigue aumentando de manera notable en atención primaria (17% frente a 9,3% en 2018). Las cifras varían bastante entre CCAA y mayoritariamente están por debajo del 20%. Las precisiones realizadas en el punto anterior también valdrían en este caso.
- El porcentaje de notificaciones que se cierran con acciones disminuye tanto en hospitales (86,4% frente al 89% de 2018) como en atención primaria (78,3% frente al 83,8% de 2018) en primaria. Esta cifra debería ser prácticamente del 100%, por lo que sería conveniente clarificar este tema con los gestores locales.
- El 8,3% de las notificaciones de hospital son SAC 1 o SAC 2 (algo menos que en años anteriores), y el 16,1% de ellas se cierra con indicación de realizar un análisis causa-raíz. En el caso de hospitales hay bastante variabilidad en los datos entre comunidades autónomas. Posiblemente convenga unificar criterios.
- Disminuye 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 (79,8%) que en atención primaria (64%). 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 disminuido con respecto a 2018 en los hospitales, pero ha aumentado en primaria. El porcentaje de notificantes que se identifican sigue siendo mayor en atención primaria (69,9% frente a 62,9%). En 3 CCAA las cifras de primaria están por encima del 90%, mientras que en el caso de los hospitales todas están por debajo del 80% (en el caso de La Rioja alcanza el 100% pero el número de notificaciones todavía es muy bajo).

# Notificaciones realizadas en el Sistema Nacional de Salud durante 2019

En la siguiente tabla se incluye, además de la información del SiNASP, la información remitida por 7 Comunidades Autónomas que no utilizan el SiNASP pero cuyos centros sanitarios utilizan algún tipo de sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad. En Cataluña algunos centros siguen utilizando el SiNASP y se incluyen aparte.

**Tabla 26. Incidentes notificados en el SNS durante 2019**

| CCAA                 | Total | Atención especializada |      | Atención primaria |      | Incidentes sin daño |      | Incidentes con daño |      | Medicamentos |      | Rad. ionizantes |     |
|----------------------|-------|------------------------|------|-------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|--------------|------|-----------------|-----|
|                      |       | N                      | %    | N                 | %    | N                   | %    | N                   | %    | N            | %    | N               | %   |
| Andalucía*           | 4043  | 3190                   | 78,9 | 853               | 21,1 | 2851                | 70,5 | 1192                | 29,5 | 495          | 12,2 | 37              | 0,9 |
| Aragón               | 291   | 276                    | 94,8 | 15                | 5,2  | 241                 | 82,8 | 50                  | 17,2 | 70           | 24   | 0               | 0   |
| Asturias             | 666   | 629                    | 94,4 | 37                | 5,6  | 572                 | 85,9 | 94                  | 14,1 | 123          | 18,5 | 4               | 0,6 |
| Baleares             | 1584  | 1515                   | 95,6 | 69                | 4,4  | 1407                | 88,8 | 177                 | 11,2 | 358          | 22,6 | 2               | 0,1 |
| Canarias             | 273   | 247                    | 90,5 | 26                | 9,5  | 221                 | 81   | 52                  | 19   | 76           | 27,8 | 1               | 0,4 |
| Cantabria            | 195   | 171                    | 87,7 | 24                | 12,3 | 169                 | 86,7 | 26                  | 13,3 | 31           | 15,9 | 1               | 0,5 |
| Castilla-La Mancha   | 237   | 217                    | 91,6 | 20                | 8,4  | 201                 | 84,8 | 36                  | 15,2 | 39           | 16,4 | 0               | 0   |
| Castilla y León**    | 1989  | 1735                   | 87,2 | 254               | 14,6 | 1989                | 100  | -                   | -    | 479          | 24,1 | -               | -   |
| Cataluña (no SiNASP) | 13903 | 8794                   | 63,3 | 5085              | 36,6 | 12164               | 87,5 | 1738                | 12,5 | 3215         | 23,1 | -               | -   |
| Cataluña (SiNASP)    | 175   | 175                    | 100  | -                 | -    | 155                 | 88,6 | 20                  | 11,4 | 67           | 38,3 | 1               | 0,6 |
| Com. Valenciana      | 6047  | 5539                   | 91,6 | 457               | 7,6  | 4271                | 70,6 | 1776                | 29,4 | 687          | 11,4 | 0               | 0   |
| Extremadura          | 175   | 170                    | 97,1 | 5                 | 2,9  | 150                 | 85,7 | 25                  | 14,3 | 24           | 13,7 | 0               | 0   |
| Galicia              | 2308  | 2009                   | 87   | 299               | 13   | 2070                | 89,7 | 238                 | 10,3 | 519          | 22,5 | 4               | 0,2 |
| INGESA               | 9     | 9                      | 100  | 0                 | 0    | 6                   | 66,7 | 3                   | 33,3 | 2            | 22,2 | 0               | 0   |
| La Rioja             | 10    | 10                     | 100  | 0                 | 0    | 10                  | 100  | 0                   | 0    | 3            | 30   | 0               | 0   |



**Tabla 26. Incidentes notificados en el SNS durante 2019**

| CCAA         | Total | Atención especializada |      | Atención primaria |      | Incidentes sin daño |      | Incidentes con daño |      | Medicamentos |      | Rad. ionizantes |     |
|--------------|-------|------------------------|------|-------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|--------------|------|-----------------|-----|
|              |       | N                      | %    | N                 | %    | N                   | %    | N                   | %    | N            | %    | N               | %   |
| Madrid**     | 15932 | 11862                  | 74,5 | 4050              | 25,4 | 15932               | 100  | -                   | -    | 5162         | 32,4 | -               | -   |
| Murcia       | 365   | 353                    | 96,7 | 12                | 3,3  | 296                 | 81,1 | 69                  | 18,9 | 73           | 20   | 1               | 0,3 |
| Navarra      | 782   | 664                    | 84,9 | 118               | 15,1 | 646                 | 82,6 | 136                 | 17,4 | 142          | 18,2 | 1               | 0,1 |
| País Vasco** | 5170  | 4048                   | 78,3 | 1122              | 21,7 | 5170                | 100  | -                   | -    | 901          | 17,4 | -               | -   |

\* Incluye SSPA+privados. Para recoger los incidentes relacionados con radiaciones ionizantes se ha realizado una revisión de todos los incidentes notificados en 2019 por las UGC de Radiofísica, Radioterapia, Medicina nuclear y Radiología, así como los incidentes que contenían las palabras rayos o radio.

\*\* Solo se recogen notificaciones sin daño.



# 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

En el último trimestre de 2019 se realizó una encuesta on-line dirigida a todos los gestores locales del SiNASP para conocer su percepción sobre el funcionamiento e implantación del sistema, así como sus necesidades y propuestas de mejora.

A partir de dicha encuesta, pueden plantearse algunas recomendaciones para proporcionar un mayor apoyo a los gestores y facilitar un mejor funcionamiento del sistema:

1. Incrementar las acciones formativas dirigidas específicamente a los gestores locales:
  - Formación específica para nuevos gestores
  - Formación continuada (actualizar conceptos y uso del sistema)
  - Metodología de análisis de incidentes
  - Planificación, implementación y evaluación de acciones de mejora
  - Facilitar a los gestores materiales de apoyo actualizados
2. Mejorar la coordinación institucional:
  - Mayor presencia, liderazgo y coordinación: información continuada y comunicación
  - Disponer de algún recurso de asesoramiento para casos específicos
  - Facilitar la información y el intercambio de experiencias a nivel autonómico

### 3. Apoyo a nivel local:

- Formalización de los puestos de seguridad: reconocimiento y asignación de tiempo a las tareas de gestión del SiNASP en las organizaciones sanitarias
- Implicación de las gerencias en la resolución de incidentes: apoyo institucional decidido para la implantación de medidas concretas
- Favorecer la comunicación entre el núcleo de seguridad y los gestores locales

La OMS ha publicado un informe sobre los sistemas de notificación y aprendizaje<sup>1</sup> que incluye una serie de orientaciones y un instrumento de autoevaluación para detectar áreas de mejora. Sería interesante aplicar esta evaluación tanto a nivel local de los centros como a nivel autonómico y del Ministerio para revisar hasta qué punto el SiNASP está alineado con las recomendaciones de la OMS y poner en marcha aquellas mejoras que se identifiquen.

## Recomendaciones relacionadas con los incidentes notificados al SiNASP

### Incidentes relacionados con gestión organizativa y recursos

Es el tipo de incidentes cuyo porcentaje de notificación más ha aumentado en 2019 y que además, va en aumento en los últimos años, tanto en hospitales como en atención primaria. Además es la categoría en la que más incidentes tipo SAC 1 se han producido.

De la revisión de este tipo de incidentes se desprende que en general van muy ligados a la cultura de las organizaciones y que las soluciones deben identificarse a nivel local. No obstante, probablemente este tipo de incidentes disminuirían notablemente si en las organizaciones sanitarias se promovieran programas de gestión de riesgos que acentua-

<sup>1</sup> World Health Organization. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. Geneva: WHO; 2021.

ran la acción proactiva. Las recomendaciones que se incluyen van en la línea de fortalecer este tipo de actuaciones.

#### 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>2</sup> incluye entre sus objetivos generales *promover la gestión de riesgos en los centros sanitarios*. Para ello plantea las siguientes recomendaciones:

- Establecer (a nivel de centro o gerencia) unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios o unidades similares que asuman dicha función.
- Promover diferentes métodos para la identificación de riesgos relacionados con la seguridad (análisis de reclamaciones y sugerencias, rondas de seguridad, revisión de historias clínicas, sesiones para aprender de los errores, estudios epidemiológicos, etc.).
- Promover la formación de todos los profesionales en la gestión de riesgos y en el uso de herramientas de valoración del riesgo aplicables a su ámbito.
- Desarrollar acciones específicas para la gestión del riesgo que incluyan la adopción de una actitud proactiva y el uso de una metodología que permita identificar problemas, analizar sus causas y desarrollar acciones que prevengan o disminuyan su repetición.
- Realizar análisis sistematizados en profundidad de los eventos centinela identificados que así lo requieran.

<sup>2</sup> Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.

## B. Recomendaciones incluidas en el borrador del plan de acción global en seguridad del paciente 2021-2030 de la OMS

El *Borrador del plan de acción global en seguridad del paciente 2021-2030* de la OMS<sup>3</sup> se plantea como misión impulsar políticas, estrategias y acciones basadas en la ciencia, la experiencia del paciente, el diseño de sistemas y colaboraciones para eliminar todas las fuentes de riesgo evitable y daño a los pacientes y a los trabajadores sanitarios.

El objetivo estratégico 3 del plan pretende garantizar la seguridad de todos los procesos clínicos, promoviendo como primera estrategia *identificar todos los procedimientos clínicos proclives al riesgo y mitigar sus riesgos, teniendo en cuenta las prioridades locales y nacionales*. Para ello, plantea las siguientes recomendaciones para organizaciones y servicios clínicos:

- Designar o nombrar gestores de riesgos o responsables de seguridad del paciente en las grandes organizaciones sanitarias.
- Establecer un grupo de liderazgo clínico en la organización para adaptar e impulsar las prioridades de seguridad del paciente, tanto las establecidas a nivel nacional/autonómico, como las prioridades locales para los servicios clínicos.
- Identificar áreas clínicas clave que requieran mejoras específicas de seguridad del paciente a partir de las prioridades nacionales/autonómicas y locales, la criticidad de los servicios prestados y los incidentes de seguridad notificados.
- Identificar todos los procedimientos clínicos proclives al riesgo dentro del espectro de atención proporcionada a los pacientes por la organización y desarrollar un conjunto de acciones para la mitigación de los riesgos.
- Aplicar los principios básicos de la gestión de calidad y utilizar la metodología de la mejora para optimizar los servicios y resultados clínicos.
- Implementar actividades de gestión de riesgos clínicos para mejorar la atención a los pacientes (i.e. en el tromboembolismo

<sup>3</sup> World Health Organization. Draft Global Patient Safety Action Plan. Towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO; 2021.

venoso, caídas y úlceras por presión, identificación de pacientes y comunicación durante las transiciones asistenciales).

- Promover un uso más amplio de procedimientos operativos estandarizados en todas las áreas clínicas en colaboración con los profesionales clínicos.

### C. Recomendaciones del modelo de acreditación de hospitales de Joint Commission International (JCI)

Dentro del capítulo de mejora de la calidad y la seguridad del paciente, el manual de acreditación de hospitales de JCI<sup>4</sup> recomienda:

- Que los centros sanitarios utilicen un programa continuo de gestión de riesgos para identificar y reducir de manera proactiva los eventos adversos inesperados y otros riesgos de seguridad para los pacientes y el personal.
- Que dicho programa incluya: la identificación de riesgos; la priorización de riesgos; la notificación de riesgos; el alcance, los objetivos y los criterios para la evaluación de riesgos; la gestión de riesgos, incluyendo el análisis de riesgos.
- Que el equipo directivo del hospital identifique y priorice aquellos riesgos potenciales que podrían tener un mayor impacto en la seguridad y la calidad de la atención.
- Que se realicen análisis proactivos de reducción del riesgo en dichos procesos de riesgo priorizados.
- Que se rediseñen los procesos de alto riesgo en base a los resultados del análisis.

<sup>4</sup> Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 7<sup>th</sup> Edition. Oak Brook, Illinois: Joint Commission Resources; 2020.





# Anexo I. Ejemplos de incidentes notificados en hospitales relacionados con la gestión organizativa y los recursos

- 1. Notificaciones relacionadas con el déficit de profesionales de las distintas áreas profesionales y las consiguientes situaciones de riesgo para los pacientes.** Es el grupo más numeroso. En muchos casos se repiten situaciones similares en días distintos.

*A las 15 h, tras el cambio de turno, me encuentro en una UCI neonatal con 11 niños y solamente 2 enfermeros y una TCAE, imposibilitando una atención de calidad a los niños y teniendo que priorizar cuidados, dejando muchos sin hacer. En toda la unidad de neonatología éramos 3 enfermeras y 2 TCAE cuando deberíamos ser 5 y 4 respectivamente. Esta situación se ha dado en muchas ocasiones generando unos cuidados deficientes con la consiguiente peligrosidad que se produce.*

*Durante el turno de noche nos encontramos 2 TCAE y 1 DUE atendiendo a 24 pacientes a nuestro cargo, 6 de ellos con protocolo de riesgo autolítico, 5 con nivel I (uno con observación estrecha), y otra paciente con protocolo riesgo autolítico nivel II con observación continua. Otro paciente ingresado hoy a las 23 h con protocolo riesgo agitación nivel II que se encuentra con CM de 5p en habitación sin cámara y otros 2 pacientes más con CM de 3p, uno de ellos en habitación sin cámara. A las 23:30 h una paciente comienza con patología respiratoria, acude MI, precisando atención continuada con varias pruebas diagnósticas y administración de medicación.*

*Un mismo facultativo de Cirugía Oral y Maxilofacial realiza durante la jornada, atención a su agenda completa de trabajo, así como asistencia a pacientes hospitalizados y urgencias, con el consiguiente y significativo retraso en la atención de los pacientes. Los pacientes ingre-*

sados no pueden ser atendidos hasta que se termina la actividad programada en la agenda (13:30-14:00 horas) y los pacientes que acuden de forma urgente sufren importantes retrasos en su atención. El día referido, sólo se encontraban trabajando 3 de los 4 facultativos del servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital X, ya que uno estaba de permiso y otro en reducción de jornada. Al tener actividad también en el Hospital Y, 2 de los facultativos se encontraban en dicho centro, quedando un facultativo solo en el Hospital, con su agenda completa de cirugía ambulatoria, además de tener que atender a las urgencias y a los pacientes ingresados. El día referido se atendieron 11 cirugías ambulatorias, una urgencia y 2 pacientes hospitalizados, uno de ellos oncológico, por un sólo facultativo.

Tres pacientes pendientes de radiofrecuencia desde principio de verano con 1 metástasis hepática. Denegación de anestesia durante el verano. De los tres vistos ese día: 1 pasó a tres metástasis; 1 pasó a 2 metástasis; otro a múltiples metástasis. Los familiares piden explicaciones de por qué no hubo ese servicio en verano, y qué pasa con los anestesistas.

La plantilla en los turnos nocturnos de viernes, sábado y domingo no están cubiertos al 100%, solamente al 66%, es decir en lugar de haber tres matronas en Paritorio solo hay dos. En la franja horaria entre 22:40 y 23:09 se han producido tres nacimientos: uno por cesárea que requería la presencia de dos ginecólogos y una matrona (en este caso estaba presente el EIR de matrona); un parto eutócico que precisó la presencia de las dos matronas pues el niño necesitó reanimación III y dar aviso a pediatra. Simultáneamente una tercera paciente tuvo que quedar sin atención durante varios minutos, agravando este hecho que la paciente estaba en fase de expulsivo y era un feto pretérmino y mal formado. La matrona encargada de la atención a las embarazadas con patología no pudo ayudar en todas estas circunstancias pues estaba atendiendo a una gestante con sagrado activo y que requería atención inmediata.

## **2. Notificaciones relacionadas con la organización interna de procedimientos y procesos de muy distinto tipo:**

Con el paciente en la mesa del quirófano ya con la anestesia raquídea y comenzando la intervención, el cable de luz fría estaba incompleto: le faltaba pieza de unión para poder adaptar a la óptica. Fuimos a buscar otro cable y no había, por lo que tuvimos que coger uno de cirugía, quedando solamente un cable de cirugía en el almacén hasta que llegase

*el material de esterilización. Se había quedado ya hace años que debería haber material exclusivo para la urgencia.*

*Durante la realización de una rectosigmoidoscopia en el programa de tarde se encuentra un pólipo pero no se puede tomar muestra porque no hay pinza para ello. Esta situación ocurre con frecuencia, tanto en rectosigmoidoscopia como en colonoscopias. Desde esterilización han dicho que hasta las 16:30 no se pueden ir a recoger las pinzas que se han mandado a esterilizar durante la mañana. El programa de tarde empieza a las 15:00, así que se está 1 h 30 min sin pinzas en el caso en el que haya que coger muestra de alguna lesión. En este caso la paciente tenía lesiones sospechosas de malignidad, por lo que había que hacer una colonoscopia posteriormente con adecuada preparación colónica, por lo que en breve se volvería a citar.*

*A las 8 de la mañana, los anestelistas de los quirófanos w, x, y, z necesitan Rocuronio; no hay existencias en el pyxis, buscan en el de urgencias y tampoco hay, y en el otro bloque de quirófanos tampoco hay. Encuentran envases en la nevera del servicio de urgencias, donde se guardan para una emergencia. Tras dormir a los pacientes, sobre las 10 de la mañana se llama a la supervisora de farmacia que dice que envía inmediatamente a la persona indicada para reponer. A las 13:30 en el quirófano w, con la paciente pasando a quirófano, se necesita rocuronio. En el pyxis está una de las personas que reponen, que comprueba que no hay ningún envase. Avisa al compañero que había repuesto, acude al antequirófano, comprueba que no hay e indica al anestelista (que tiene al paciente en la camilla de quirófano desde hace 10 minutos, esperando el relajante) que vaya a otro pyxis a buscarlo. Una de las enfermeras tuvo que abandonar su trabajo en quirófano para traer un envase de la nevera del quirófano de cirugía cardíaca. La intervención se retrasó al menos 15 minutos.*

*El servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, cuyo quirófano asignado es el quirófano X, los martes se ve obligado a intervenir en el quirófano Y. Dicho quirófano no posee las infraestructuras adecuadas para realizar cirugías de cabeza y cuello ya que: carece de cabecero específico para hiperextensión cervical, carece de luces apropiadas para realizar una correcta iluminación intraoral, carece de posibilidad de visualizar imágenes intraquirófano, carece de enfermería que conozca el instrumental de nuestro servicio. Por ello la cirugía a nuestros pacientes en ese espacio acarrea riesgos innecesarios y complica sensiblemente las cirugías.*

*Llega un técnico de ambulancia solo con dos pacientes a la vez, uno encamado (camilla) y otro en silla. Mientras lleva a uno a la habitación el otro se queda solo, sin vigilancia. Para acomodar al paciente encamado necesita transfer y ayuda, de la que no dispone. Para los pacientes encamados deben acudir 2 técnicos de la ambulancia para evitar riesgos y peligros para los pacientes durante los traslados.*

*Al acceder al Hospital desde el parquín A la colocación de la barra de salida en la puerta se encuentra por la parte exterior, y no como debiera ser, por la interior (al tratarse de una salida de emergencia del hospital). Habría que colocar la manecilla por fuera, y la barra por dentro. La barra se encuentra suelta. Si no se repara pronto, se acabará desenganchando, y se imposibilitará el acceso/salida al hospital por esa puerta. Las puertas contraincendios (las de emergencia lo son) deben contar con un código para facilitar su identificación. Todas las puertas del hospital carecen del mismo. Habría que numerarlas al menos (y así se facilitaría su identificación cuando hubiera alguna incidencia con cualquiera de ella)*

*Urgencia colapsada desde el comienzo de la guardia con imposibilidad de atender en mínimas condiciones de seguridad a los pacientes. Un paciente ha recibido medicación pautada en la mañana y nadie ha sido informado de que estaba pendiente de pruebas. Más de 8 h después de su llegada decide fugarse por falta de atención.*

*Falta de medicación en cajetines del carro de medicación de farmacia, en hoja de tratamiento del paciente hay pautadas dos comprimidos de un fármaco que paciente debe tomar una hora antes del desayuno, por lo tanto a las 8 de la mañana, pues el desayuno se sirve en nuestro servicio a las 9 h (así especificado en hoja de tratamiento), pero en cajetín solo viene un comprimido por lo que se reclama de la forma habitual con la hoja de reclamaciones por FAX y se llama por teléfono al farmacéutico para que envíe con urgencia el tratamiento, a lo cual nos indica que tenemos que esperar que hay que ver si está pautado o no, a lo cual le indicamos que está en el sistema de prescripción y que el paciente está muy enfadado por el retraso de la medicación. Esto nos ocurre con mucha frecuencia: en todos los turno hay fallos en el suministro de medicación en los cajetines o viene menos medicación o ya ni viene, teniendo que reclamar el mismo tratamiento durante prácticamente todos los días en el que el paciente está ingresado lo cual supone un riesgo muy importante para el paciente por el cambio en los horarios de administración, pues una vez*

*reclamas el tratamiento tarda muchísimo tiempo en subir, un fármaco que se reclama para el desayuno (reclamado entre las 8:00-8:30 h de la mañana) nos llega a las 12 del mediodía con el consiguiente desajuste en los horarios y el riesgo en el olvido de administrar la medicación.*

### **3. Notificaciones relacionadas con la falta de suministros o equipamientos básicos:**

*Nos suben la jaula sobre las 9:30 con la ropa para realizar el aseo; sólo vienen 10 camisones abiertos, no llegan ni para asear por la mañana a la mitad de los enfermos, con lo que ya no nos quedarían para la tarde, noche o incidencias que surjan. Vienen 10 sacos para la ropa sucia; no llegan para echar a lavar la ropa que teníamos en las habitaciones. No tenemos fundas de almohadas, ni fundas de colchón.*

*Contenedor de instrumental para la cirugía programada incompleta de contenido. El instrumental que contiene no es suficiente ni adecuado para la cirugía a realizar. Problema ya notificado a supervisora y responsable del servicio hace meses. Se han revisado las dos cajas disponibles notificando las faltas y necesidades de adecuación de instrumental, así como la adquisición de una caja más por seguridad (en caso de cualquier problema con uno de los contenedores se debe suspender una cirugía). En este día completamos el instrumental necesario abriendo dos contenedores de otras especialidades. Esto supone dejar a esas especialidades con menos instrumental disponible, además de una sobrecarga de trabajo posterior para el servicio de esterilización.*

*Estando en turno de mañana, se solicita al servicio de lencería sacos para introducir ropa sucia de cama y pijamas de los pacientes. Nos comunican que no hay sacos en todo el hospital. Se avisa a supervisora de guardia que nos indica que la alternativa es introducir la ropa en sacos de basura identificados como con ropa sucia. El personal de limpieza se niega a recoger dichos sacos, quedando en el pasillo de la unidad toda la mañana. Esto no es un hecho puntual, es algo que ocurre todos los días, falta de recursos de lencería (sábanas, pijamas, almohadas), sacos de la ropa sucia, etc.*

*Cirugía de reintervención de hernia discal. Se produce un desgarro dural por mala conservación de las pinzas Kerrison, que no cortan, arrancan, desde hace varios años.*

*Imposibilidad de administración correcta de medicación por falta de suministros.*

*En el quirófano correspondiente a cirugía general se programa paciente varón para resección anterior de recto que requiere anestesia general. En el momento en el que me dispuse a iniciar inducción anestésica, en la fase de la pre-oxigenación, percibo que la mascarilla facial es de un tamaño pequeño en relación a la estructura facial del paciente; solicito por tanto al personal de enfermería que cambien la misma por una mayor (soy consciente de que hay un tamaño mayor de mascarilla facial). Tras ir a buscarla uno de los enfermeros, me comunican que no hay más tamaños disponibles, por lo que les pido por favor que vuelvan a intentar buscarla porque la que tenemos en ese momento es pequeña. De nuevo, tras intentar encontrarla, me comunican que no hay más tamaños en el hospital, por lo que me veo obligada a iniciar la inducción anestésica, tras pre-oxigenación de casi 10 minutos, con dicha mascarilla. Una vez administrada la sedoanalgesia y el relajante neuromuscular, objetivo gran dificultad para la ventilación del paciente por uso de mascarilla facial de tamaño inadecuado. Tal es la dificultad ventilatoria por mal sellado de mascarilla, que me obliga a necesitar ayuda para ventilación (entre 2 profesionales), e inicio la maniobra de intubación antes de lo previsto para asegurar la vía aérea de inmediato (dada la gran dificultad que presenta la ventilación del paciente por mal sellado de mascarilla facial).*

*La paciente casi se cae de la camilla porque no disponemos de camillas regulables y no alcanzaba a subirse en ella.*

*La supervisora del domingo de guardia se encuentra que no hay preparados de base alcohólica en la unidad X y faltan cajas de mascarillas en el acceso al hospital para familias/visitantes y en el recinto de ingresos a pacientes. La supervisora tiene que distribuir preparados de base alcohólica y mascarillas de otra unidad que también tenía pocas existencias*

*Desde que se inauguró la Unidad de Cirugía Pediátrica en la planta de maternidad, no disponemos de carro de parada pediátrico; en caso de necesidad hay que recurrir al carro de parada de la planta, que no está adaptado para pacientes pediátricos. En su lugar, disponemos de una caja de corcho con tubos, palas y laringos pediátricos a granel.*

#### **4. Notificaciones relacionadas con admisiones o citaciones:**

*Acude un paciente a la consulta que nosotros habíamos citado para una hora (11:30 h), y nos aparece en la consulta a las 12 h diciéndonos que por sms le habían citado a esa hora, con lo que consiguientemente a*

*nosotros nos retrasa las consultas y a los pacientes les crea un conflicto pues ya no saben a qué hora acudir; otras veces ocurre que los citan para las 10 h por sms cuando realmente están citados por nosotros en consulta para las 12 h, con lo que tienen que estar esperando 2 horas con el consiguiente malestar para el paciente, y luego se enfadan con nosotros por tal descontrol con los horarios. Este nuevo sistema en vez de ayudar entorpece y crea mal ambiente en pacientes y familiares.*

*A media tarde es dado de alta, por el servicio de admisión, un paciente ingresado en el hospital sin motivo.*

*Paciente que ingresa para cirugía programada. Al llegar a la unidad de hospitalización, la enfermera detecta que el paciente tiene «precauciones por contacto», lo que implica ingresarlo en una habitación individual. Esta falta de información supone retraso en el ingreso ya que es necesario hacer cambios de pacientes para gestionar la habitación. También puede suponer retrasos en el quirófano ya que los pacientes en esta situación tienen que ser intervenidos en último lugar.*

*Paciente de 78 años y con ligera incapacidad motora que tiene cama reservada en ginecología para intervención quirúrgica y que, por orden de admisión, pasa a ocupar cama en obstetricia, cuyas camas no tienen laterales de seguridad y que esta paciente en concreto los necesita por su edad y situación basal. Se advierte a admisión y dicen que ellos solo ven camas libres.*

*Dos pacientes de psiquiatría ingresados, permanecen desde hace 67 h. en el servicio de urgencias, con contención mecánica y a la espera de cama.*

*El paciente acude a la unidad de hospitalización un domingo directamente sin haber pasado por admisión, para realizar ingreso, se avisa a médico de guardia que no tiene conocimiento de este ingreso, realiza el ingreso, avisan de admisión que no puede ingresar porque figura desde el día anterior en urgencias (había venido a lo mismo, poner tratamiento de quimioterapia, pero no se cursó en ingreso ni el alta, aunque sí se le administró el tratamiento en la unidad de hospitalización).*

*Paciente que tiene citado TAC, para el día X e iniciar toma de contraste oral a las 8:30h. Pasada 1 hora y 30 minutos, se pregunta al personal de rayos (celador), cuándo va a llevar al paciente para realizar TAC. A lo que responde que no se hacen dichas pruebas por estar estropeado.*

*Paciente del cual ya se ha realizado otra notificación previa, por ingreso de paciente de alta complejidad fuera de unidad de referencia.*

*La paciente presenta episodio de obstrucción de cánula de traqueotomía, con desaturación y taquicardia. Es preciso avisar a las compañeras de otorrino para ayudarnos a estabilizar a la paciente y a ORL responsable.*

*Paciente que ingresa a cargo de medicina interna por dolor abdominal a estudio. Cuando se hace valoración de enfermería, se constata que el paciente precisa habitación adaptada para minusvalía. Tiene que hacer uso del aseo de minusválido del control de enfermería, en el pasillo contrario a su habitación. No se ha solicitado habitación adaptada. Al día siguiente del traslado se solicita habitación adaptada en las unidades que tienen, ya que están ocupadas con aislamientos pero no con paciente discapacitado. No se puede hacer traslado.*

## **5. Notificaciones relacionadas con mantenimiento e instalaciones:**

*Desde hace casi 3 semanas los monitores de la central no funcionan en el servicio de reanimación; notificamos cada día de la incidencia. Ahora mismo es el turno de noche del día X. Tenemos a 3 pacientes ingresados, uno con ventilación mecánica muy grave, a otro se le retiró la ventilación mecánica esta mañana. Y un tercero, paciente de Medicina Interna en un box con CPAP.*

*Las salidas de emergencia en caso de incendio de varias plantas de hospitalización están bloqueadas con material accesorio, dificultando una posible evacuación en caso de necesidad.*

*El domingo día X acude a urgencias del hospital la paciente con 88 años. Se trata de una paciente pluripatológica y polimedicada que ha sufrido una caída y presenta una fractura de Colles en su muñeca izquierda. Bajo a. local se realiza reducción de la fractura e inmovilización de la misma con un yeso antebraquial cerrado. Debido al tipo de fractura y a la medicación que toma la paciente, está indicado realizar un corte longitudinal al yeso para prevenir la aparición de un síndrome compartimental. Al ir a abrir el yeso, la sierra no se encuentra en su lugar habitual por lo que se procede a tratar de localizarla en otros lugares (consulta de trauma, quirófano, PAC, despacho de mantenimiento, despacho de electromedicina...). Al mismo tiempo, contactamos con el personal de mantenimiento de guardia que nos informa de que la sierra no está en su almacén. De modo extraoficial se contacta con la supervisora de consultas que nos indica que la sierra está estropeada y no se sabe cuándo tendremos otra... Me pongo en contacto con la supervisora de guardia que no sabe nada sobre el asunto. Después de realizar varias llamadas*



*nos informa de que, efectivamente, la sierra está estropeada, no se sabe cuándo tendremos otra y que la sierra antigua que debería estar en el despacho de electromedicina, tampoco se encuentra en su lugar... Ante el creciente nerviosismo de la paciente y su familia, finalmente conseguimos abrir el yeso con un **cuchillo de sierra de la cocina**.*

*Desde hace unos meses sin avisar al equipo de anestesiología se retiró de los quirófanos el calentador de fluidos HOTLINE dejando sin calentador de fluidos durante unas semanas al hospital. Posteriormente se cambió por otro de otra casa comercial sin avisar nuevamente al s. Anestesia y sin mandar una nota o mail informativo de funcionamiento o ningún tipo de formación. Por último se ha abastecido al hospital de nuevos calentadores de 3M (sin formación ni información nuevamente) y en número menor al de quirófanos. Hoy en el quirófano X había una cirugía estructural programada (en torno a 10-12 h de procedimiento quirúrgico) y no se disponía de calentador de fluidos ya que solo existen 3 en el bloque. Para una cirugía de esta envergadura esta circunstancia es motivo de suspensión del parte quirúrgico por seguridad del paciente. Se comunicó dicho problema al jefe en funciones del departamento de anestesia y se retiró un calentador de un quirófano y se pasó a la programación estructural.*

*Nace un recién nacido con distrés respiratorio y precisa ser ingresado en la Unidad Neonatal, pero cuando se va a proceder al traslado se observa que las balas de oxígeno están vacías y el recambio tarda unos 15-20 minutos, por lo que finalmente se traslada a la Unidad Neonatal con aire ambiente.*

*Suspensión de cirugía dado que no se dispone de aparato de radiocopia en el quirófano por avería, cosa que ocurre de forma habitual dada la antigüedad de estos.*

*El servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial posee solamente dos cables de micromotor funcionantes, el resto se han ido estropeando y nunca se han reparado ni sustituido. Dado que en muchas ocasiones realizamos más de dos cirugías consecutivas, el motor debe esterilizarse entre una y otra intervención. De sufrir contaminación accidental en el transcurso de una cirugía, no habría repuesto y no se podría finalizar la intervención.*

## **6. Notificaciones relacionadas con las tecnologías de información y comunicación:**

*En la guardia, se cambió el intervalo de dosificación de Paracetamol. Al cambiar el intervalo de dosificación, el programa de prescripción*

electrónica, de implantación en el Servicio de salud, cambió la dosificación a dosis estándar de adulto 1 gramo, no alertando de dosis superior al estándar en paciente pediátrico. Esta prescripción no llegó a administrarse al paciente al darse cuenta enfermería.

Solicitud de petición que llega al laboratorio el día 22 con un volante que ya ha sido vinculado y trabajado el día 11. Se crea la petición con un comentario indicando que no se ha podido vincular por dicha causa. Al trabajar la muestra se obtiene un valor crítico para pruebas de función hepática, en concreto para GGT y ALP. Se avisa al médico de primaria para que se ponga en contacto con el paciente y lo envía a Urgencias esa misma tarde. En Urgencias se repite analítica urgente. El perfil hepático de urgencias no incluye GGT ni ALP, y la ALT es similar a la obtenida en la analítica previa del día 11. Al no estar vinculada la petición realizada ese mismo día en la que se obtienen los valores críticos, no consta en Selene y es necesario entrar a mirarla específicamente por número de historia en la aplicación de laboratorio en la Intranet. El día 25 al revisar la historia del paciente se observa que ha ido a consulta de Endocrinología, por lo que se habla con la Endocrino responsable para comentarle los resultados pendientes de revisar. Se vincula esta petición que había sido trabajada el 22 a una petición creada por endocrino el 25 para que así quede constancia de la misma en la historia del paciente.

Se ha implementado un sistema electrónico de recogida de datos y administración de fármacos, y solo disponemos de una pantalla de monitor para ver esta hoja; como tenemos que trabajar con diferentes sistemas de información en el mismo paciente tenemos que estar minimizando pantallas continuamente, o trabajar con ventanas pequeñas. Esto lleva a tener que procesar mucha información en un solo paciente, y como la hoja electrónica no entra en la pantalla, corremos el riesgo de perder información al tener que estar saltando continuamente de una a otra ventana, con el riesgo que ello supone para la seguridad del paciente que estamos tratando. Creo que se solucionaría si tuviésemos dos pantallas paralelas para poder ver la hoja y trabajar en la otra en el sistema correspondiente.

Disponemos en la unidad de un PYXIS dispensador de medicación. Desde el cambio del sistema operativo, con el consiguiente cambio de máquina, resulta imposible ordenar a los pacientes de la unidad de forma numérica (se ordena automáticamente por orden alfabético). Esto supone un inconveniente, dado que toda la prescripción médica se orde-

na en el SILICON (programa con el que trabajamos para prescripción de cada paciente/tto) por orden de habitación, rigiéndose por un sistema numérico (acompañado posteriormente de la identificación lógica con nombres y apellidos). La inconsistencia entre estos dos formatos supone un riesgo alto de error en la retirada de la medicación. A pesar de hacerlo constar a los técnicos encargados del cambio de PYXIS, estos consideran superfluo el alterar el orden del sistema. Insistimos en que la coincidencia en la forma de trabajar físicamente (por habitación), desde el SILICON (por habitación) y desde el PYXIS, es necesaria para evitar errores, especialmente cuando la retirada de la medicación es en una urgencia. Pero se desoyen nuestras peticiones.

*Aviso de las enfermeras de la URPA: en el programa de las enfermeras aparece una dosis (ml/h) que no es pautaada por los anestelistas en ningún momento. Estas dosis además son desorbitadas. Se ha comprobado en dos pacientes que no hay dosis pautaada en la ficha de prescripción de Historia clínica y sí se ve en el sistema de cuidados de enfermería. El error de dosis en uno de los pacientes es del orden de 0'4ml/h (pauta a la que tiene que ir) frente a 30ml/h que se ve en el sistema de cuidados de enfermería. Dos enfermeras y un anestelista que estaba presente en ese momento y estaba al tanto del problema, nos indican que pasa en todas las bombas de PCA. Las enfermeras de URPA se han dado cuenta de la incongruencia, pero los pacientes están poco tiempo en la URPA y el problema se traslada a la planta. Las bombas van codificadas pero puede darse el caso que la bomba no esté codificada o se conozca el código.*

*La comunicación del servicio de urgencias con los especialistas de guardia se realiza mediante SMS, sin que exista ninguna comprobación acerca de su recepción. El sistema de SMS falló durante prácticamente toda la guardia, por lo que los pacientes tuvieron un tiempo de retraso extra en su valoración porque no se recibían los avisos.*

*Paciente que llega a urgencias derivado de hospital comarcal para ingreso en unidad coronaria. En el informe de alta de urgencias se recoge el tratamiento del paciente. El facultativo que prescribe el tratamiento en SILICON lo hace según este informe de alta. Se prescribe gabapentina 100mg/24 h. A través de validación farmacéutica se detecta que esta medicación no está activa en las prescripciones habituales domiciliarias del paciente. La dosis correcta es gabapentina 300mg/8 h. Se observa que en los cuatro ingresos anteriores se ha producido el mismo error, debido a que el tratamiento se prescribe en base un informe, que habitualmente se*

*copia y pega de informes anteriores, sin consultar en el momento del ingreso, las prescripciones activas del paciente en ese momento. Gabapentina 100mg/24 h era una prescripción suspendida en julio del año pasado.*

*Paciente ingresada que tiene pauta de antibiótico condicionada con la siguiente observación «Comenzar antibiótico tras pico febril de 37'8 y previos hemocultivos». La enfermera no miró la pauta de observaciones que viene en el sistema con el símbolo (o) por lo que le puso el antibiótico, aun cuando no se dieron las circunstancias que marcaba la pauta. Esta misma situación se repitió **tres veces, con enfermeras distintas** durante dos días, (aunque solo voy a registrarlo como una incidencia).*

## **7. Notificaciones relacionadas con la ausencia o inadecuación de los protocolos:**

*El paciente se traslada al quirófano sin la vía venosa que forma parte del proceso de verificación quirúrgica y sin la medicación pasada, es decir, la falta de protocolos claros sobre las pre medicaciones hace que ocurran estas cosas; en este caso no era una profilaxis antibiótica que normalmente baja a recepción quirúrgica y aquí la aplicamos, era una profilaxis que por la cirugía que realizaban requería administración previa, por lo que se atrasan los tiempos quirúrgicos al administrarla aquí. Se habla con la planta de hospitalización y efectivamente no lo realizaron porque los protocolos no son claros. El paciente tenía hoja de medicación donde ponía administrar dicha medicación previa a la intervención quirúrgica, pero no se establece como orden médica canalizar vía venosa.*

*Paciente de 48 años ingresada por flemón dentario con mala evolución. Actualmente valorada por la Unidad de Infecciosas y con antibioterapia de amplio espectro. Ha sido drenada quirúrgicamente en la consulta externa en el día de hoy a las 9:00 horas en el mismo sillón en que se atiende a pacientes no ingresados y no infectados que acuden a realizar procedimientos de cirugía oral convencional desde sus domicilios. Esta técnica realizada en el día de hoy sin realizar cobertura del sillón con sábanas ni un protocolo de desinfección quirúrgica posterior. Esto ha sucedido en el día de hoy en la consulta 2, y en los días anteriores en la consulta 3, 2 y 3, donde se han realizado más drenajes en la misma paciente, todos con evolución desfavorable.*

*Pacientes de psiquiatría en la unidad de urgencias con cama pedida en la unidad de psiquiatría pero sin asignar. Psiquiatra asignado a ur-*

*gencias que no los valora mientras están en urgencias. Una vez vistos y puesto el tratamiento desde el ingreso solo se reevalúan si hay empeoramiento. Casi todos estos pacientes están con contención mecánica y tratamiento farmacológico desde que se pauta hasta que se van de urgencias. Pueden estar en esas condiciones varios días (hasta 5 días). Sin reevaluar por sus especialistas.*

*A las 0:30 del día 2 se traslada a una paciente para intervención urgente con el diagnóstico de diverticulitis perforada, para realizar una laparotomía exploradora. La paciente había ingresado en el servicio de Urgencias a las 21 h del día 1 y se decide intervención urgente sobre las 23 h. Cuando la paciente llega a quirófano viene con dentadura protésica removible puesta, sin vías funcionantes, uñas pintadas, vestida con ropa interior, sin rasurar, sin pruebas cruzadas realizadas pese a la amenización evidente por analítica. No se había puesto tampoco la antibioterapia profilaxis. La paciente aún llevaba sobre el tórax todas las pegatinas de haber realizado el ECG.*

*Personal nuevo en la unidad, falta de protocolo de recibimiento de personal.*



# Anexo II. Ejemplos de incidentes notificados en atención primaria relacionados con la gestión organizativa y los recursos

## 1. Incidentes relacionados con la organización de procedimientos y procesos de distinto tipo:

*Aviso del 112 al área administrativa a las 9:07 de un paciente con pérdida de conocimiento sin dolor torácico. Hay falta de personal en el centro y el paciente corresponde a un cupo donde falta facultativo y se le sustituye a partir de las 12 h, por lo que la administrativa cita al paciente en esa agenda a las 13:30. Llama familiar del paciente para reclamar el aviso que ha hecho al 112 y la administrativa le responde que venga a las 13:30; el familiar se enfada y le dice que el paciente ha perdido el conocimiento y que no es algo que pueda esperar, la administrativa tras preguntar a su compañera da el aviso de urgencia fuera del centro a las 9:41, por lo que se tarda en atender a ese paciente más de 30 minutos. El paciente recupera la conciencia, es atendido y remitido a urgencias hospitalarias.*

*Paciente de 14 años con analítica pendiente, que al verlo en la consulta se decide solicitar otras pruebas. Se hace una nueva solicitud de analítica ya que no se pudo modificar la previa, porque no se podía añadir en el apartado de otras pruebas. Como la nueva petición no se entregó a la familia, se avisa a enfermería, que es en otro centro de salud, que descarguen la última solicitud, pero se olvidaron y validaron solo el antiguo, con lo que no se realizaron algunas de las determinaciones.*

*No se introdujeron unas muestras de sangre en la nevera para enviar a laboratorio. Se produjo porque al abandonar una enfermera su puesto para ir a desayunar porque acababa de sacarse sangre, no comentó que se quedaban las muestras en su mesa de extracción y el resto de las enfermeras tampoco se percataron ni revisaron los diferentes puestos.*

*Se descubrió porque el personal de limpieza al hacer su trabajo vio las muestras que estaban sin mandar. Al producirse el suceso en viernes, el lunes se identificaron los pacientes implicados y se avisó a laboratorio y a los pacientes para nueva extracción.*

*Tras una guardia la enfermera saliente se llevó los maletines de urgencias, el ECG portátil y el desfibrilador en su coche particular. Nadie se percató en toda la mañana de ello hasta que sobre las 14:00 horas surgió un aviso urgente. Acudimos a él la enfermera y yo con nuestros maletines, mientras el personal de admisión localizó a la enfermera, que afortunadamente vive en la misma localidad y acercó los maletines al domicilio. La urgencia no era tal y no fue necesario el uso de todo el material.*

## **2. Incidentes relacionados con instalaciones o equipos:**

*Soy médico en zona rural. Trabajamos en un consultorio recientemente renovado. En el consultorio no disponemos de teléfono para comunicarnos de manera interna. Me apuntan una paciente de urgencias que según me dice la administrativa le habían dicho que estaba mareada. Nuestra enfermera al pasar a su consulta se da cuenta de que la paciente no se encuentra bien. Inmediatamente la metemos en la sala de espera y procedemos. El ECG muestra un infarto de cara interior, la señora por momentos parece que empeora. Avisamos a la UVI y actuamos según protocolo. Cuando llega la UVI y hemos estabilizado a la paciente intentamos sacarla de la sala de urgencias y literalmente no cabe la camilla, ni para entrar, ni para salir. Está ya hablado con los responsables, ya se sabía que por la sala de urgencias no pasaba una camilla... Conclusión: la paciente de 89 años con un infarto extenso se tuvo que levantar y caminar dos pasos para salir de la sala de urgencias que tan bien diseñada está. Testigos somos el servicio de la UCI, mi enfermera, unos 10 pacientes que estaban en la sala de espera, su familia y yo. Fue dantesco conseguir sacar a la señora de la sala. Esto ya nos pasó hace poco con otro paciente que padecía una fibrilación auricular con frecuencia ventricular rápida. También se tuvo que levantar para salir. Afortunadamente se encontraba más estable.*

*Esta reclamación en relación con la dotación de medicación parenteral que va en la ambulancia asignada a este PAC. Esta medicación va alojada en el vehículo sanitario en un armario sin climatizar, con lo que durante todo el verano alcanzó temperaturas superiores a los 40°C sin que esté claro que se mantengan todas las propiedades farmacológicas.*



*Esta medicación se administra a pacientes graves en una localidad que está a 50 km del hospital más cercano.*

*En varias ocasiones se notifica el mal funcionamiento del monitor desfibrilador y se hacen partes a electromedicina que dice que funciona correctamente. En mi último turno se objetiva su mal estado al funcionar únicamente conectado a la red eléctrica. Necesitamos hacer un traslado en ambulancia con el monitor y lo tuvimos que llevar enchufado. Por lo que se vuelve a hacer parte a electromedicina y se comunica a cada uno de los responsables del centro. Traen uno nuevo entre mis guardias pero incompleto: faltan latiguillos de monitorización, que es lo mismo que decir que estamos sin monitor. Así que estamos sin él durante toda la guardia siendo esto un gran riesgo para los pacientes. Para solucionar el problema me tendré que acercar en mi tiempo libre al almacén para solicitar los latiguillos que faltan ante la proximidad del fin de semana.*

### **3. Incidentes relacionados con transporte o traslados:**

*Se realiza extracción de sangre y recogida de muestras para enviar a laboratorio el día 12 como habitualmente, con registro e identificación de muestras y pacientes y se entregan al taxista transportador de muestras en la nevera portátil que él mismo trae. El día 13 detectamos que no hay ninguna analítica registrada en el sistema. Nos ponemos en contacto con el laboratorio, que informa que no se han recibido las muestras y que la nevera portátil tampoco está. Que nosotros debemos averiguar qué ha pasado. A pesar de no disponer de información de los transportistas, contactamos con el coordinador y con el taxista, en principio el taxista dice que no sabe dónde está la nevera, más tarde que la dejó en el hospital en el laboratorio. Durante dos horas mandamos la información y registro de las muestras que deben tener e insisten en que allí no llegó la nevera. Finalmente la nevera por lo visto aparece en medio del pasillo del laboratorio: han transcurrido 24 h desde la extracción hasta la aparición de las muestras, lo que las hace no viables.*

*Recibimos aviso domiciliario pasando consulta para paciente encamada de x años, por exudación de MII a pesar de tratamiento con Seguril. Acudimos la enfermera, mi residente y yo al terminar la consulta. A nuestra llegada al domicilio encontramos a la paciente taquipneica, intranquila y con trabajo respiratorio. La familia refiere que lleva poco tiempo en esta situación y que no tiene antecedentes de problema similar. Únicamente tenía pautado el Seguril a demanda por edemas en MMII.*

*Avisa la residente al 112 (14:20 h) solicitando ambulancia para traslado urgente, con necesidad de camilla y dos técnicos. Nos indican puede tardar 15-20 min, dado que están todas ocupadas. Administramos 1 amp de Seguril IM y 1/2 amp de Cl mórfico SC, dado que no disponemos de material para vía IV. Avisamos de nuevo al 112 a los 15 min ante el empeoramiento clínico de la paciente. Ante la tardanza de la ambulancia llamamos a compañero del centro para que nos traiga material y logramos canalizar vía IV, administrándole otra amp de Seguril IV. La paciente se mantiene en anuria y con satO<sub>2</sub> < 80%. Avisamos por tercera vez al 112 a la media hora, indicándonos que se ha movilizadado la ambulancia 5 min antes. A las 15:15 h acude al domicilio un técnico con una silla en ambulancia no medicalizada. El técnico refiere que nadie le avisó de que se trataba de una paciente encamada, y que él tenía una lista de avisos e iba haciendo los traslados por orden, sin mencionar ningún tipo de prioridad por la gravedad del cuadro clínico. A nuestra llegada a urgencias del hospital hay una ambulancia medicalizada aparcada sin servicio en ese momento y otra que acaba de traer a otro paciente. Compruebo al llegar a la consulta al día siguiente que se confirma el diagnóstico de EAP y muy mal pronóstico de la paciente a corto plazo.*

*El día del incidente a las 9 de la mañana se aprecia el aviso de un piloto luminoso en el panel del coche de Urgencias. Tras comprobar que se trataba de una avería potencialmente grave y que el coche debería ser valorado por un mecánico, se procede a notificar el incidente al centro coordinador de urgencias, al coordinador del servicio de urgencias de AP y a la subdirección médica. El coche fue trasladado al taller en grúa y como solución al problema de transporte de urgencias se notificó al médico de guardia que se utilizara el vehículo propio para las urgencias tipo B y la ambulancia para las de tipo A. A las 15 h se cambia el equipo médico. El médico responsable a partir de esa hora no tiene disponibilidad de coche. Tampoco la enfermera. Se notifica al centro coordinador de tal hecho y se espera alguna respuesta para solventar el problema. No se recibe ninguna. Se plantea la posibilidad de que salga un aviso de urgencias A estando la ambulancia ocupada en un servicio. No se obtiene respuesta. Han pasado 24 h. y se sigue sin dar respuesta al incidente.*

#### **4. Incidentes relacionados con ausencia o inadecuación de protocolos:**

*Acude gestante en la semana 38 de gestación. En ningún momento de su embarazo le han informado de que cuenta con el servicio y pres-*

taciones de una matrona en atención primaria, tanto para el control de su embarazo en coordinación con los obstetras de especializada como para las sesiones de preparación al parto. Esta información no se la proporcionó ni su médico de familia ni los obstetras que han controlado su embarazo en especializada. Como consecuencia, a esta mujer se le ha tenido que administrar la vacuna de tosferina fuera de los plazos establecidos en los protocolos. También se le ha recogido muestra vagino-rectal protocolaria para cultivo de estreptococo con bastante retraso respecto a lo que viene siendo habitual en mi consulta. También se ha retrasado la información sobre lactancia materna que habitualmente se les da a las gestantes que desean amamantar. En estas semanas de gestación, perfectamente podría haber parido ya, puesto que ya está a término. De haber ocurrido no se le podrían haber hecho ninguno de estos procedimientos, contemplados en los protocolos por considerarse necesarios y convenientes en toda gestante.

Consulta de odontología en un centro de salud de atención primaria, compartida por dos profesionales en días alternos. Al inicio de la jornada de hoy el equipo dental (escupidera) contiene restos macroscópicos de sangre y muestras evidentes de falta de limpieza. La falta de una distribución concreta de tareas para la limpieza del sillón dental y dispositivos anexos específicos de la consulta de odontología es probablemente la causa del incidente.

**5. Otros incidentes:** se incluyen incidentes relacionados con la falta de profesionales y problemas en la administración de vacunas

El día 1 de febrero empiezo en un nuevo cupo que ha estado sin médico fijo desde septiembre. Cuando entro a informar las retino grafías veo que no han sido informadas desde entonces y que tampoco han sido revisadas las mandadas a oftalmólogo de referencia desde abril.

A las 21:40h el único equipo del punto de atención continuada (PAC) sale por orden del 061 a un domicilio a una asistencia por un síncope que es trasladado al hospital de referencia en ambulancia. El hospital de referencia está a 45 minutos en ambulancia del PAC. A las 23:03 llega al PAC un niño con una convulsión febril y en ausencia de personal sanitario tiene que ser asistido por el personal de servicios generales hasta la llegada de la ambulancia asistencial que acerca, por orden del 061, al paciente para hacer un intercambio con la ambulancia que traía de vuelta al equipo médico-enfermero para acompañar de nuevo

*medicalizados al hospital. A las 23:33 entra en el PAC una paciente con dolor torácico y arritmia: el equipo médico-enfermero es alertado de esta situación pero al estar ya en pleno traslado del niño acuerda con la central del 061 que sea recogida esta última por una ambulancia asistencial que se encuentra a 20 minutos del PAC.*

*El enfermero se disponía a realizar la vacunación de un paciente y para ello sólo comprobó el calendario vacunal del ordenador y no el que aparece en su cartilla de vacunación en papel; entonces se administró una dosis de vacuna Varivax que ya había sido administrada con anterioridad, ya que en la cartilla de vacunación sí figuraba la etiqueta, a diferencia de en el calendario del ordenador donde no constaba registrada.*

*El pasado viernes, en una revisión de pediatría se administró una vacuna de triple vírica caducada en enero. La única persona implicada fue la enfermera que administró la vacuna. Se dio cuenta de que estaba caducada una vez que la paciente no se encontraba en el centro, al anotar la vacuna en la historia clínica y avisó inmediatamente a la pediatra, que trató de contactar con el farmacéutico de área pero no se encontraba trabajando ese día. El lunes a primera hora se contactó con la responsable del servicio de Medicina Preventiva, que aconseja repetir la administración de la vacuna en un mes, por la posible pérdida de efectividad. La enfermera de pediatría contactó con la madre del bebé telefónicamente para citarla en consulta e informarle del problema.*

Este es el informe agregado de los incidentes notificados al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) del año 2019. 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 2019.

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 75 áreas sanitarias y 116 hospitales dados de alta en el sistema, y recogiendo 4.755 notificaciones procedentes de hospitales y 556 de Atención Primaria. Aunque los incidentes relacionados con la medicación siguen siendo los de notificación más frecuente (20,4% en hospital y 23,7% en Atención Primaria), tanto en los hospitales como en Atención Primaria en el año 2019 se mantiene la tendencia creciente a la notificación de incidentes relacionados con gestión organizativa-recursos.

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 incidentes relacionados con la gestión organizativa-recursos.

