

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

Incidentes de seguridad
notificados en 2020

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

Incidentes de seguridad
notificados en 2020

Este documento ha sido encargado a la Fundación Avedis Donabedian en el marco del contrato nº expediente 202107PAS001

Redacción

Fundación Avedis Donabedian

María del Mar Fernández Maíllo
Joaquim Bañeres Amella

Revisión

Ministerio de Sanidad

Yolanda Agra Varela
Nuria Prieto Santos

Comunidades Autónomas

Andalucía: Elvira Eva Moreno Campoy y Paloma Trillo López

Aragón: Mabel Cano del Pozo

Asturias: Sara Mérida Fernández y María Belén Suarez Mier

Canarias: María Paloma García de Carlos y Nuria Bañón Morón

Cantabria: José Luis Teja Barbero y Patricia Corro Madrazo

Castilla y León: Tomás Maté Enríquez

Castilla-La Mancha: Sonia Cercenado Sorando y Félix Alcazar Casanova

Cataluña: Laura Navarro Vila y Gloria Oliva Oliva

Comunidad Valenciana: María José Avilés Martínez

Extremadura: Manuel García Toro

Galicia: María José López Pimentel y Olga Roca Bergantiños

INGESA: María Antonia Blanco Galán

Islas Baleares: Marta Torres Juan

Madrid: Alberto Pardo Hernández y Cristina Navarro Royo

Murcia: José Eduardo Calle Urrea

Navarra: Aránzazu Elizondo Sotro

La Rioja: Pilar Sáenz Ortiz

País Vasco: María Luisa Iruretagoyena Sánchez y Enrique Peiró Callizo



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD

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 2020



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

Índice

Alcance	9
Incidentes notificados en hospital	11
Análisis global de los incidentes notificados	12
Tipo de incidente	12
Lugar en que ocurrió el incidente	15
Profesión del notificante	17
Consecuencia de los incidentes en los pacientes	19
Riesgo asociado a los incidentes	22
Factores contribuyentes a la aparición del incidente	24
Incidentes clasificados como SAC 1	27
Incidentes relacionados con caídas	30
Incidentes notificados en atención primaria	37
Análisis global de los incidentes notificados	38
Tipo de incidente	38
Lugar en que ocurrió el incidente	40
Profesión del notificante	41
Consecuencia de los incidentes en los pacientes	42
Riesgo asociado a los incidentes	45
Factores contribuyentes a la aparición del incidente	47
Incidentes clasificados como SAC 2	50
Indicadores de gestión del SiNASP	53
Notificaciones realizadas en el Sistema Nacional de Salud durante 2020	59
Recomendaciones	61
Recomendaciones para mejorar la gestión del SiNASP	61
Recomendaciones relacionadas con los incidentes notificados al SiNASP	62
Recomendaciones para la prevención de caídas del paciente en hospitales	62

Alcance

Este informe incluye los incidentes notificados al SiNASP durante el año 2020 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 2020.

Comunidad Autónoma	Áreas Sanitarias	Hospitales*
Aragón	8	13
Canarias	7	10
Cantabria	3	4
Castilla-La Mancha	15	16
Extremadura	9	20
Galicia	7	17
INGESA	1	2
La Rioja	1	4
Murcia	10	11
Navarra	6	6
Principado de Asturias	8	16
TOTAL	75	119

* 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 2020 que estaban cerradas a 30 de junio de 2021:

- Hospital: 3.693 notificaciones (de 4.143 recibidas. En 2019 se recibieron 5.222)
- Atención Primaria: 239 notificaciones (de 333 recibidas. En 2019 se recibieron 670)

Por tanto, la notificación en 2020 disminuyó tanto en hospitales como 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 91 hospitales de 10 Comunidades Autónomas más INGESA, siete menos que en 2019. Según puede verse en la tabla 2, aunque en el periodo de estudio había 119 hospitales dados de alta, no todos ellos utilizaron el sistema. En 2020 se mantuvo el número de hospitales que notificaron al SiNASP en Galicia, Cantabria, Navarra, INGESA y Asturias; en La Rioja aumentó, mientras que en el resto de las comunidades disminuyó.

CC.AA.	Comienzo de la implantación	Hospitales que usaron SiNASP* en 2020	Hospitales que usaron SiNASP en 2019
Castilla-La Mancha	Enero 2010	10	11
Galicia	Octubre 2010	15	15
Murcia	Febrero 2011	10	11
Cantabria	Marzo 2012	4	4
Canarias	Febrero 2013	7	8
Aragón	Octubre 2013	12	13
Navarra	Octubre 2013	4	4
Extremadura	Septiembre 2014	13	17
INGESA	Septiembre 2014	2	2
Asturias	Noviembre 2014	12	12
La Rioja	Diciembre 2016	2	1
TOTAL		91	98

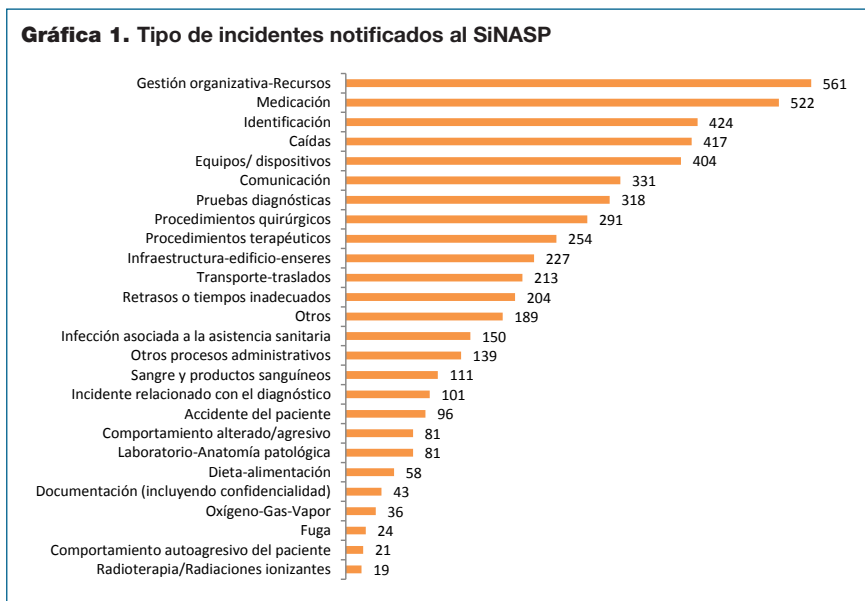
*Se considera que utilizan el SiNASP si han notificado algún incidente en el periodo cubierto por este informe

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 561 incidentes relacionados con la gestión organizativa-recursos, lo que supone el tipo más frecuente de incidente (15,2%). En segundo lugar, están los incidentes relacionados con la medicación (522 incidentes: 14,1%), seguidos por aquellos concernientes a identificación (424 incidentes: 11,5%) y los incidentes relacionados con las caídas (417 incidentes: 11,3%). También suponen un porcentaje significativo los ligados a los equipos/dispositivos (404 incidentes: 10,9%), a la comunicación (331 incidentes: 9%) y las pruebas diagnósticas (318 incidentes: 8,6%).



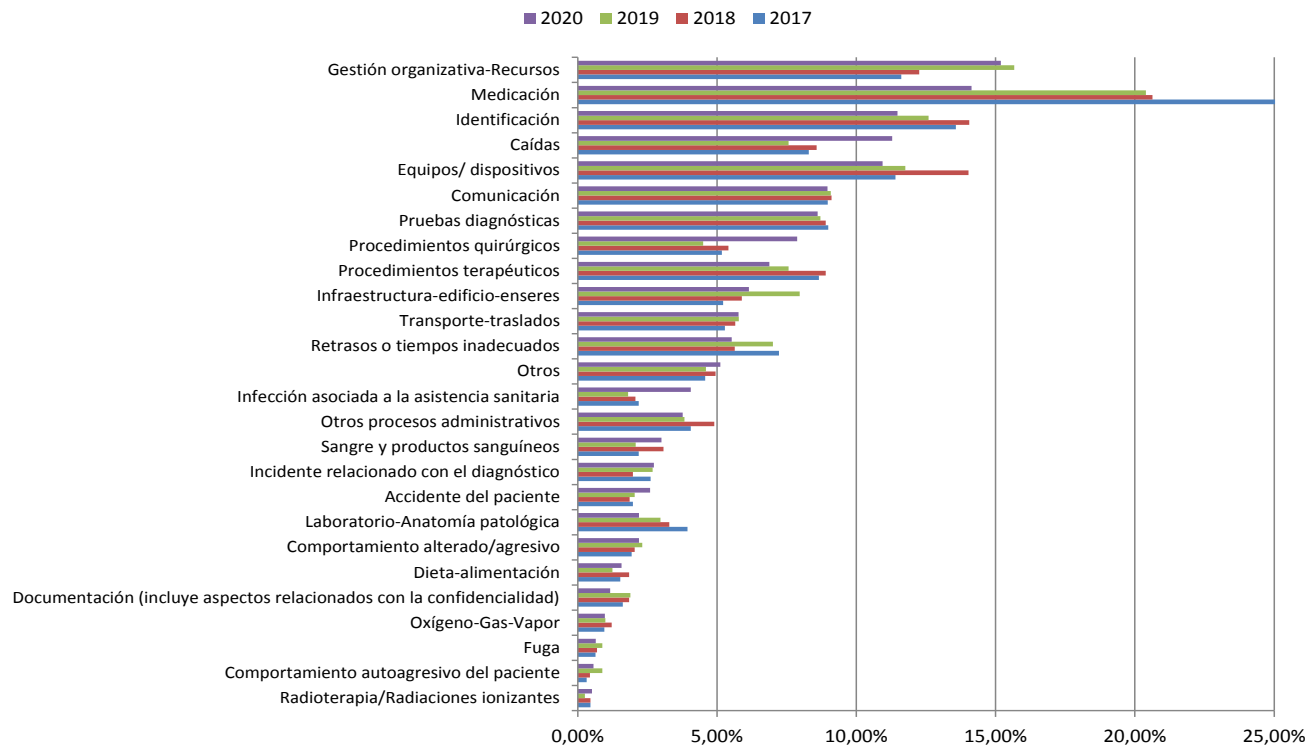
Si comparamos con los datos de los años anteriores, como se muestra en la gráfica 2, lo más llamativo es el mantenimiento de la tendencia decreciente

de la notificación de incidentes relacionados con la medicación (más de seis puntos con respecto a 2019), aunque se siga manteniendo en los primeros puestos en cuanto a número de notificaciones. En 2020 destaca el aumento de la notificación de caídas (tres puntos o más con respecto a los años anteriores), incidentes relacionados con los procedimientos quirúrgicos (notificación en torno a tres puntos superior a años anteriores), e infección asociada a la asistencia sanitaria (más de dos puntos superior a los años previos).

Se mantiene la tendencia decreciente en la notificación de incidentes relacionados con la identificación, equipos/dispositivos, procedimientos terapéuticos y laboratorio/anatomía patológica.

El porcentaje de notificaciones relacionadas con la comunicación o las pruebas diagnósticas sigue manteniéndose estable y entre las categorías de incidentes más comunicadas.

Gráfica 2. Comparativa de tipos de incidentes notificados al SiNASP desde 2017 (porcentaje del total anual)



Lugar en que ocurrió el incidente

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

Tabla 3. Incidentes notificados por área del hospital

INCIDENTES	2020		2019		2018		2017		
	Area	N	%	N	%	N	%	N	%
Unidades de hospitalización		1615	43,73%	2149	45,19%	1910	43,93%	2005	45,66%
Urgencias		595	16,11%	505	10,62%	433	9,96%	522	11,89%
Bloque quirúrgico		458	12,40%	514	10,81%	510	11,73%	496	11,30%
UCI		379	10,26%	433	9,11%	487	11,20%	389	8,86%
Servicios centrales		251	6,80%	412	8,66%	368	8,46%	406	9,25%
Consultas externas		139	3,76%	288	6,06%	169	3,89%	165	3,76%
Hospital de día		115	3,11%	213	4,48%	235	5,40%	145	3,30%
Servicios de apoyo/Otros		83	2,25%	117	2,46%	137	3,15%	122	2,78%
Sala de partos		38	1,03%	99	2,08%	74	1,70%	116	2,64%
SEE/Transporte sanitario		20	0,54%	25	0,53%	25	0,57%	25	0,57%

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

El 43,7% de los incidentes notificados al SiNASP sucedieron en unidades de hospitalización, seguidos por las urgencias (16,1%) y el bloque quirúrgico (12,4%). En el caso de las urgencias, no solo aumenta notablemente el porcentaje, sino también el total de notificaciones con respecto a años anteriores.

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.

Si comparamos las tres áreas donde se concentran el mayor número de incidentes notificados, podemos apreciar que en las unidades de hospitaliza-

ción se notifica un mayor porcentaje de incidentes de alto riesgo y más de la mitad de los incidentes notificados han llegado al paciente. En cambio, tanto en urgencias como en el bloque quirúrgico más de la mitad de los incidentes notificados son situaciones con capacidad de causar un incidente. No obstante en urgencias hay también un porcentaje importante de notificaciones de incidentes de alto riesgo, algo que no es tan significativo en el bloque quirúrgico (tabla 4).

Tabla 4. Incidentes notificados en 2020 según su localización, nivel de riesgo y gravedad para el paciente

Nivel de riesgo	U. hospitalización		Urgencias		Bloque quirúrgico	
	N	%	N	%	N	%
SAC 1	8	0,50%	5	0,84%	2	0,44%
SAC 2	117	7,24%	36	6,05%	18	3,93%
SAC 3	326	20,19%	76	12,77%	67	14,63%
SAC 4	456	28,24%	91	15,29%	55	12,01%
Sin SAC	708	43,84%	387	65,04%	316	69,00%
Gravedad para el paciente	N	%	N	%	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	523	32,38%	313	52,61%	264	57,64%
Incidente que no llegó al paciente	184	11,39%	74	12,44%	52	11,35%
Incidente que llegó al paciente	908	56,22%	208	34,96%	142	31,00%

En cuanto al tipo de incidentes más notificados: en las **unidades de hospitalización** son las caídas (22,2%) y los relacionados con la medicación (18,7%); en **urgencias** el 26% se atribuye a la gestión organizativa/recursos y el 13,8% está relacionado con la comunicación; en el **bloque quirúrgico** el 49% de las notificaciones se refiere a los procedimientos quirúrgicos y el 13,8% se relaciona con equipos y dispositivos.

Aunque en las tres áreas más del 60% de las notificaciones la han realizado enfermeras, existen diferencias en cuanto a los incidentes notificados por médicos: tanto en urgencias como en el bloque quirúrgico en torno al 25% de las notificaciones las han realizado los médicos, mientras que este porcentaje disminuye al 10% en el caso de las áreas de hospitalización.

Profesión del notificante

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

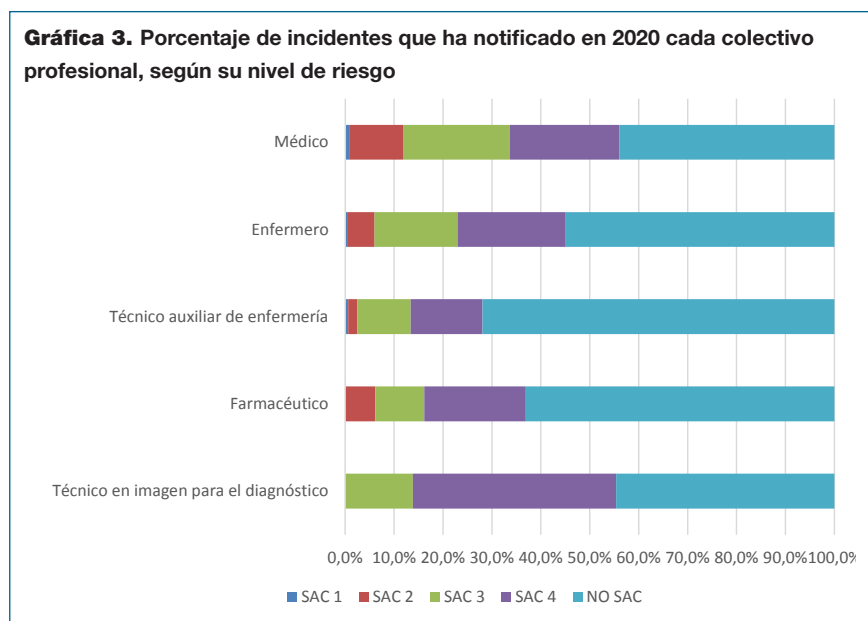
Los profesionales de enfermería siguen siendo los profesionales que más utilizan el sistema, pero además ha aumentado en más de diez puntos el porcentaje de notificación con respecto al resto de categorías profesionales, alcanzando el 67,4% de todos los incidentes notificados. En cambio las notificaciones realizadas por médicos han descendido en un porcentaje similar con respecto a los años anteriores, bajando al 16,8% del total. En tercer lugar figuran los técnicos auxiliares de enfermería, con un 4,4% de notificaciones, manteniendo la tendencia creciente, mientras que en el caso de los farmacéuticos sigue el descenso en el porcentaje de notificaciones efectuadas. Es posible que se deba a que el sistema de farmacovigilancia también recoge incidentes relacionados con la seguridad del paciente y los farmacéuticos lo prioricen.

Tabla 5. Incidentes notificados según profesión del notificante

Profesión del notificante	2020		2019		2018		2017	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermera	2490	67,42%	2690	56,57%	2462	56,64%	2537	57,78%
Médico	621	16,82%	1244	26,16%	1091	25,10%	1164	26,51%
Técnico auxiliar de enfermería	164	4,44%	208	4,37%	134	3,08%	135	3,07%
Farmacéutico	130	3,52%	208	4,37%	246	5,66%	218	4,96%
Otros	87	2,36%	124	2,61%	125	2,88%	109	2,48%
Tco. en imagen diagnóstica	65	1,76%	77	1,62%	73	1,68%	18	0,41%
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)	32	0,87%	55	1,16%	45	1,04%	59	1,34%
Otros licenciados/ grados sanitarios	32	0,87%	35	0,74%	32	0,74%	19	0,43%
Fisioterapeuta	22	0,60%	18	0,38%	14	0,32%	20	0,46%
Otros tcos. de grado superior y medio	17	0,46%	52	1,09%	52	1,20%	25	0,57%
Otros profesionales sanitarios	15	0,41%	26	0,55%	32	0,74%	36	0,82%
Tco. en laboratorio clínico	11	0,30%	14	0,29%	9	0,21%	8	0,18%
Técnico en farmacia	5	0,14%	2	0,04%	8	0,18%	5	0,11%
Estudiantes/personal prácticas	1	0,03%	2	0,04%	17	0,39%	35	0,80%
Técnico en radioterapia	1	0,03%	0	0,00%	7	0,16%	3	0,07%

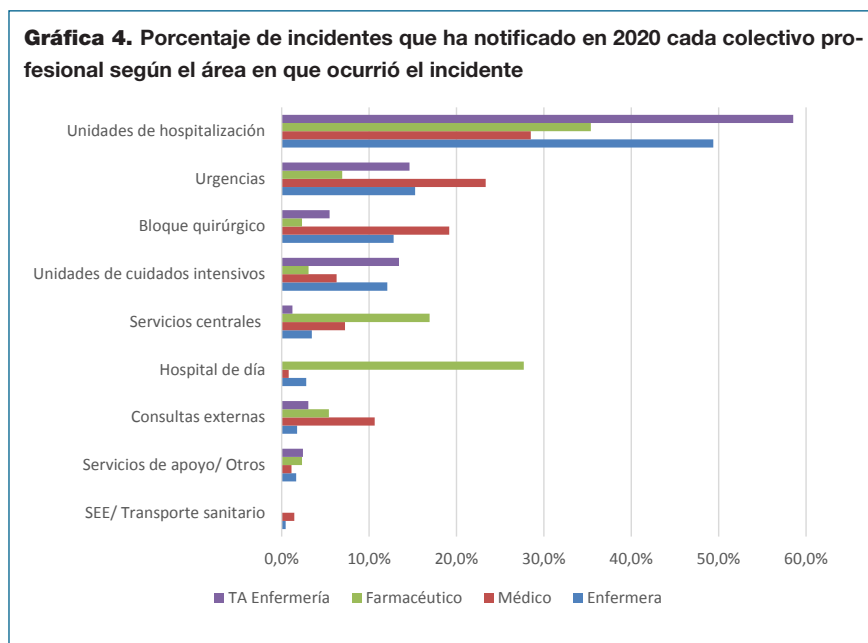
La notificación del resto de colectivos sanitarios supone un porcentaje poco representativo, lo que podría apuntar a la necesidad de mayores acciones de sensibilización y formación, particularmente entre los residentes, ya que se esperaría que la seguridad del paciente fuese un objetivo importante en esta etapa.

Aunque notifican menos, los médicos notifican incidentes más graves que el resto de los colectivos: el 0,8% de sus notificaciones en 2020 fueron de incidentes tipo SAC 1, frente al 0,6% de SAC 1 del total de incidentes notificados por el personal de enfermería, mientras que los farmacéuticos no notificaron ninguno. Los médicos también notificaron un mayor porcentaje de incidentes tipo SAC 2: 11,1%, frente al 5,5% de los notificados por enfermería y al 6,2% de los notificados por farmacéuticos. En general estos últimos notifican incidentes menos graves que los otros dos colectivos. Los técnicos auxiliares de enfermería presentan un porcentaje superior de incidentes menos graves en comparación con las enfermeras. Los técnicos en imagen para el diagnóstico presentan un alto porcentaje de notificaciones de incidentes que llegan al paciente pero con daño de menor gravedad o muy bajo.



En la gráfica se han incluido solamente los colectivos con mayor número de notificaciones realizadas en 2020.

Si se revisan las áreas en las que los profesionales han realizado un mayor número de notificaciones, según se presenta en la gráfica 4, se ratifican las observaciones mencionadas anteriormente respecto a las diferencias existentes. Así, las enfermeras y los técnicos auxiliares de enfermería mayoritariamente notifican incidentes generados en las unidades de hospitalización (el 49,4% en el caso de las enfermeras y el 58,5% de las realizadas por TAE) y son quienes mayor porcentaje de notificaciones generan en las unidades de cuidados intensivos. Los médicos, como ya se señaló anteriormente, concentran un mayor porcentaje de notificaciones en urgencias (23,4%), el bloque quirúrgico (19,2%) y las consultas externas (10,6%) que los otros colectivos. Los farmacéuticos destacan por priorizar más que el resto los incidentes generados en el hospital de día (27,7%) y en servicios centrales (16,9%).



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

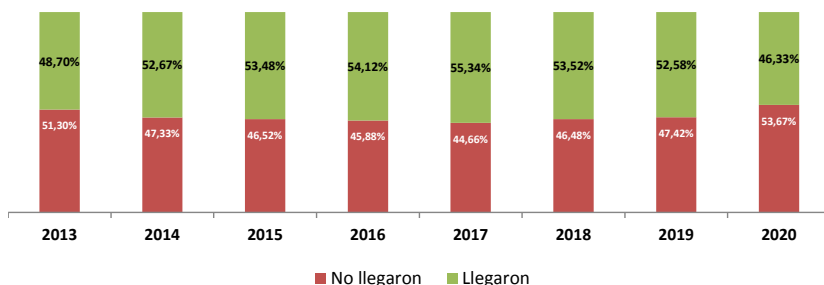
En la tabla 6 se muestra la categorización de las consecuencias del incidente en el paciente.

El 46,3% de los incidentes llegaron al paciente y de estos, el 24,5% ocasionaron algún tipo de daño (gráfica 6).

Tabla 6. Consecuencias de los incidentes en los pacientes								
INCIDENTES	2020		2019		2018		2017	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	1513	40,97%	1456	30,62%	1358	31,23%	1264	28,79%
Incidente que no llegó al paciente	469	12,70%	799	16,80%	663	15,25%	697	15,87%
Incidente que llegó al paciente	1711	46,33%	2500	52,58%	2327	53,52%	2430	55,34%
El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	949	25,70%	1397	29,38%	1189	27,35%	1119	25,48%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	342	9,26%	423	8,90%	502	11,55%	626	14,26%
Causó daño temporal y precisó intervención	258	6,99%	406	8,54%	413	9,50%	449	10,23%
Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	92	2,49%	148	3,11%	112	2,58%	100	2,28%
Causó daño permanente	9	0,24%	18	0,38%	10	0,23%	16	0,36%
Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida	48	1,30%	82	1,72%	67	1,54%	83	1,89%
Contribuyó o causó la muerte del paciente	11	0,30%	23	0,48%	33	0,76%	36	0,82%

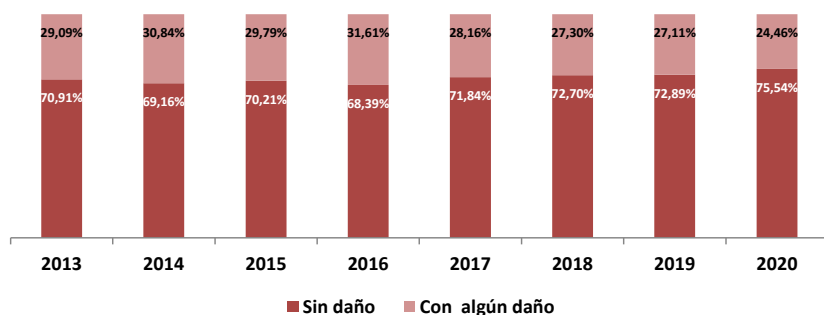
Al comparar la evolución de los últimos años (gráfica 5), parece que se mantiene el cambio de tendencia iniciada en 2018 de aumentar la notificación de incidentes que no llegan al paciente. En 2020 esta tendencia ha superado con creces la barrera del 50% y se ha producido por un incremento notable en la notificación de situaciones con capacidad de causar un incidente (tabla 6).

Gráfica 5. Porcentaje de incidentes notificados al SiNASP desde 2013 según si llegaron o no al paciente



En 2020 se mantiene e incrementa 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 6. El porcentaje de notificación de incidentes que no provocan daño sigue aumentando, como ya lo hiciera en los tres años anteriores.

Gráfica 6. Incidentes notificados al SiNASP desde 2013 que llegaron al paciente, según provocaron o no daño



En resumen, más de la mitad de los incidentes notificados no llegaron al paciente y de los que llegaron, el 75% no le ocasionaron daño. Se sigue reforzando la tendencia a disminuir la notificación de incidentes graves.

Riesgo asociado a los incidentes

Para la clasificación de los incidentes notificados se utiliza una versión modificada de la matriz del «Severity Assessment Code» (SAC). Esta matriz facilita la cuantificación del nivel de riesgo asociado a un determinado incidente en función de dos variables: la gravedad de las consecuencias del incidente en el paciente y su probabilidad de ocurrencia (con cinco alternativas de respuesta que van desde muy infrecuente a frecuente). El sistema de clasificación de estas variables queda reflejado en la tabla 7.

	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 7, el 53,7% de los incidentes notificados no tienen SAC porque no alcanzaron al paciente. A partir de ahí, el porcen-

taje de notificaciones va disminuyendo a medida que aumenta la gravedad según el SAC, hasta llegar al SAC 1 (riesgo extremo) que supone el 0,54% de los incidentes. En la tabla 8 podemos apreciar que se mantiene la tendencia al alza en la notificación de incidentes sin SAC, mientras que, en mayor o menor medida, desciende el porcentaje de notificación de incidentes con un cierto nivel de riesgo. En los incidentes tipo SAC 4, que son los de riesgo bajo, es donde menos se nota este descenso.

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

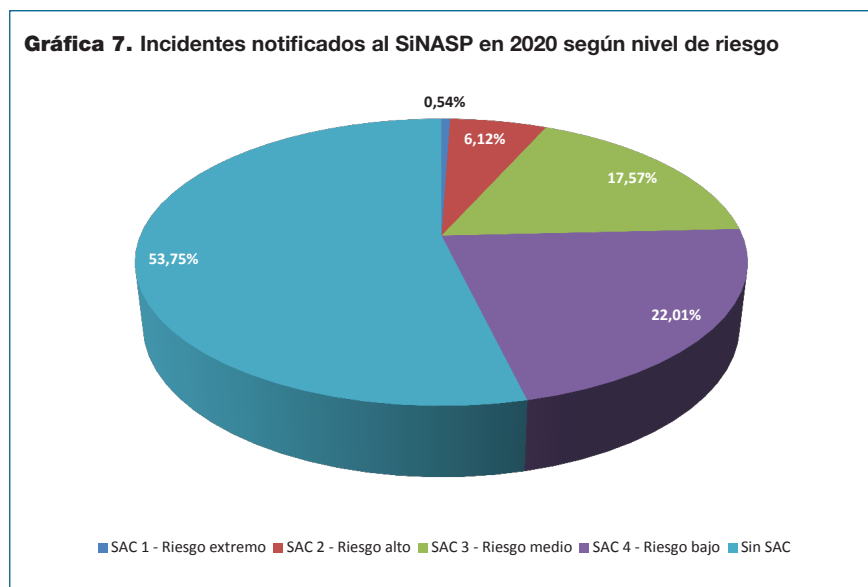


Tabla 8. Incidentes notificados al SiNASP desde 2017 según riesgo

GRAVEDAD	2020		2019		2018		2017	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SAC 1-Riesgo extremo	20	0,54%	41	0,86%	50	1,15%	51	1,16%
SAC 2-Riesgo alto	226	6,12%	350	7,36%	319	7,34%	354	8,06%
SAC 3-Riesgo medio	649	17,57%	1033	21,72%	932	21,44%	1057	24,07%
SAC 4-Riesgo bajo	813	22,01%	1073	22,57%	1023	23,53%	965	21,98%
Sin SAC	1985	53,75%	2258	47,49%	2023	46,54%	1964	44,73%

Factores contribuyentes a la aparición del incidente

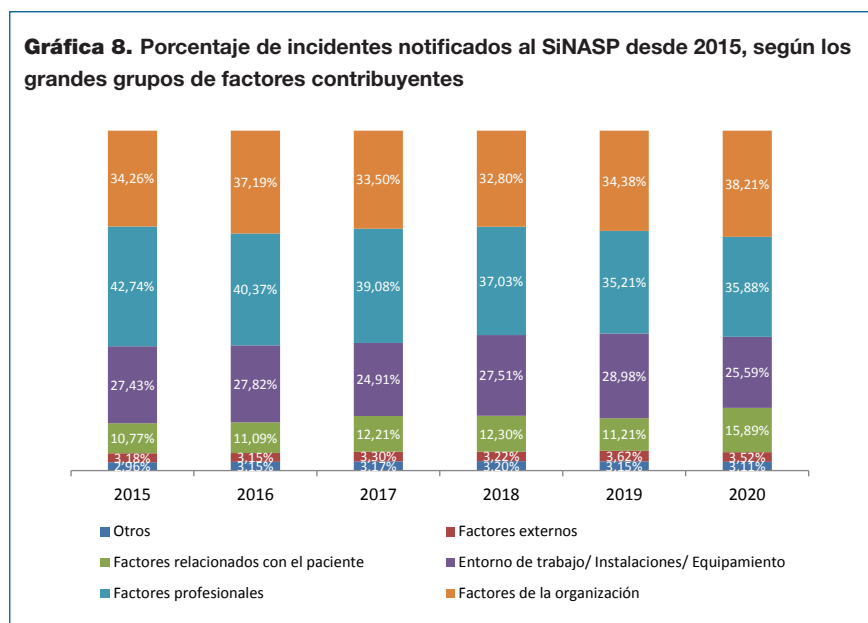
La categorización de los factores que contribuyeron a la ocurrencia de los incidentes, según la opinión de los profesionales que los notifican, se incluye en la tabla 9. Un mismo incidente puede estar ocasionado por múltiples factores causales, por lo que el número de factores contribuyentes es mayor que el número de incidentes analizados.

Tabla 9. Incidentes notificados al SiNASP en 2020 según los factores contribuyentes		
	2020	
Factores contribuyentes	N	%
Factores de la organización	1411	38,21%
Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	937	25,37%
Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo	541	14,65%
Cultura de la organización	400	10,83%
Problemas en el trabajo en equipo	277	7,50%
Factores profesionales	1325	35,88%
Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	677	18,33%
Comportamiento/conducta de los profesionales	535	14,49%
Factores estresantes/emocionales/fatiga	444	12,02%
Problemas de comunicación	420	11,37%
Otros factores de los profesionales	116	3,14%
Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento	945	25,59%
Factores relacionados con el paciente	587	15,89%
Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	258	6,99%
Otros factores relacionados con el paciente	224	6,07%
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	105	2,84%
Factores externos	130	3,52%
Otros	115	3,11%

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

En 2020 los profesionales señalan por primera vez a los factores de la organización como grupo principal de factores contribuyentes a los incidentes de seguridad (tabla 9 y gráfica 8). A nivel de categoría individual los factores relacionados con el *entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento* siguen

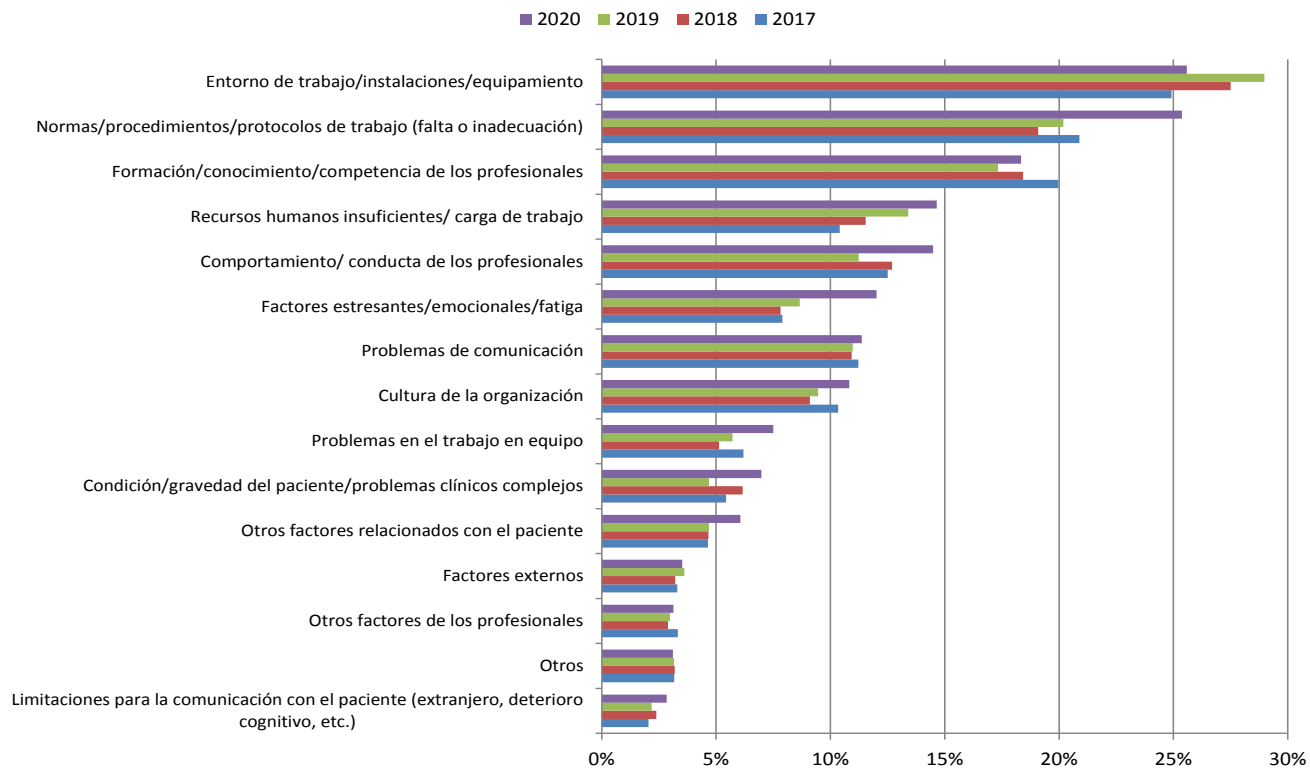
siendo señalados como el mayor factor contribuyente, aunque no se mantiene la tendencia creciente de años anteriores. Prácticamente en el mismo nivel de importancia se encuentra la falta o inadecuación de las *normas/procedimientos/protocolos de trabajo*, cuya importancia sube cinco puntos con respecto a 2019 (gráfica 9) y destaca claramente como el factor de mayor importancia.



El segundo factor organizativo importante y que mantiene su tendencia ascendente es el relativo a *recursos humanos/carga de trabajo*. También aumenta la contribución del resto de factores de la organización: *cultura de la organización y problemas en el trabajo en equipo*.

Entre los factores profesionales la *formación/conocimiento/competencia de los profesionales* sigue siendo el factor más señalado. No obstante, destaca el notable aumento de la atribución a la *conducta de los profesionales* y a los *factores estresantes/emocionales/fatiga*.

En 2020 se ha producido un claro incremento en la contribución de factores relacionados con el paciente con respecto a los años anteriores. Los elementos que se señalan como contribuyentes en mayor medida son los relacionados con la complejidad y «otros factores» que no se concretan.

Gráfica 9. Incidentes notificados al SiNASP desde 2017, según los factores contribuyentes

Incidentes clasificados como SAC 1

Se han revisado todos los incidentes notificados en 2020 y clasificados como SAC 1, cuya fecha de cierre fue anterior a julio de 2021. En total, 20 incidentes.

De ellos, según la clasificación de los notificantes, 2 causaron daño permanente al paciente, 10 comprometieron la vida del paciente y precisaron intervención para mantener su vida, y 8 contribuyeron o causaron la muerte del paciente.

Según se describe en la tabla 10, la mayoría de los incidentes clasificados como SAC 1 fueron notificados por enfermeras (70%):

Profesión del notificante	Nº de incidentes	%
Enfermera	14	70%
Médico	5	25%
Técnico auxiliar de enfermería	1	5%
Total	20	100%

Según los notificantes, el 40% de los incidentes notificados se produjo en unidades de hospitalización y el 25% en urgencias:

Área	Nº de incidentes	%
Unidades de hospitalización	8	40%
Urgencias	5	25%
Unidades de cuidados intensivos	2	10%
Bloque quirúrgico	2	10%
Consultas externas	1	5%
SEE/Transporte sanitario	1	5%
Servicios centrales	1	5%

Durante el análisis se ha eliminado uno de los incidentes por haber sido notificado dos veces. Además, se han analizado otros tres 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. Los tres incidentes fueron notificados por médicos. Uno tuvo lugar en unidades de hospitalización, otro en UCI y el tercero en urgencias.

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. Incidentes relacionados con los cuidados de pacientes críticos o complejos: 4

- Fuga de calcio a través de jeringa del aparato de hemofiltración en neonato presumiblemente por falta de monitorización de la presión.
- Retraso en la atención a un paciente emergente que requiere traqueotomía en el que probablemente confluyen la falta de formación del personal de urgencias en el manejo de la obstrucción de vía aérea y problemas en el acceso a los quirófanos desde la zona de urgencias.
- Cambio de técnica quirúrgica habitual en traqueotomía por ser paciente COVID, que además tiene anatomía compleja. Empeoramiento del paciente por cánula fuera de vía aérea e intentos posteriores de recolocación fallidos.
- Parada en planta de paciente oncológico intervenido quirúrgicamente y procedente de URPA. Puede que en URPA se subestimara la gravedad del paciente.

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

- Paciente con PICC extravasada es trasladado a planta sin que se hayan seguido las órdenes médicas pautadas en el servicio de urgencias.
- Se introduce nutrición enteral a paciente con sonda nasogástrica alojada en pulmón. No se solicita que el médico revise la radiografía para verificar la colocación.
- Paciente en mal estado con traqueostomía y encefalopatía que se traslada a radiología vascular para PIC acompañada únicamente con celador y sufre parada respiratoria irreversible en el trayecto.
- Retraso en traslado y tratamiento de paciente crítico inicialmente por falta de transporte adecuado desde el 061 y después porque el 061 considera que no es factible dada su inestabilidad.

- 3. Incidentes relacionados con la organización de procesos: 3**
 - Ausencia de separación estricta entre pacientes COVID y pacientes negativos en sesiones de hemodiálisis
 - Situación crítica en una paciente de urgencias ubicada en una zona auxiliar que carecía de los recursos necesarios, tanto de personal como de equipamiento
 - Retraso en intervención de emergencia en quirófano porque la ubicación de material común en los racks no es homogénea en todos los quirófanos.
- 4. Incidentes relacionados con el diagnóstico y valoración del paciente: 3**
 - Por aplicación indiferenciada del protocolo COVID no se nebuliza en Urgencias a paciente asmático con insuficiencia respiratoria muy grave y empeora rápidamente.
 - Paciente debe ser trasladada a UCI tras más de dos horas de descenso de la saturación de oxígeno y avisos continuados de enfermería al médico.
 - Exitus inesperado de paciente con cardiopatía de base cuyo electrocardiograma no es revisado por médico de guardia. Posible prescripción de medicación por síndrome confusional no recomendada con su patología basal.
- 5. Incidentes relacionados con caídas: 2**
 - Caída de paciente durante la noche. Tropieza con la mesilla y al caer se fractura la cadera. Refiere que la medicación que toma para dormir le desorienta.
 - Caída repetida de paciente anciana con resultado de exitus. Con medicación y medidas preventivas de barandillas y cama a baja altura.
- 6. Incidentes relacionados con infraestructura y recursos: 1**
 - Un único facultativo para la atención urgente a un paciente que requiere drenaje quirúrgico y sufre un episodio vagal con convulsiones, al tiempo que debe proporcionar asistencia casi constante en planta a una paciente oncológica post operada por un empeoramiento progresivo grave de su estado general y atender consultas y curas ambulatorias.
- 7. Incidentes relacionados con parada cardiorrespiratoria y RCP: 1**
 - Confusión a la hora de activar el procedimiento de llamada ante PCR y además el equipamiento del carro de parada estaba incompleto porque el paciente era adulto y estaba ubicado en el bloque pediátrico.

8. Incidentes relacionados con los equipos/dispositivos: 1

- Llaves de perfusión inseguras que se desconectan de manera accidental y se utilizan en los circuitos de circulación extracorpórea.

9. Otros: 3

- Demora en la atención urgente de un paciente porque los técnicos de la UVI móvil no conocían el territorio.
- Paciente que es reingresada con un empeoramiento agudo sufriendo una clara situación de abandono por parte de los familiares. Probablemente no se realizó una detección o seguimiento adecuado del caso por parte del servicio de trabajo social del hospital.
- Paciente con indicación de dieta de fácil masticación que se atraganta con la comida y sufre parada respiratoria. No parece que hubiese un error en la comida que se le sirvió (correspondía al tipo de dieta indicado, aunque dado el incidente, quizá convendría revisar la presentación de ese tipo de dieta).

Incidentes relacionados con caídas

Es el tipo de incidentes cuyo porcentaje de notificación más ha aumentado en 2020 y además es una categoría en la que siempre se producen incidentes tipo SAC 1.

En 2020 se notificaron 417 incidentes clasificados como caídas. Como se puede apreciar en la tabla 12, las caídas son un tipo de incidente que mayoritariamente se notifica cuando se ha producido, y apenas se notifican situaciones de riesgo o incidentes que se han evitado antes de que el paciente los sufra. Teniendo en cuenta que el 24% de los pacientes afectados por caídas notificadas sufre algún tipo de daño (frente al 11,3% del global de incidentes notificados), parece necesario plantearse una intensificación de las medidas preventivas.

Tabla 12. Comparación de las consecuencias de los incidentes en los pacientes entre el total de incidentes notificados en 2020 y aquellos relacionados con caídas

INCIDENTES 2020	TOTAL		CAÍDAS	
	Categoría	N	%	N
Situación con capacidad de causar un incidente	1513	40,97%	34	8,15%
Incidente que no llegó al paciente	469	12,70%	6	1,44%
Incidente que llegó al paciente	1711	46,33%	377	90,41%
El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	949	25,70%	203	48,68%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	342	9,26%	75	17,98%
Causó daño temporal y precisó intervención	258	6,99%	81	19,42%
Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	92	2,49%	15	3,60%
Causó daño permanente	9	0,24%	-	-
Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida	48	1,30%	2	0,48%
Contribuyó o causó la muerte del paciente	11	0,30%	1	0,24%

Análogamente, como se presenta en la tabla 13, el porcentaje de incidentes clasificados de riesgo alto y medio es muy superior al global.

Tabla 13. Comparación del nivel de riesgo entre el total de incidentes notificados en 2020 y los relacionados con caídas

GRAVEDAD	2020		CAÍDAS	
	Categoría	N	%	N
SAC 1-Riesgo extremo	20	0,54%	1	0,24%
SAC 2-Riesgo alto	226	6,12%	58	13,91%
SAC 3-Riesgo medio	649	17,57%	132	31,65%
SAC 4-Riesgo bajo	813	22,01%	186	44,60%
Sin SAC	1985	53,75%	40	9,59%

La mayoría de los incidentes notificados en relación con caídas se produjo en unidades de hospitalización (86,1%), seguido a mucha distancia por urgencias (3,4%), consultas externas (2,6%) y unidades de cuidados intensivos (2,4%).

Los notificantes consideran que los factores contribuyentes principales tienen que ver con el paciente (ej. condición, gravedad, complejidad...), exceptuando en el caso de las caídas que se produjeron en el servicio de urgencias, donde los notificantes consideran que contribuyeron más los factores del entorno de trabajo, instalaciones o equipamiento.

Se ha revisado una muestra amplia de los incidentes relacionados con caídas clasificados por los notificantes como frecuentes o probables. A continuación se presentan algunos ejemplos más característicos del conjunto, agrupados según la similitud de las circunstancias descritas en la notificación:

- Debilidad, mareo:

Hija del paciente llama al timbre porque lo había llevado al baño y al salir del baño se desvanece y cae al suelo.

Llama al timbre para acudir al wc. Al levantarse, en presencia de XX, se mareo y cae al suelo golpeándose la cabeza y realizándose brecha en ceja derecha.

Al levantarse el paciente, se mareo y se cae.

Paciente andando por el pasillo, apoyada en andador, se mareo y va resbalando hasta el suelo. Se golpea la cabeza con un pasamanos.

La paciente se encuentra en aislamiento preventivo hasta resultado de PCR tomada para el ingreso en el turno de mañana. Al cambio de turno estaba sentada y dormida en el sillón de su habitación. A la hora indicada en una ronda se encuentra a la paciente sentada en el suelo de la habitación, refiere que se levantó para ir al wc, se mareo y se cayó. En principio no se objetiva lesión aparente aunque la paciente dice que se golpeó en la frente con la pared y en la rodilla derecha contra el suelo. Se la levanta del suelo con ayuda de celador. Se le acompaña al wc y se le acuesta en cama con pañal, recordándole que no se levante sin avisar.

- Estado cognitivo:

Estando acompañado en la mañana por un auxiliar en la habitación, al ir a retirar las barandillas para llevar al paciente al aseo, el auxiliar no puede reaccionar a tiempo y el paciente (debido a su estado psico-patológico) se incorpora solo, produciéndose una caída. Tras el incidente, enfermería valora que no tiene lesiones aparentes ni dolor, y se avisa a su psiquiatra de referencia para que lo valore. En un principio, no ve necesario pruebas complementarias. A media mañana, vino fisioterapia para hacer rehabilitación con el paciente, sin quejas de dolor por parte del paciente. A eso del mediodía, el paciente comienza a quejarse de dolor, sobre todo a la palpación

sobre la zona afectada, por lo que se le comunica nuevamente a su psiquiatra, quien hace hoja de consulta a traumatología y solicita una radiografía. Al ser valorada esta por el traumatólogo, indica que tiene fractura pertrocantérea, y que precisa de intervención quirúrgica.

La auxiliar entra en la habitación del paciente y se lo encuentra sentado en el suelo del wc. Se había levantado con las barandillas de la cama subidas y estaba desorientado. Me lo notifica y se le acuesta en cama. Se informa del incidente al médico, que lo valora. No se observan lesiones aparentes ni el paciente verbaliza dolor. El médico indica conducta expectante y contención abdominal si vuelve a levantarse.

Llaman al timbre y es el paciente que dice que se ha caído de la cama. Está sentado en el suelo agarrado a las barras. Estaba acompañado del hijo, que ha salido de la habitación un momento al ver que estaba dormido. Se ha despertado desorientado, pensando que estaba en la autopista y se le ha estropeado la camioneta. Se bajaba de la cama "camioneta" para arreglarla.

Paciente con secuelas neurológicas se intenta levantar de la silla de ruedas y resbala, porque según rehabilitadora no tiene control sobre sus extremidades inferiores. No presenta lesiones aparentes.

Caída desde la cama de un paciente de 82 años, ingresado por sospecha de hemorragia cerebral, que estaba solo en la habitación. No se hace daño.

Acudimos y vemos a la paciente de 79 años sentada en el suelo. la levantamos entre 4 personas con cuidado (ingreso caída con fractura de L2). Parece ser que estaba sentada en la cama y se ha ido resbalando. Nos queda la duda de que se haya dado un golpe en la cabeza, llamamos medico de guardia, solicita scanner craneal que es normal. La señora refiere que creía que estaba perdida en un bosque y estaba angustiada...

- Pérdida de equilibrio:

Paciente COVID positivo que está en su habitación sentada en la silla y tiene delante una mesa portátil con una bolsa de gusanitos. Se le cae la bolsa al suelo, aparta la mesa y se levanta para coger los gusanitos, pierde el equilibrio y se precipita al suelo.

A primer hora de la tarde nos encontramos al paciente que está en el suelo. Se trata de un paciente pendiente de resultados COVID. Estaba con la puerta cerrada, en ese momento un poco abierta. El

paciente había ingresado por problemas en la deambulaci3n. Un familiar de una habitaci3n lo ve en suelo y nos avisa. Entramos y lo colocamos en la cama. No presenta lesiones aparentemente.

La paciente se levanta sin el permiso de los TCAES, mientras ellos estaban ocupados ayudando a otros pacientes, sin el andador y al ir a sentarse ella sola en la silla, se cae de espaldas.

Mientras una auxiliar de enfermería estaba tomándole la temperatura al paciente de la cama contigua, el paciente en cuesti3n ha ido a levantarse del sill3n para ir al baño, ya que es aut3nomo y le ha fallado la rodilla izquierda cayendo al suelo. Inmediatamente la compañera auxiliar lo ha socorrido y levantado del suelo.

Despu3s de ser atendida por la enfermera en el sal3n de la unidad, da un paso hacia atrás y se cae. Imposibilidad de frenar la caída.

- **Multifactorial:**

Poco despu3s de medianoche se produjo la caída de un paciente que est3 en una habitaci3n individual y tiene nutrici3n parenteral. Debido al estado de debilidad del paciente, se le dice que si va al baño toque el timbre, para acompañarlo al baño, siendo un paciente con barrera idiomática. El paciente toc3 el timbre, y lo encontraron boca abajo en la cama, y sangrando por la herida en la cabeza.

Estando en el pasillo repartiendo la medicaci3n escucho decir «estoy en el suelo, me he caído» al llegar a la habitaci3n me encuentro al paciente boca abajo intentando levantarse. Se avisa al personal de la planta para ayudar a levantar al paciente que refiere que ha intentado levantarse solo ya que esta mañana le han dicho los m3dicos que se debe levantar.

El paciente se ha caído de la cama cuando estaba solo en la habitaci3n a pesar de tener puesta la alarma de salida de cama. Tanto la auxiliar como yo (enfermera) est3bamos en el box de al lado y no se ha oído la alarma. Hemos oído el golpe y acto seguido le hemos levantado.

- **Resbal3n:**

A primera hora de la mañana se oyen gritos y nos encontramos a la paciente en el suelo del baño. Est3 consciente y orientada. La paciente relata que se ha levantado al baño a hacer pis y se ha resbalado, apoyándose sobre la puerta de la mampara de la ducha. Se ha caído de frente y presenta lesi3n importante en la nariz con

abundante sangrado. Se queja de dolor en hombro derecho y rodilla izquierda pero puede caminar.

Paciente que en la noche se levanta, sin avisar, al WC y resbala en la habitación.

El acompañante del paciente ha llamado al timbre para avisar que su compañero se había caído en el baño. Cuando hemos llegado nos hemos encontrado al paciente en el suelo, con el suelo empapado y resbaladizo. Refiere que ha ido a ducharse y que al salir se ha resbalado en las baldosas, ya que tiene marcha inestable y estaba sin zapatillas. Le hemos ayudado a levantarse con nuestra ayuda y hemos llamado a los médicos.

El paciente, al ir a levantarse de la cama para ir al baño, patina deslizándose hasta el suelo.

El paciente se había duchado y la ducha había mojado la zona del escalón y el suelo del wc. Al salir el paciente de la ducha y bajar el escalón se resbaló con el agua que había en el suelo y se cae golpeándose en el antebrazo izquierdo y en la cadera izquierda.

El paciente se mete a la ducha. Bajo vigilancia de personal, se le ayuda a salir de la ducha que se encontraba mojada y se pone una toalla en el suelo para evitar la caída y se le sujeta del brazo. Sin poder evitarlo, el paciente se resbala y se cae golpeándose la zona sacroglútea, y la cabeza contra la puerta. Se le ayuda a levantar. Refiere que le duele la cadera, cabeza y el brazo izquierdo. No observamos heridas ni hematomas.

- **Barandillas de la cama:**

Sobre las 6 de la mañana suena el timbre de la habitación X (ha sido tocado por el compañero de habitación del paciente que se ha caído) y al acudir encontramos al paciente que ha sufrido la caída boca arriba en el suelo. La cama no estaba muy alta y las barandillas estaban correctamente puestas. El compañero nos comunica que el paciente que ha sufrido la caída ha salido de la cama por la parte de los pies.

Entre las 8 y 8,30h la cuidadora del paciente baja a la puerta principal para dar el cambio a su compañera, dejándole solo unos minutos. Se intenta levantar pasando por encima de las barras de seguridad. Cuando llega su cuidadora se lo encuentra en el suelo.

Paciente que al intentar levantarse de la cama por sí sola con barras levantadas y cama baja, se cae de la cama. Caída no presenciada por personal. Nos la encontramos en el suelo boca abajo, con manos

apoyadas al suelo. Como consecuencia a la caída sufre golpe a nivel frontal (hematoma) y pequeña herida incisa en pierna derecha.

- Entorno:

La paciente, la cual utiliza andador, se levanta y se cae al suelo al ir a sentarse a otra silla. Se da un golpe en la cabeza con una mesa que hay justo al lado. No se hace nada. No dolor. Exploración ok. Constantes estables.

Caída accidental en la habitación mientras camina con el andador. Sin consecuencias.

El paciente se ha tropezado con los cables del mando de la cama.

Paciente que intenta coger timbre que se le ha caído, siendo un paciente intervenido de una amputación supracondílea, se termina deslizando al suelo. Caída simple, no refiere daños ni muestra heridas.

Tras explorar a la paciente, sin haber más personal que el médico residente de ginecología y el de familia, y en espera de mi llegada a la sala de exploraciones, la paciente se levantó de la mesa de exploraciones, resbaló desde el escabel que se utiliza para que accedan a la misma, y se golpeó en la cabeza, produciéndose un hematoma subcutáneo occipital, sin otras consecuencias.

Paciente que acude a rehabilitación neurológica tras haber sufrido ictus hemorrágico. Trabajando el equilibrio y la marcha por diferentes entornos, se le propone subir y bajar de una banqueta. Tras varias repeticiones, en una de ellas la banqueta vuelca por su propio peso y la paciente cae de espaldas hacia atrás, golpeándose la cabeza con el suelo.

La paciente entraba en el hospital para acudir a tratamiento de fisioterapia caminando con bastón. Al pasar por la puerta de entrada, la puerta se cerró golpeándola fuertemente, tirándola al suelo y golpeándose con la cara en el suelo.

Paciente gestante se ha tropezado (se ha hecho un esguince, ha sido valorada en urgencias generales) con último escalón de escaleras al bajar por ellas. El último escalón del tramo de escaleras tiene más altura que los demás escalones y al bajar da problemas, no es un caso aislado.

Al subirse la paciente a la camilla esta se inclinó y casi se cae.

- Otros:

Caída accidental de grúa al acostar un paciente.

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 14, la implantación del SiNASP en atención primaria es muy lenta y parece ir en descenso. Aunque a finales de 2020 había 616 centros de atención primaria dados de alta en el sistema, la mayoría no lo utiliza, y apenas el 17% ha realizado notificaciones. De hecho, en 2020 se han recibido notificaciones de 104 centros de atención primaria, una cifra notablemente inferior a la del año anterior.

Tabla 14. Centros de atención primaria dados de alta en el SiNASP a 31 de diciembre de 2020 y los que han usado SiNASP en 2020

CC.AA.	Comienzo de la implantación	Centros de AP*	Centros AP que usan SiNASP** en 2020	Centros AP que usan SiNASP en 2019
Aragón	Octubre 2014	8a	1	4
Canarias	Noviembre 2014	45	1	2
Cantabria	Septiembre 2014	44	15	22
Castilla-La Mancha	Diciembre 2013	138	7	7
Extremadura	Octubre 2016	122	6	7
Galicia	Diciembre 2013	65	37	44
INGESA	Diciembre 2019	4	0	0
La Rioja	Diciembre 2016	1	0	0
Murcia	Diciembre 2013	78	6	9
Navarra	Octubre 2014	71	23	36
Asturias	Noviembre 2014	40	8	12
TOTAL		616	104	143

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

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

^a Aragón reagrupó sus centros de primaria a principios de 2020, por lo que no pueden compararse las cifras con 2019.

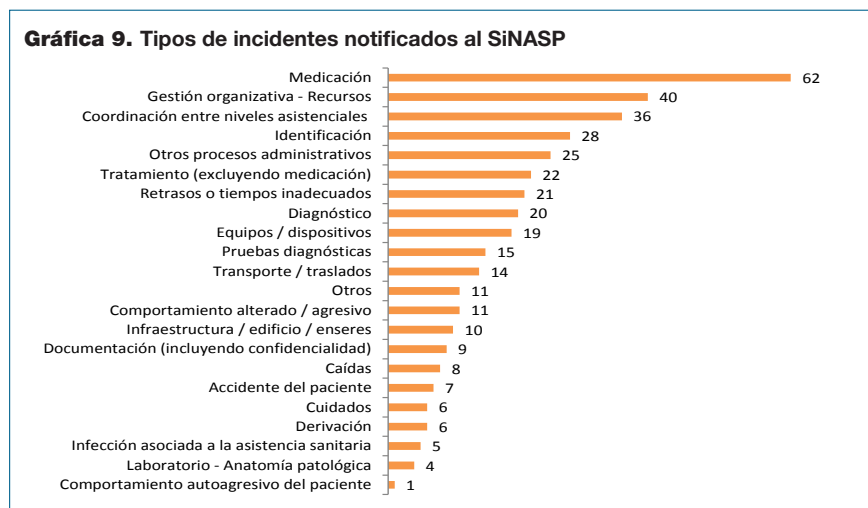
Análisis global de los incidentes notificados

Tipo de incidente

En la gráfica 9 se muestran los incidentes notificados según la clasificación por tipo de incidente. Es importante tener en cuenta que un mismo incidente puede categorizarse en más de un tipo, porque puede afectar a varios temas. Además, se trata de un campo voluntario, por lo que no todos los incidentes necesariamente se categorizan.

Las dos categorías principales de incidentes notificados en atención primaria son *medicación* (62 incidentes, 26%) e incidentes relacionados con la *gestión organizativa/recursos* (40 incidentes, 16,7%). En ambos casos sube más de dos puntos el porcentaje de incidentes notificados con respecto a 2019 (gráfica 10), manteniéndose la tendencia creciente de los últimos años. En tercer lugar, se han notificado incidentes relacionados con la *coordinación entre niveles asistenciales* (36 incidentes, 15,1%), cuyo incremento porcentual destaca muy por encima del resto.

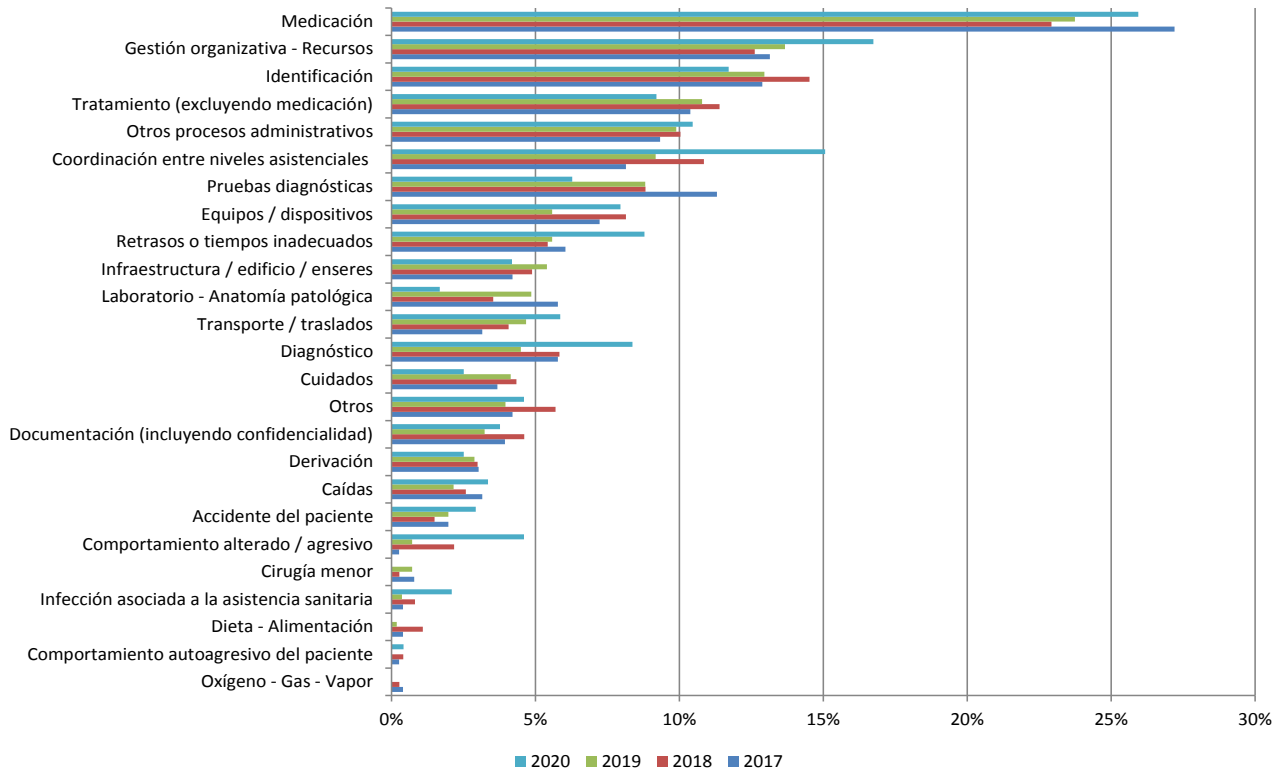
No se ha notificado ningún incidente de tres categorías: *oxígeno-gas-vapor*, *dieta-alimentación* y *cirugía menor*.



Otras categorías cuyo porcentaje de notificación destaca sobre años anteriores son *retrasos o tiempos inadecuados* y *diagnóstico*. En cambio, sigue disminuyendo el porcentaje de incidentes relacionados con la *identificación* y el *tratamiento (excluyendo medicación)*.

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

Gráfica 10. Comparativa de incidentes notificados al SiNASP desde 2017



Lugar en que ocurrió el incidente

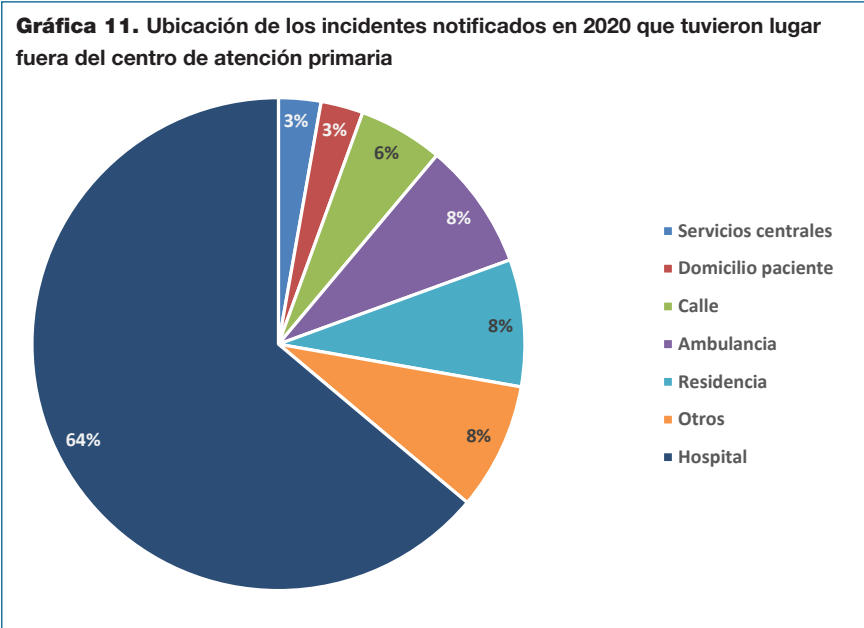
Con respecto a 2019 disminuye el porcentaje de incidentes generados en la consulta (tabla 15), y aumenta el porcentaje de incidentes notificados que tuvieron lugar en una organización o lugar distinto al centro de atención primaria. De ellos (gráfica 11), el 64% tuvo lugar en el hospital, en gran medida 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. El mayor incremento en porcentaje se produce en las notificaciones de incidentes producidos en el área de atención continuada-urgencias-SUAP (12,13% frente a 7,73% en 2019) y también es notable el incremento de las notificaciones de incidentes relacionados con la atención telefónica (5,86% frente a 2,52% en 2019).

Tabla 15. Incidentes notificados según el área en que se produjo el incidente desde 2017

INCIDENTES	2020		2019		2018		2017	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Consultas/consultorio	124	51,88%	296	53,24%	347	47,08%	389	51,12%
En una organización/lugar distinto al centro de Atención Primaria	40	16,74%	84	15,11%	143	19,40%	121	15,90%
Área de atención continuada-urgencias-SUAP	29	12,13%	43	7,73%	89	12,08%	64	8,41%
Teléfono	14	5,86%	14	2,52%	4	0,54%	10	1,31%
Laboratorio	11	4,60%	52	9,35%	55	7,46%	82	10,78%
Sala de espera	9	3,77%	9	1,62%	7	0,95%	10	1,31%
Otras áreas del centro de Atención Primaria (escaleras, entrada...)	7	2,93%	21	3,78%	39	5,29%	30	3,94%
Área de administración/información	3	1,26%	22	3,96%	27	3,66%	30	3,94%
Servicios de apoyo	1	0,42%	5	0,90%	5	0,68%	6	0,79%
Lugar desconocido	1	0,42%	4	0,72%	9	1,22%	8	1,05%
Radiología	0	0,00%	6	1,08%	12	1,63%	11	1,45%

Algunos de los cambios en la ubicación de los incidentes notificados probablemente estén relacionados con las modificaciones que se han producido en el modo de proporcionar la asistencia en el ámbito de la atención primaria durante la pandemia de COVID-19.

No obstante, hay que seguir insistiendo en que el número de notificaciones ha sido bajo y, por tanto, puede resultar aventurado interpretar las tendencias.



Profesión del notificante

En 2020 más de la mitad de las notificaciones han sido realizadas por médicos, lo que supone un incremento importante en porcentaje con respecto a los años anteriores, en que la tendencia era decreciente (Tabla 16). Disminuye notablemente en cambio el porcentaje de notificaciones realizadas por enfermeras y también, aunque en menor medida, por farmacéuticos.

Tabla 16. Incidentes notificados según la profesión del notificante desde 2017

Profesión del notificante	2020		2019		2018		2017	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico	138	57,74%	249	44,78%	335	45,45%	358	47,04%
Enfermera	65	27,20%	201	36,15%	288	39,08%	257	33,77%
Farmacéutico	23	9,62%	69	12,41%	65	8,82%	106	13,93%
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)	6	2,51%	10	1,80%	5	0,68%	10	1,31%
Otros	5	2,09%	11	1,98%	22	2,99%	19	2,50%
Fisioterapeuta	1	0,42%	2	0,36%	4	0,54%	4	0,53%
Otros licenciados/grados sanitarios	1	0,42%	0	0,00%	3	0,41%	0	0,00%
Técnico auxiliar de enfermería	0	0,00%	8	1,44%	4	0,54%	2	0,26%
Otros profesionales sanitarios	0	0,00%	3	0,54%	3	0,41%	4	0,53%
Técnico en Farmacia	0	0,00%	2	0,36%		0,00%	1	0,13%
Otros técnicos de grado superior y medio	0	0,00%	1	0,18%	5	0,68%		0,00%
Técnico en Laboratorio de diagnóstico clínico	0	0,00%	0	0,00%	2	0,27%	0	0,00%
Estudiantes/Personal en prácticas	0	0,00%	0	0,00%	1	0,14%	0	0,00%

Consecuencia de los incidentes en los pacientes

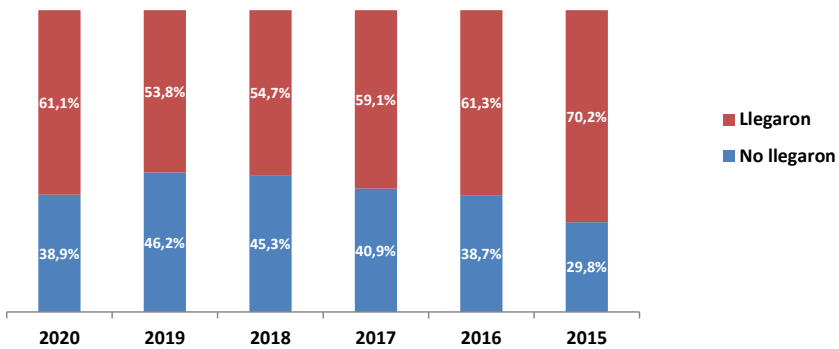
A diferencia de lo que sucede en hospitales, en atención primaria se notifican más los incidentes de seguridad que han llegado al paciente (tabla 17 y gráfica 12).

Tabla 17. Incidentes notificados según las consecuencias en los pacientes desde 2017

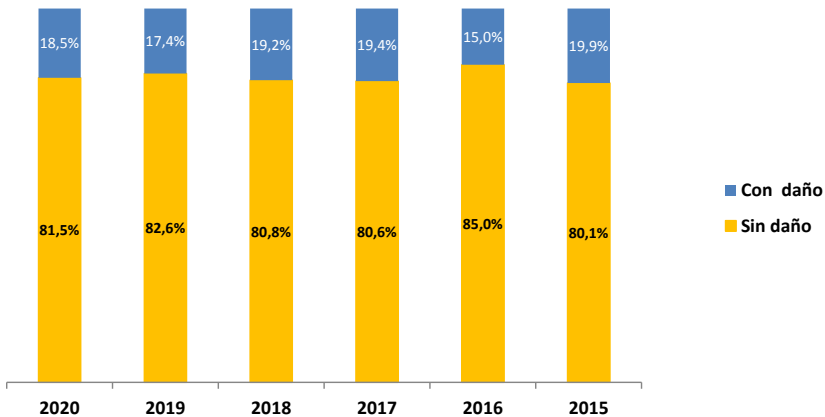
INCIDENTES	2020		2019		2018		2017	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	58	24,27%	184	33,09%	221	29,99%	193	25,36%
Incidente que no llegó al paciente	35	14,64%	73	13,13%	113	15,33%	118	15,51%
Incidente que llegó al paciente	146	61,09%	299	53,78%	403	54,68%	450	59,13%
El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	61	25,52%	114	20,50%	162	21,98%	153	20,11%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	58	24,27%	133	23,92%	163	22,12%	209	27,46%
Daño moderado: daño temporal menor y/o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o conflicto con el paciente.	23	9,62%	39	7,01%	54	7,33%	63	8,28%
Daño importante: daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario	4	1,67%	9	1,62%	21	2,85%	19	2,50%
Catastrófico: muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente	0	0,00%	4	0,72%	2	0,27%	5	0,66%

Aunque en los últimos años parecía que la tendencia en la notificación era descendente y estaba por debajo del 60% de los incidentes notificados, en 2020 ha vuelto a superar este umbral.

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



De los incidentes que llegan al paciente, más del 80% no le producen daño (gráfica 13). Esta proporción se mantiene bastante estable a lo largo de los años.

En la tabla 17 podemos ver además que en 2020 ha disminuido la notificación de situaciones con capacidad de causar un incidente, invirtiendo la tendencia creciente de los últimos años (24% frente al 33% en 2019).

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 18.

Tabla 18. Cálculo del riesgo asociado a un incidente en atención primaria (SAC)

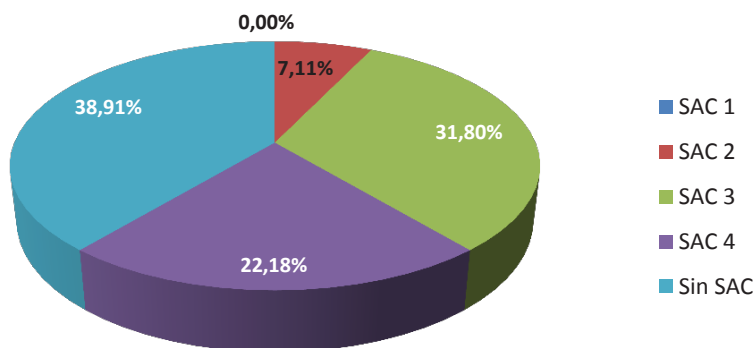
	Frecuente	Probable	Ocasional	Poco frecuente	Muy infrecuente
Muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente	Extremo	Extremo	Extremo	Extremo	Alto
Daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
Daño temporal menor 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».

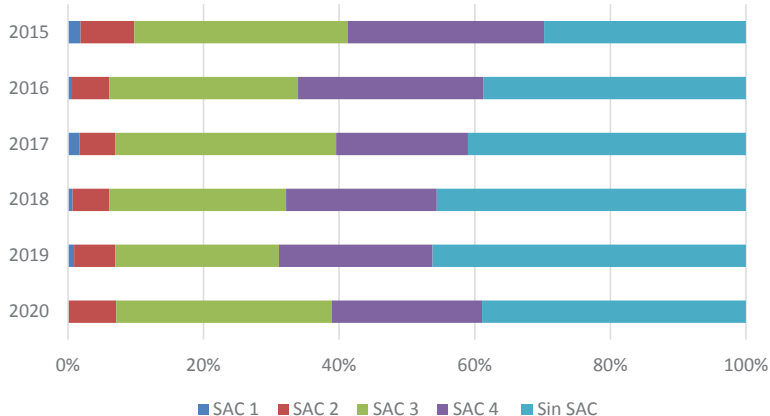
El riesgo asociado a los incidentes notificados al SiNASP en atención primaria queda reflejado en la gráfica 14.

Gráfica 14. Incidentes notificados al SiNASP en 2020 según nivel de riesgo



Aunque en 2020 no se ha notificado ningún incidente con un nivel de riesgo SAC 1, el 7,11% de los incidentes han supuesto un riesgo elevado para el paciente, manteniendo un porcentaje similar o ligeramente superior al de años anteriores (gráfica 15). Además ha aumentado notablemente el porcentaje de incidentes SAC 3, mientras que ha disminuido el porcentaje de incidentes sin SAC, por lo que se puede concluir que se han notificado incidentes con un mayor nivel de riesgo que en años anteriores.

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 19.

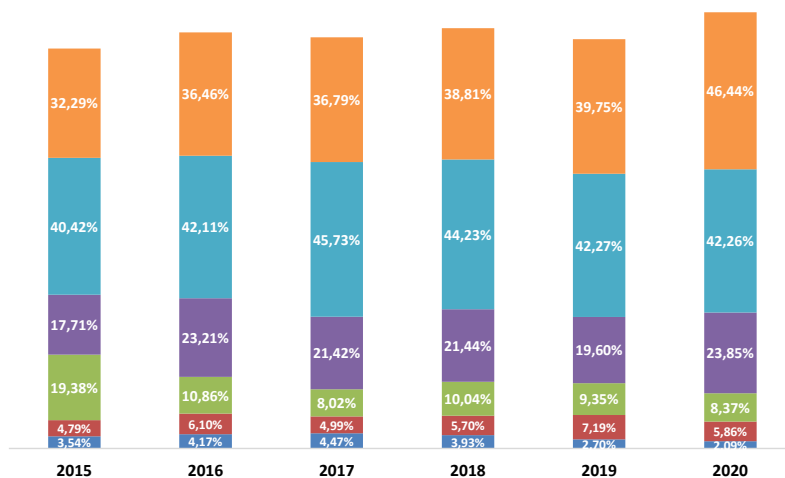
Al igual que sucedía en hospitales, también en atención primaria en 2020 los profesionales señalan por primera vez a los factores de la organización como grupo principal de factores contribuyentes a los incidentes de seguridad (tabla 19 y gráfica 16). A nivel de categoría individual el factor más importante sigue siendo la *falta o inadecuación de las normas/procedimientos/protocolos de trabajo* –cuya atribución a los incidentes además sigue aumentando–, seguido de la *cultura de la organización* –que crece 14 puntos con respecto al año anterior– y los factores relacionados con el *entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento* (gráfica 17). El factor *problemas en el trabajo en equipo*, aunque se le atribuye menos importancia, también experimenta un fuerte aumento, en torno a seis puntos en comparación con 2019. Entre los factores profesionales, el más importante sigue siendo el relacionado con la *formación/conocimiento/competencia*. En general su atribución se mantiene o disminuye ligeramente con respecto a 2019.

Tabla 19. Incidentes notificados al SiNASP en 2020 según los factores contribuyentes

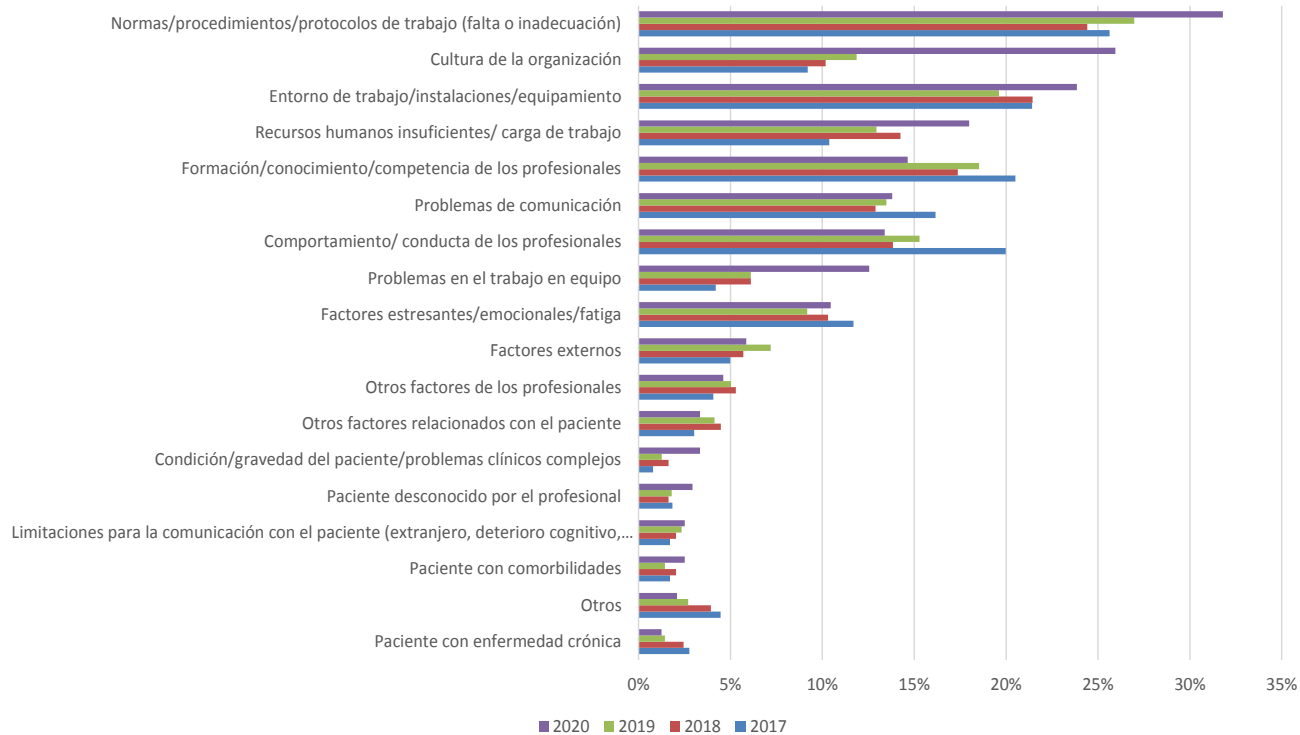
Factores contribuyentes	N	%
Factores de la organización	111	46,44%
Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	76	31,80%
Cultura de la organización	62	25,94%
Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo	43	17,99%
Problemas en el trabajo en equipo	30	12,55%
Factores profesionales	101	42,26%
Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	35	14,64%
Problemas de comunicación	33	13,81%
Comportamiento/conducta de los profesionales	32	13,39%
Factores estresantes/emocionales/fatiga	25	10,46%
Otros factores de los profesionales	11	4,60%
Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento	57	23,85%
Factores relacionados con el paciente	20	8,37%
Otros factores relacionados con el paciente	8	3,35%
Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	8	3,35%
Paciente desconocido por el profesional	7	2,93%
Paciente con comorbilidades	6	2,51%
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	6	2,51%
Paciente con enfermedad crónica	3	1,26%
Factores externos	14	5,86%
Otros	5	2,09%

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

Gráfica 16. Porcentaje de incidentes notificados al SiNASP desde 2015, según los grandes grupos de factores contribuyentes



Gráfica 17. Incidentes notificados al SiNASP desde 2017 según los factores contribuyentes



Incidentes clasificados como SAC 2

Entre las notificaciones cerradas a 30 de junio de 2020 no figura ningún incidente clasificado como SAC 1 y tampoco ningún SAC 2 con consecuencia de daño catastrófico.

De los 17 incidentes clasificados como SAC 2 solo dos de ellos causaron un daño importante (daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso hospitalario).

Ambas notificaciones fueron realizadas por médicos.

Según los notificantes, ninguno de los incidentes se produjo en consulta. Uno tuvo su origen en el hospital y el otro en el punto de atención continuada.

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

1. Incidentes relacionados con la medicación: 1

Paciente fue dado de alta con destino a su residencia sociosanitaria tras un ingreso prolongado por un cuadro epiléptico de difícil control. Al alta no se le proporcionó la medicación pautaada y alguno de los productos eran difíciles de conseguir en la farmacia comunitaria en el mismo día por lo que no recibió la dosis de ese día por la noche ni la del día siguiente por la mañana lo que produjo la reaparición de los síntomas al día siguiente y un nuevo ingreso hospitalario.

Seguramente se habría evitado si la farmacia del hospital hubiera proporcionado los medicamentos para las primeras dosis. Particularmente teniendo en cuenta que al tratarse de un paciente que vive en una residencia probablemente dependa de una única farmacia para conseguir la medicación. Debería formar parte de la planificación del alta asegurarse de la continuidad del tratamiento en estos casos.

2. Incidentes relacionados con retraso diagnóstico: 1

Paciente anciano que sufre caída en domicilio y un familiar que no vive con él lo lleva al punto de atención continuada. Allí lo valoran y deciden de acuerdo con el familiar no derivarlo a urgencias para valoración radiológica por el riesgo de COVID. Unos días después hay una consulta telefónica por dolor a su médico de familia quien, al ver que en el PAC se le hizo una valoración, asume que no hay fractura y prescribe analgesia. Al cabo de un mes llama el familiar

porque ha ido a verle y no camina. Su médico le realiza una valoración a domicilio y le deriva a urgencias con la sospecha de fractura de cadera, que allí se confirma.

Aunque no hay suficiente información, cabe sospechar que la valoración en el PAC no fuera adecuada. Por otro lado, la consulta telefónica por dolor y el hecho de que en el sistema figurara que en el PAC se había valorado al paciente también contribuyó a que el médico de familia no sospechara inicialmente de la fractura.

Indicadores de gestión del SiNASP

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

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

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

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

	Hospital				Atención Primaria			
	2020	2019	2018	2017	2020	2019	2018	2017
Volumen de notificaciones								
nº notificaciones recibidas*	4.143	5.222	4.911	4.655	333	670	821	800
Características de las notificaciones								
% SAC 1 y SAC 2 respecto al total	6,9	8,3	8,7	9,8	8,1	7,6	7,2	7
% notificantes identificados	63,9	62,9	65,5	60,3	74,8	69,9	67	67,9
Gestión de las notificaciones								
Tiempo medio asignación (días)	25,6	21,3	23,8	17,2	30,9	35,6	15,9	15,6
Tiempo medio gestión notif. (días)	109,3	68,1	75,6	54,5	71,6	64,6	53,5	37,5
% de notificaciones > 1 mes no gestionadas	8,7	8,9	9,6	5,3	27,6	17	9,3	4,9
% notif. cerradas con acciones	82,2	86,4	89,1	85,5	69,8	78,3	83,8	84,5
Análisis de las notificaciones								
% notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR	17,9	16,1	22,9	23,5	14,3	12,5	14,8	12
% notificaciones con indicación de ACR	4,6	4,6	6,2	5,2	2,4	2	6,9	2,1
Mecanismos de feedback								
% correos enviados a notificantes identificados	74,7	79,8	82,9	79,1	47,1	64	73,1	63,1

* El número de notificaciones recibidas es el total, incluidas las que todavía no se habían terminado de gestionar a 30 de junio de 2021 y, por lo tanto, no han sido incluidas en el análisis de este informe.

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

Tabla 21. Indicadores de gestión del SiNASP en hospitales en 2020 desagregado por CC.AA.														
CC.AA.:		Castilla-La Mancha	Galicia	Murcia	Cantabria	Canarias	Aragón	Navarra	Extremadura	INGESA	Principado de Asturias	La Rioja	Total	
Volumen de notificaciones														
1	nº notificaciones recibidas	191	1632	394	126	356	467	550	112	25	284	6	4143	
Características de las notificaciones														
2	% SAC 1 y SAC 2 respecto al total	8,4	4,9	10,7	7,9	9	6,6	7,5	8,9	4	8,5	0	6,9	
3	% notificantes identificados	68,6	55,9	63,2	65,9	63,5	80,9	66,4	75,9	64	68,7	100	63,9	
Gestión de las notificaciones														
4	Tiempo medio asignación (días)	77,4	9	37,9	25,2	69,6	15,3	25,7	28,3	21,3	46,1	165	25,6	
5	Tiempo medio gestión notif. (días)	203,8	38,5	91,3	124,1	117	207,2	187,1	107,8	80,4	134,9	363	109,3	
6	% de notificaciones > 1 mes no gestionadas	57,1	2,1	6,9	41,3	9	4,1	2,4	6,3	80	14,1	100	8,7	
7	% notif. cerradas con acciones	92,6	86,1	83,9	79,6	92,4	84	64,3	76,1	100	78,8	100	82,2	
Análisis de las notificaciones														
8	% notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR	10	18,9	37,3	0	7,1	8,5	6,1	26,7	0	26,1	0	17,9	
9	% notificaciones con indicación de ACR	11,1	2,9	7,8	1,9	0,8	9,6	1,6	8,5	0	7,3	33,3	4,6	
Mecanismos de feedback														
10	% email enviados a notificantes identificados	50,6	78,9	84,1	77,1	27,1	85,8	78,2	87,3	0	73,4	0	74,7	

Tabla 22. Indicadores de gestión del SiNASP en atención primaria en 2020 desagregado por CC.AA.

CC.AA.		Castilla-La Mancha	Galicia	Murcia	Cantabria	Canarias	Aragón	Navarra	Extremadura	INGESA	Principado de Asturias	La Rioja	Total
Volumen de notificaciones													
1	nº notificaciones recibidas	13	176	8	23	17	8	55	7	0	26	0	333
Características de las notificaciones													
2	% SAC 1 y SAC 2 respecto al total	15,4	6,3	12,5	8,7	23,5	12,5	7,3	0	-	7,7	-	8,1
3	% notificantes identificados	84,6	70,5	100	65,2	82,4	100	70,9	100	-	88,5	-	74,8
Gestión de las notificaciones													
4	Tiempo medio asignación (días)	17,7	35,2	1,7	33,9	0	0,3	28,1	74,6	-	9,3	-	30,9
5	Tiempo medio gestión notif. (días)	206	61,5	102,2	218	0	0,3	43,2	117,3	-	91,2	-	71,6
6	% de notificaciones > 1 mes no gestionadas	38,5	5,1	50	13	100	0	81,8	14,3	-	30,8	-	27,6
7	% notif. cerradas con acciones	73,3	65,4	60	0	0	100	100	75	-	83,3	-	69,8
Análisis de las notificaciones													
8	% notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR	0	22,2	0	0	0	0	0	0	-	0	-	14,3
9	% notificaciones con indicación de ACR	6,7	2,1	0	0	0	0	0	0	-	5,6	-	2,4
Mecanismos de feedback													
10	% email enviados a notificantes identificados	92,3	35,6	100	0	0	100	55,6	50	-	64,3	-	47,1

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 tanto en hospitales como en atención primaria ha disminuido notablemente. En junio de 2021 todavía estaban pendientes de gestionar el 10,9% de las notificaciones de hospital (en 2019 fueron el 8,9%) y el 28% de las de atención primaria (el 17% en 2019). Una conclusión preocupante de estas cifras es la cada vez más escasa implantación y funcionamiento del SiNASP en atención primaria y el descenso de la actividad de notificación en los hospitales. Si bien puede atribuirse en parte a la pandemia, que ha priorizado otros aspectos de la atención, parece evidente que es necesario revitalizar la cultura de notificación en los centros sanitarios, que va íntimamente unida a la cultura de seguridad del paciente.
- El tiempo medio de asignación de notificaciones sigue aumentando en los hospitales (25,6 días frente a 21,3 en 2019), y aunque ha disminuido en atención primaria (30,9 días frente a 35,6 en 2019) sigue siendo muy elevado. Aunque existen diferencias entre CC.AA., en todos los casos es superior a lo deseable. Convendría revisar qué centros tienen problemas para realizar esta tarea y plantear posibles soluciones (tiempo, formación...). Este indicador solo se calcula en aquellos centros que tienen más de un gestor y en los que el gestor principal debe determinar a quién se asigna la gestión de cada notificación.
- El tiempo medio de gestión es elevadísimo en hospitales y sigue aumentando en primaria: 109,3 días en hospitales (frente a 68,1 días en 2019) y 71,6 días en primaria (frente a 64,6 en 2019). En ninguna comunidad autónoma es inferior a un mes en el caso de hospitales, y en algunos casos las cifras están por encima de 200. 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. No obstante, cifras por encima de 200 apuntan a un deficiente funcionamiento del sistema de gestión.

- El porcentaje de notificaciones que pasan más de un mes sin ser gestionadas mantiene similar en hospitales (8,7% frente a 8,9% en 2019), pero sigue aumentando de manera notable en atención primaria (27,6% frente a 17% en 2019). Las cifras varían bastante entre CC.AA. y solo cuatro comunidades están por encima del 15% en el caso de hospitales, mientras que en primaria en cambio solo tres están por debajo del 15%. 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 (82,2% frente al 86,4% de 2019) como en atención primaria (69,8% frente al 78,3% de 2019) en primaria. Esta cifra debería ser prácticamente del 100%, por lo que sería conveniente clarificar este tema con los gestores locales.
- El 6,9% de las notificaciones de hospital son SAC 1 o SAC 2 (casi 1,5 puntos menos que en años anteriores), y el 17,9% 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. Lo que es evidente, como se ha descrito también en el informe, es que cada vez se notifican menos incidentes graves y convendría analizar por qué.
- Sigue disminuyendo 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 (74,7%) que en atención primaria (47,1%). La cifra de hospitales fundamentalmente ha bajado por dos CC.AA. que tienen porcentajes notablemente por debajo de la media. En el caso de la atención primaria, hay tres CC.AA. en las que el porcentaje es óptimo. Esta es una acción muy sencilla que favorece la notificación, por lo que es muy importante concienciar a los gestores locales de que la realicen. Pero solo puede realizarse si no transcurre mucho tiempo desde la recepción de la notificación, por lo que es importante que la gestión se realice lo antes posible.
- El porcentaje de notificantes que se identifican ha aumentado tanto en hospitales como en primaria. El porcentaje de notificantes que se identifican sigue siendo mayor en atención primaria (74,8% frente a 63,9%).

Notificaciones realizadas en el Sistema Nacional de Salud durante 2020

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

Tabla 23. Incidentes notificados en el SNS durante 2020

CC.AA.	Total	Atención especializada		Atención primaria		Incidentes sin daño		Incidentes con daño		Medicamentos		Rad. ionizantes	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía*	8.271	7.652	92,5	619	7,5	5.710	69	2.183	26,4	1.261	15,2	76	1
Aragón	455 (475)	447 (467)	98,2	8 (8)	1,8	388	85,3	67	14,7	90	19,8	4	0,9
Asturias	253 (310)	237 (284)	93,7	16 (26)	6,3	220	86,9	33	3,1	43	17	1	0,4
Baleares	1.397	1.311	93,8	86	6,2	1.065	76,2	157	11,2	382	27,3	3	0,2
Canarias	324 (373)	324 (356)	100	0 (17)	-	285	88	39	12	26	8	0	-
Cantabria	71 (149)	51 (126)	71,8	20 (23)	28,2	59	83,1	12	16,9	7	9,8	0	-
Castilla-La Mancha	63 (204)	55 (191)	87,3	8 (13)	12,7	54	85,7	9	14,3	20	31,7	0	-
Castilla y León**	1.039	986	94,9	53	5,1	1.039	100	-	-	233	22,4	-	-
Cataluña	13.062	10.615	81,3	2.447	18,7	8.640	66,1	4.346	33,3	2.551	19,5	-	-
Com. Valenciana***	6.047	5539	91,6	457	7,6	4271	70,6	1776	29,4	687	11,4	-	-
Extremadura	95 (119)	89 (112)	93,7	6 (7)	6,3	81	85,3	14	14,7	9	9,5	0	-
Galicia	1.762 (1.808)	1.595 (1.632)	90,5	167 (176)	9,5	1.621	92	141	8	262	14,9	11	0,6
INGESA	5(25)	5 (25)	100	0 (0)	-	5	100	0	-	1	20	0	-
La Rioja	0 (6)	-	0 (6)	-	0 (0)	-	-	-	-	-	-	-	-
Madrid**	9.255	7.806	84	1.449	16	9.255	100	-	-	2.712	29	-	-
Murcia	366 (402)	362 (394)	98,9	4 (8)	1,1	302	82,5	64	17,5	40	10,9	0	-
Navarra	538 (605)	528 (550)	98,1	10 (55)	1,9	472	87,7	66	12,3	86	16	3	0,6
País Vasco**	4.509	3.708	82,2	801	17,8	4.509	100	-	-	588	13	-	-

* Incluye notificaciones en el sistema autonómico y en 8 centros con sistema propio. Hay un centro con sistema de notificación propio (con 378 incidentes) que no ha proporcionado información sobre el daño de los incidentes. Para recoger los incidentes relacionados con radiaciones ionizantes se ha realizado una revisión de todos los incidentes notificados en 2020 que contenían las palabras Radiología, Radiación, Rayos X, Radiactividad, Nuclear y/o Radioterapia.

** Solo se recogen notificaciones sin daño.

*** 966 casos sin especificar nivel asistencial. De las notificaciones relacionadas con medicamentos, 237 son RAM.

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

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 informe de 2019 se plantearon una serie de recomendaciones a partir de una encuesta on-line que se realizó a los gestores. La pandemia probablemente ha impedido priorizar este tema por parte de los coordinadores autonómicos, pero teniendo en cuenta la disminución del número de notificaciones y la ralentización de las acciones de gestión que se han puesto de manifiesto al analizar los indicadores correspondientes, es evidente la necesidad de revitalizar la cultura de notificación en los centros sanitarios.

En este sentido, se consideran vigentes las recomendaciones incluidas en el informe de 2019:

- 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

Además deberían priorizarse las acciones de sensibilización y formación en los centros sanitarios dirigidas a todos los profesionales sobre la importancia de la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Recomendaciones relacionadas con los incidentes notificados al SiNASP

Las caídas son el tipo de incidente cuyo porcentaje de notificación más ha aumentado en 2020 en los hospitales. Teniendo en cuenta además que es uno de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente que se consideran clave a nivel internacional^{1,2}, parece necesario incluir algunas recomendaciones para su prevención.

Recomendaciones para la prevención de caídas del paciente en hospitales

Se considera que el 90% de las caídas que se producen en hospitales son prevenibles, tanto las que se producen de manera accidental (debidas a riesgos del entorno), como las generadas por problemas fisiológicos conocidos. Los factores que generan un riesgo de caídas en los pacientes son bien conocidos y se han desarrollado numerosos instrumentos de cribado para identificar a los pacientes proclives. Los factores de riesgo de caídas más frecuentes en los hospitales son: tener antecedentes de caídas; inestabilidad en la marcha; debilidad de las extremidades inferiores; incontinencia urinaria o frecuencia

¹ LeLaurin, JH and Shorr, RI. Preventing Falls in Hospitalized Patients: State of the Science. Clin. Geriatr. Med. 2019; 35(2):273-283

² Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 7th Edition. Oak Brook, Illinois: Joint Commission Resources, 2020

o necesidad de utilizar el retrete; agitación, confusión o deterioro en la capacidad de discernimiento; y los medicamentos, especialmente los hipnóticos sedantes. **La evaluación del riesgo de caída ayuda a identificar los factores de riesgo pero no previene las caídas.** La prevención de caídas requiere tres fases³:

- Realizar una evaluación completa del riesgo de caídas
- Elaborar un plan de prevención de caídas personalizado, individualizado, incluyendo la reevaluación del riesgo cuando hay cambios en la situación del paciente
- Implementar el plan de manera consistente y sistemática

Las caídas en el ámbito hospitalario son en gran medida consecuencia de problemas en la comunicación y de la falta de adaptación individual de los planes de cuidados. Las enfermeras habitualmente realizan una evaluación del riesgo de caídas en los pacientes ingresados, pero existe una gran variabilidad en lo referente al desarrollo de un plan de prevención de caídas personalizado y en cuanto a la comunicación de dicho plan a todos los miembros del equipo (incluido el paciente y su familia). Esta inconsistencia en la información sobre la situación individual de riesgo y en la manera de trasladar el plan personalizado a la cabecera del paciente suponen una barrera fundamental para la prevención de las caídas⁴.

En este sentido **se recomienda que los profesionales sanitarios se aseguren de compartir toda la información de interés con el siguiente responsable asistencial o equipo interprofesional.** Como mínimo, se debe comunicar lo siguiente⁵:

- Factores de riesgo/problemas de salud de la persona
- Historia de caídas
- Factores circunstanciales y ambientales que pueden aumentar temporalmente el riesgo de caídas (por ejemplo, gafas no disponibles en ese momento, administración reciente de sedantes, sondaje)
- Planes de cuidados para la disminución del riesgo
- Preferencias de la persona respecto a las intervenciones

³ Dykes, PC and Hurley, AC. Patient-centered fall prevention. *Nursing Management* 2021; 52(3):51-54

⁴ Dykes, PC et al. The Fall TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety) Program: *A Collaboration to End the Persistent Problem of Patient Falls*. *Nurse Leader* 2019; 17(4):365-370

⁵ Registered Nurses Association of Ontario (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario) (2017). *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas, 4ª edición. (Preventing Falls and Reducing Injury from Falls, Fourth Edition)*. Toronto, ON: Registered Nurses Association of Ontario,

Recomendaciones a partir de errores frecuentes en los programas de prevención³

1. Criterios para seleccionar la herramienta de evaluación:
 - Que tenga validez científica
 - Que incluya todos los factores más comunes de predicción de caídas
 - Que no incluya factores de riesgo no modificables
 - Que pueda completarse de manera rápida y precisa a pie de cama
 - Aunque la historia clínica electrónica facilite la cumplimentación automática de los factores de riesgo, siempre deben ser revisados y refinados por la enfermera a partir de su juicio clínico para elaborar el plan de cuidados personalizado con el paciente
2. No usar etiquetas de riesgo «alto», «medio», «bajo», pues esto da lugar a la utilización de planes de prevención genéricos que no protegen al paciente.
 - Las intervenciones deben ir dirigidas al factor/factores específicos de riesgo de cada paciente
 - La enfermera, el equipo de atención y el propio paciente, así como la familia en su caso, deben conocer los factores de riesgo del paciente y cómo evitar que provoquen una caída
3. Implicar al paciente en las tres fases del proceso de prevención de caídas:
 - La participación del paciente en la evaluación garantiza que conozca cuáles son sus riesgos y facilita que crea que pueden provocarle una caída a menos que siga el plan de prevención. Esto es particularmente importante en el caso de pacientes más jóvenes que no tienen estos riesgos en su vida cotidiana y pueden pensar que en el hospital tampoco.
 - La participación del paciente en la elaboración del plan de prevención facilita que entiendan lo que deberían hacer y lo que no, y colaboren con la enfermera y el resto del equipo de atención en que el plan se lleve a cabo de manera consistente.

Soportes y estructuras que se asocian a una implantación exitosa y a la sostenibilidad de las iniciativas de prevención de caídas

Los líderes de las organizaciones, en colaboración con los equipos, deben aplicar estrategias a partir de la ciencia de la implementación para lograr la aplicación satisfactoria o la sostenibilidad de las iniciativas para la prevención de las caídas o la disminución de las lesiones. Para ello, entre otros, deben identificarse los obstáculos y definirse medidas de apoyo y estructuras formalizadas dentro de la institución. A nivel hospitalario, la evidencia parece apoyar las siguientes estructuras y medidas de soporte⁵:

Tabla 24. Soportes y estructuras organizativas a las iniciativas de prevención de caídas	
Soporte/Estructura	
Liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de los líderes
Capacidad y colaboración del personal y cultura de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Formación/educación del personal, incluyendo la creación de una cultura de seguridad • Abordaje de actitudes negativas o escépticas sobre la prevención de caídas • Formación en toda la institución, incluyendo a todo el personal en la educación sobre prevención de caídas (personal de limpieza, celadores, terapeutas, nutricionistas...) • Relaciones colaborativas entre profesionales
Dotación de plantilla	<ul style="list-style-type: none"> • Dotación de plantilla adecuada • Personal dedicado y disponible para respaldar las intervenciones
Implicación del personal/enfoque de equipo	<ul style="list-style-type: none"> • Implicación del personal de primera línea en el diseño del programa • Implicación del personal clínico como «líderes del cambio» • Orientación o dirección del programa de prevención por parte de un comité multidisciplinar
Intercambio de información	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones piloto y mejora continua de la calidad (evaluación de la implementación y de la eficacia de las intervenciones)
Auditorías	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de criterios de auditoría para la prevención de caídas, con atención al entorno físico, la cultura del centro y los procesos asistenciales, y el uso de tecnología
Sistema gráfico	<ul style="list-style-type: none"> • Integración de intervenciones en la historia clínica electrónica
Control de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de las tecnologías de la información y los sistemas de gestión de datos para obtener datos sobre caídas

Precauciones universales frente a caídas^{5,6}

La precauciones universales frente a caídas aplican a todos los pacientes independientemente de su riesgo de caídas. Su objetivo es mantener el entorno del paciente seguro y cómodo. Algunos componentes frecuentes de estas actuaciones son los siguientes:

⁶ Ganz DA, Huang C, Saliba D, et al. Preventing falls in hospitals: a toolkit for improving quality of care. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; January 2013.

- 1. Generales:**
 - Familiarizar al paciente con el entorno
 - Indicar el uso del timbre de cama y que el paciente demuestre que lo sabe usar
 - Facilitar lo siguiente:
 - Barandillas fuertes en el aseo, en la habitación del paciente y en los pasillos
 - Iluminación adecuada (luz nocturna, luz adicional cuando sea necesario)
 - Áreas asistenciales despejadas (sin estorbos)
 - Todas las áreas sin peligro de tropiezos
 - Seguimiento de prácticas seguras de manejo del paciente

- 2. Cama/silla:**
 - Posición baja cuando el paciente esté descansando en la cama; elevar la cama a una altura cómoda cuando el paciente se traslada fuera de la cama
 - Frenos echados (cama o silla)
 - Objetos al alcance de la persona (efectos personales y timbre/luz)

- 3. Resbalones:**
 - Calzado antideslizante con buena sujeción y tacón bajo
 - Suelos limpios y secos
 - Rápida limpieza de líquidos derramados

Una herramienta de interés

El equipo de Patricia C. Dykes (Center for Patient Safety, Research and Practice, Brigham and Women's Hospital, Boston, Massachusetts, USA) lleva más de diez años trabajando en el desarrollo de un programa de prevención de caídas denominado FallTIPS, que parece estar teniendo buenos resultados⁷. En la web del proyecto están disponibles los recursos y la información para implementar el programa: <https://www.falltips.org/>

⁷ Dykes PC, Burns Z, Adelman J, et al. Evaluation of a Patient-Centered Fall-Prevention Tool Kit to Reduce Falls and Injuries: A Nonrandomized Controlled Trial. JAMA Netw Open. 2020;3(11):e2025889. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.25889.

Este es el informe agregado de los incidentes notificados al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) del año 2020. 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 2020.

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 119 hospitales dados de alta en el sistema, y recogiendo 3693 notificaciones procedentes de hospitales y 239 de Atención Primaria. Durante este año los incidentes relacionados con la “Gestión organizativa-Recursos” han sido los más frecuentes (15,2%), seguido de los incidentes relacionados con la medicación (14,1%) en el ámbito hospitalario. También a nivel de hospital destaca el aumento de las notificaciones de caídas (tres puntos con respecto a los años anteriores), incidentes relacionados con los procedimientos quirúrgicos (notificación en torno a tres puntos superior a años anteriores), y los incidentes de infección asociada a la asistencia sanitaria (más de dos puntos superior a los años previos).

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 prevención de las caídas del paciente en hospitales.

