

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

Incidentes de seguridad
notificados en 2023

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

Incidentes de seguridad
notificados en 2023

Este documento ha sido encargado a la Fundación Avedis Donabedian en el marco del contrato n.º expediente 202307PAS002

Redacción

Fundación Avedis Donabedian

María del Mar Fernández Maíllo
María Homs Riba

Revisión

Ministerio de Sanidad

Nuria Prieto Santos
Rebeca Padilla Peinado
Rocío Montiel Villalonga

Comunidades Autónomas

Andalucía: Elvira Eva Moreno Campoy, Paloma Trillo López y Elena Corpas Nogales

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 Madraza

Castilla y León: Tomás Maté Enríquez y Montserrat Alcalde Martín

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

Cataluña: Laura Navarro Vila, Glòria Oliva Oliva y Roser Bosser Giralt

Comunidad Valenciana: María José Avilés Martínez

Extremadura: Manuel García Toro

Galicia: Isabel Losada Castillo y Olga Roca Bergantiños

INGESA: María Antonia Blanco Galán, Javier de la Vega (Melilla) y Julián Domínguez (Ceuta)

Islas Baleares: Marta Torres Juan

Madrid: Alberto Pardo Hernández, Francisca García Lizana y Natalia de Priso Sañudo

Murcia: José Eduardo Calle Urra, Teresa Ramón Esparza y Joaquín Almela Bernal

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, 18-20 - 20014 MADRID

NIPO en línea: 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 2023



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	17
Profesión del notificante	19
Consecuencia de los incidentes en los pacientes	23
Riesgo asociado a los incidentes	25
Factores contribuyentes a la aparición del incidente	28
Incidentes clasificados como SAC 1	33
Incidentes notificados en atención primaria	41
Análisis global de los incidentes notificados	42
Tipo de incidente	42
Lugar en que ocurrió el incidente	45
Profesión del notificante	46
Consecuencia de los incidentes en los pacientes	48
Riesgo asociado a los incidentes	50
Factores contribuyentes a la aparición del incidente	53
Incidentes clasificados como SAC 1	57
Análisis de incidentes relacionados con el diagnóstico	59
Ejemplos de incidentes	63
Recomendaciones para reducir los errores relacionados con el diagnóstico	66
Acciones de gestión de los incidentes notificados	69
Notificaciones realizadas en el Sistema Nacional de Salud durante 2023	75

Alcance

Este informe incluye los incidentes notificados al SiNASP durante el año 2023 tanto en hospitales como en centros de atención primaria. En la Tabla 1. *Centros dados de alta en SiNASP a 31 de diciembre de 2023*, figura el número de hospitales y áreas sanitarias que estaban dados de alta a 31 de diciembre de 2023.

Comunidad Autónoma	Áreas Sanitarias*	Hospitales**
Aragón	8	14
Canarias	7	10
Cantabria	1	4
Castilla-La Mancha	14	16
Extremadura	9	19
Galicia	8	17
INGESA	2	3
La Rioja	2	5
Murcia	10	11
Navarra	8	6
Principado de Asturias	12	15
TOTAL	81	120

* En SiNASP el término “área sanitaria” se refiere a la estructura de gestión que puede recibir y gestionar las notificaciones de varios centros sanitarios. Generalmente agrupa centros de atención primaria, pero también pueden agrupar hospitales o ambos tipos de centros. No tienen por qué coincidir con la denominación “área sanitaria” de la estructura autonómica.

** Incluye también los servicios de emergencias extrahospitalarias y centros ambulatorios de especialidades. Además, notifican en SiNASP dos hospitales de otra comunidad autónoma.

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 noti-

ficaciones 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 2023 que estaban cerradas a 30 de junio de 2024:

- Hospital: 5.678 notificaciones (de 6.429 recibidas. En 2022 se recibieron 5.266).
- Atención Primaria: 425 notificaciones (de 504 recibidas. En 2022 se recibieron 301).

En 2023 han aumentado las notificaciones con respecto al año anterior tanto en hospitales como en atención primaria. El 12% de las notificaciones de hospitales y el 16% de las de atención primaria permanecían sin cerrar a 30 de junio del año siguiente. En primaria ha mejorado este porcentaje con respecto a 2022 (22%).

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 100 hospitales de 10 Comunidades Autónomas más INGESA, dos más que en 2022. Según puede verse en la *Tabla 2. Hospitales que han utilizado SiNASP en 2023*³³, aunque en el periodo de estudio había 120 hospitales dados de alta, no todos ellos utilizaron el sistema. En 2023 se mantuvo el número de hospitales que notificaron al SiNASP en Asturias, Cantabria, Extremadura, Navarra e INGESA; aumentó en Aragón, Canarias, Galicia y Murcia, mientras que en dos comunidades disminuyó (Castilla-La Mancha y La Rioja). En Murcia y Aragón han notificado incidentes todos los hospitales dados de alta en SiNASP.

CC. AA.	Comienzo de la implantación	Hospitales que usaron SiNASP* en 2023	Hospitales que usaron SiNASP en 2022
Castilla-La Mancha	Enero 2010	10 (62,5%)	13
Galicia	Octubre 2010	16 (94%)	15
Murcia	Febrero 2011	11 (100%)	10
Cantabria	Marzo 2012	3 (75%)	3
Canarias	Febrero 2013	9 (90%)	7
Aragón	Octubre 2013	14 (100%)	12
Navarra	Octubre 2013	4 (66,7%)	4
Extremadura	Septiembre 2014	15 (80%)	15
INGESA	Septiembre 2014	2 (66,7%)	2
Asturias	Noviembre 2014	12 (80%)	12
La Rioja	Diciembre 2016	4 (80%)	5
TOTAL		100	98

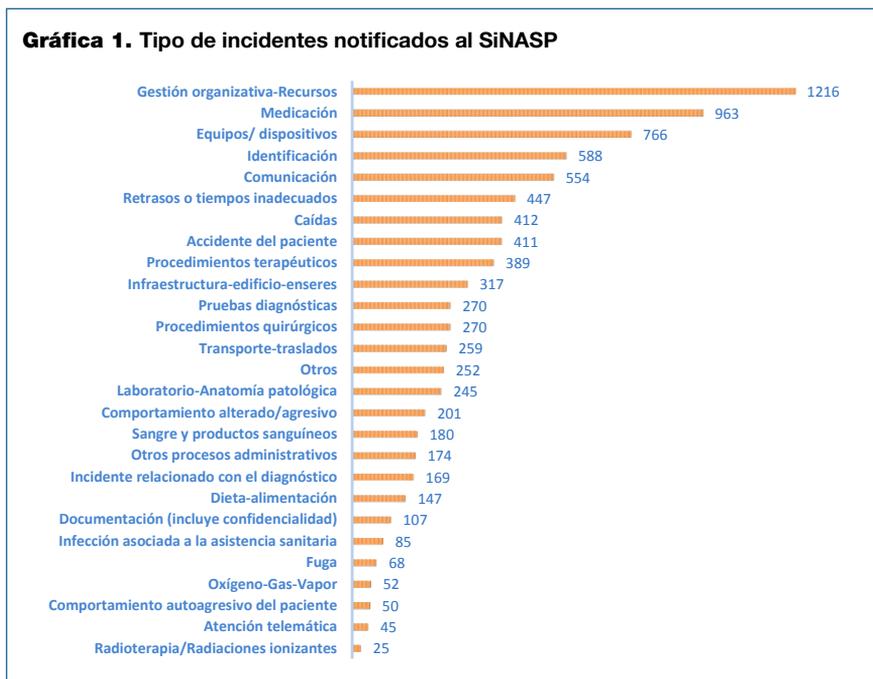
* Se considera que utilizan el SiNASP si han notificado algún incidente en el periodo cubierto por este informe

Análisis global de los incidentes notificados

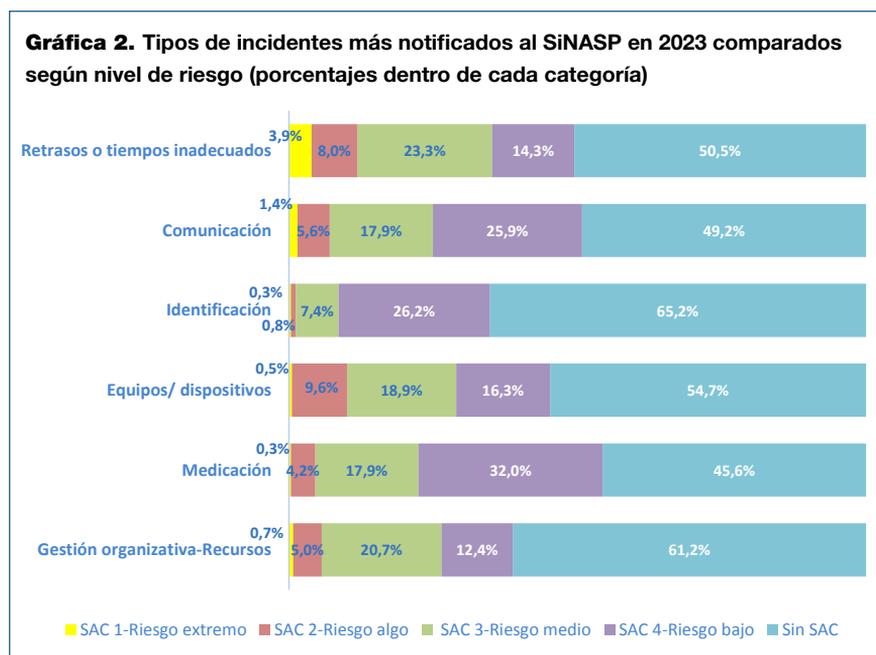
Tipo de incidente

En la Gráfica 1 se muestran los incidentes notificados según la clasificación por tipo de incidente. Hay que 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.

Se han notificado un total de 1216 incidentes relacionados con la *gestión organizativa-recursos*, lo que supone el tipo más frecuente de incidente (21,4%, en 2022 fue 16,75%). En segundo lugar, están los incidentes relacionados con la *medicación* (896 incidentes: 17%, igual porcentaje que en 2022). En segundo lugar, están los incidentes relacionados con la *medicación* (896 incidentes: 17%, igual porcentaje que en 2022). Las siguientes categorías de incidentes más notificados, han sido los ligados a los *equipos/dispositivos* (766 incidentes: 13,50%), los incidentes relacionados con la *identificación* (588 incidentes: 10,8%) y los incidentes relacionados con la *comunicación* (554 incidentes: 9,8%). En 2023 se notificaron 45 incidentes de la nueva categoría de *atención telemática*.



En la Gráfica 2 se comparan las seis categorías de incidentes más notificados en función de su nivel de riesgo SAC¹. Se observa que las notificaciones relacionadas con retrasos o tiempos inadecuados son las que presentan un mayor porcentaje de incidentes de riesgo extremo y alto (por encima del 10%). Esta categoría de retrasos o tiempos inadecuados también tiene un mayor porcentaje de incidentes de riesgo intermedio (23,3%), por lo que globalmente en esta categoría se notifican incidentes de mayor riesgo que en el resto. En el otro extremo se encuentran los incidentes relacionados con la identificación, de los que prácticamente el 90% no llegan al paciente o son de bajo riesgo.



Si comparamos con los datos de los años anteriores, como se muestra en la Gráfica 3, lo más destacable en el grupo de incidentes más notificados es que se mantiene la tendencia creciente de la notificación de incidentes relacionados con la *medicación* y *equipos/dispositivos*. La notificación de incidentes relacionados con la *gestión organizativa-recursos* incrementa la tendencia respecto a 2022 y aumenta el porcentaje en más de 4,5 puntos. Cabe destacar el aumento del número de incidentes relacionados con *accidente del*

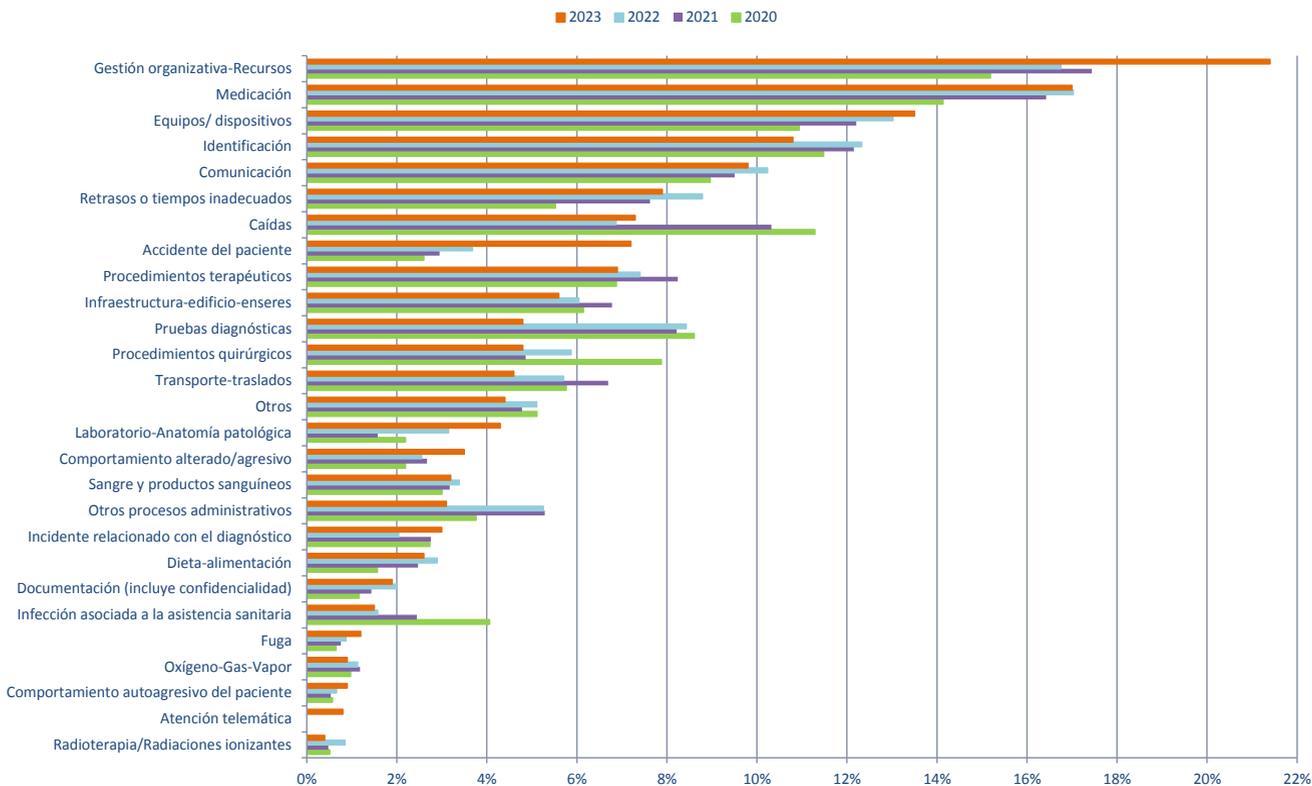
¹ Las categorías de riesgo SAC se explican en profundidad en el apartado “Riesgo asociado a los incidentes” de este informe.

paciente, que en 2023 es de 411 (7,2%), mientras que en 2022 fueron 173 incidentes (3,68%), suponiendo un aumento de 3,5 puntos: si se observa la gráfica, equivale prácticamente a la notificación de caídas, por lo que cabe sospechar que se trata de los mismos incidentes.

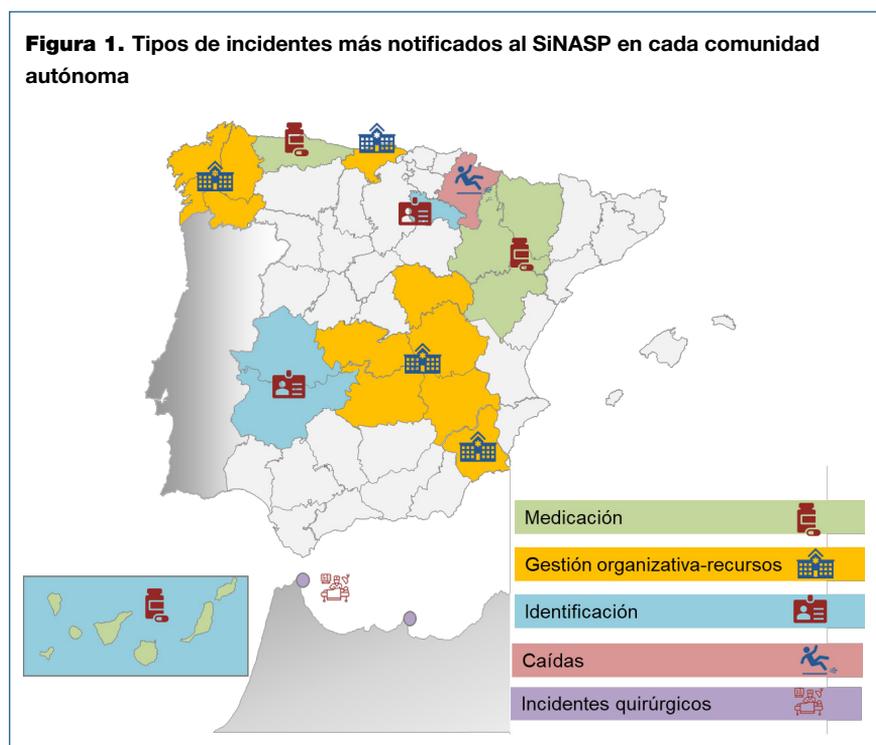
Uno de los aspectos más llamativos con respecto a 2022, es el descenso en la notificación de *Pruebas diagnósticas*, que ha pasado del 8,43% al 4,8% de los incidentes notificados, disminuyendo tanto en porcentaje como en número de notificaciones. También es reseñable el incremento en el porcentaje de *Incidentes relacionados con el diagnóstico* (169 incidentes, 3%) y con *Comportamiento alterado/agresivo*, que ha aumentado prácticamente un punto (201 incidentes, 3,5%).

Entre las categorías cuyos porcentajes de notificación son más bajos, el grupo de incidentes relacionados con el *comportamiento autoagresivo del paciente* y con *fugas* mantienen la tendencia creciente. En el caso de las notificaciones de *radioterapia/radiaciones ionizantes*, en 2023 disminuyen tanto en número como en porcentaje con respecto a 2022. La notificación de incidentes en el marco de *infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria* sigue en descenso: cuando más se notificaron fue en el contexto de la pandemia de 2020.

Gráfica 3. Comparativa de tipos de incidentes notificados al SiNASP desde 2020 (porcentaje del total anual)



Los tipos de incidentes más notificados varían según la comunidad autónoma. En la Figura 1 se ilustran estas diferencias. Igual que en 2022, en Aragón, Asturias y Canarias los incidentes más notificados han sido los relacionados con la *medicación*. Los incidentes relacionados con la *gestión organizativa-recursos* han sido los más notificados en Cantabria, Castilla-La Mancha, Galicia y Murcia, igual que en 2022, excepto en Cantabria que el año anterior notificó más incidentes relacionados con *equipos/dispositivos*. La *identificación* sigue siendo la categoría más notificada en Extremadura y La Rioja, igual que en 2022. En los hospitales del INGESA se notificaron más *incidentes quirúrgicos*, mientras que en 2022 se notificaron más incidentes relacionados con *pruebas diagnósticas*. Las notificaciones más numerosas en Navarra han estado relacionadas con las *caídas*, a diferencia de 2022, en que notificaron más incidentes de *identificación*.



Lugar en que ocurrió el incidente

Aunque un mismo incidente puede implicar una cadena de sucesos que incluyan más de una localización del hospital, este se clasifica en función del lugar principal en que ocurrió. Es importante señalar 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 (Tabla 3).

Tabla 3. Incidentes notificados por área del hospital

INCIDENTES	2023		2022		2021		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Unidades de hospitalización	2433	42,8%	1927	41%	1636	46%	1615	43,7%
Urgencias	751	13,2%	692	14,7%	478	13,5%	595	16,1%
Bloque quirúrgico	701	12,3%	585	12,5%	343	9,7%	458	12,4%
UCI	550	9,7%	558	11,9%	372	10,5%	379	10,3%
Servicios centrales	373	6,6%	303	6,5%	240	6,8%	251	6,8%
Servicios de apoyo/Otros	276	4,9%	171	3,6%	91	2,6%	83	2,3%
Consultas externas	251	4,4%	150	3,2%	114	3,2%	139	3,8%
Hospital de día	202	3,6%	200	4,3%	158	4,4%	115	3,1%
Sala de partos	107	1,9%	97	2,1%	94	2,6%	38	1%
SEE/Transporte sanitario	34	0,6%	15	0,3%	29	0,8%	20	0,5%
TOTAL	5678		4698		3555		3693	

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

El 42,8% de los incidentes notificados al SiNASP sucedieron en unidades de hospitalización, seguidos por las urgencias (13,2%) y el bloque quirúrgico (12,3%), una distribución muy similar a 2022. El porcentaje de notificaciones de incidentes sucedidos en el bloque quirúrgico, que descendió notablemente en 2021 y recuperó el nivel de años previos en 2022, sigue mostrando

una tendencia al alza en 2023. Entre las áreas en las que se comunican menos incidentes, podemos destacar el incremento de notificaciones de incidentes ocurridos en servicios de apoyo y en SEE/transporte sanitario. En 2023 ha aumentado la notificación de incidentes en todas las áreas excepto en la UCI; sin embargo, este incremento en el número de notificaciones no se refleja en los porcentajes ya que no todos los incidentes han aumentado de forma proporcional. Por ejemplo, en 2023 se notificaron 59 incidentes más desde el área de urgencias que en 2022, pero el porcentaje que representa en 2023 (13,2%) es inferior al de 2022 (14,7%).

Si comparamos las tres áreas donde se concentran el mayor número de incidentes notificados, como se observó en años anteriores, se aprecia que en las unidades de hospitalización se notifica un mayor porcentaje de incidentes que llegan al paciente, aunque mayoritariamente son de bajo riesgo. En urgencias se notifica el mayor porcentaje de incidentes de alto riesgo y los incidentes que llegan al paciente tienen un perfil de riesgo mayor que en las otras áreas. En el bloque quirúrgico es donde se notifica un mayor porcentaje de situaciones de riesgo y de incidentes que no llegan al paciente en comparación con las otras dos áreas (Tabla 4).

Tabla 4. Incidentes notificados en 2023 según su localización, nivel de riesgo y gravedad para el paciente

Nivel de riesgo	U. hospitalización		Urgencias		Bloque quirúrgico	
	N	%	N	%	N	%
SAC 1	15	0,6%	18	2,5%	1	0,1%
SAC 2	188	8%	38	5,2%	48	7,1%
SAC 3	454	19,3%	147	20,2%	131	19,3%
SAC 4	555	23,6%	161	22,1%	122	18,0%
Sin SAC	1136	48,4%	365	50,1%	377	55,5%
Gravedad para el paciente	N	%	N	%	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	876	36%	285	37,9%	292	41,7%
Incidente que no llegó al paciente	344	14,1%	101	13,4%	105	15,0%
Incidente que llegó al paciente	1212	49,8%	365	48,6%	303	43,3%

Los porcentajes se refieren al total de incidentes notificados en cada localización.

En cuanto al tipo de incidentes más notificados: en las **unidades de hospitalización** son los relacionados con la medicación (22,9%, mayor porcentaje que en 2022), la gestión organizativa y recursos (16,9%) y las caídas (13,1%, menor porcentaje que en 2022, ratificando el descenso global de la notificación este tipo de incidentes en 2023); en **urgencias** el 23,4% se relaciona con la gestión organizativa/recursos –un porcentaje similar a 2022– y en 2023 aparecen dos tipos de incidentes en segundo y tercer lugar, la identificación (15%) y la medicación (14,4%), mientras que los incidentes por retrasos o tiempos inadecuados quedaron en cuarto lugar (en 2022 estuvieron en segundo lugar). En 2023 también ha cambiado la distribución de los incidentes en el **bloque quirúrgico** ya que aparece en primer lugar la gestión organizativa/recursos (29,7%), seguido por los incidentes que en 2022 ocupaban el primer y segundo lugar, los relacionados con procedimientos quirúrgicos (27,7%) y los equipos/dispositivos (25,7%).

En el bloque quirúrgico es donde hay un mayor porcentaje de notificaciones realizadas por médicos/as (38,7%) y el 53% han sido realizadas por enfermeras/os. En las otras áreas, los profesionales de medicina notifican en menor porcentaje: en las unidades de hospitalización los profesionales de enfermería han notificado el 76,9% de los incidentes y los profesionales de medicina apenas el 10,2%; en el área de urgencias el 26,1% han sido realizadas médicos/as y el 58,6% por enfermeras/os.

Profesión del notificante

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

Como se presenta en la Tabla 5, en 2023 no se han producido variaciones significativas en los porcentajes de notificación realizados por los profesionales que más notifican.

Tabla 5. Incidentes notificados según profesión del notificante

Profesión	2023		2022		2021		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermero/a	3584	63,1%	3055	65%	2305	64,9%	2490	67,4%
Médico/a	1116	19,7%	901	19,2%	701	19,7%	621	16,8%
Técnico/a auxiliar de enfermería	182	3,2%	163	3,5%	121	3,4%	164	4,4%
Farmacéutico/a	175	3,1%	156	3,3%	146	4,1%	130	3,5%
Matrona	107	1,9%						
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)	97	1,7%	36	0,8%	40	1,1%	32	0,9%
Técnico/a en imagen para el diagnóstico	55	1,0%	58	1,2%	52	1,5%	65	1,8%
Técnico/a en laboratorio de diagnóstico clínico	49	0,9%	75	1,6%	11	0,3%	11	0,3%
Otros/as técnicos de grado superior y medio	37	0,7%	19	0,4%	10	0,3%	17	0,5%
Otros profesionales sanitarios	32	0,6%	24	0,5%	28	0,8%	15	0,4%
Fisioterapeuta	22	0,4%	15	0,3%	13	0,4%	22	0,6%
Otras licenciaturas/ grados sanitarios	16	0,3%	25	0,5%	12	0,3%	32	0,9%
Técnico/a en farmacia	6	0,1%	3	0,1%	1	0,0%	5	0,1%
Técnico/a en radioterapia	1	0,0%	12	0,3%	10	0,3%	1	0,0%
Estudiantes/ Personal en prácticas	1	0,0%	3	0,1%	2	0,1%	1	0,0%
Otros	198	3,5%	153	3,3%	102	2,9%	87	2,7%

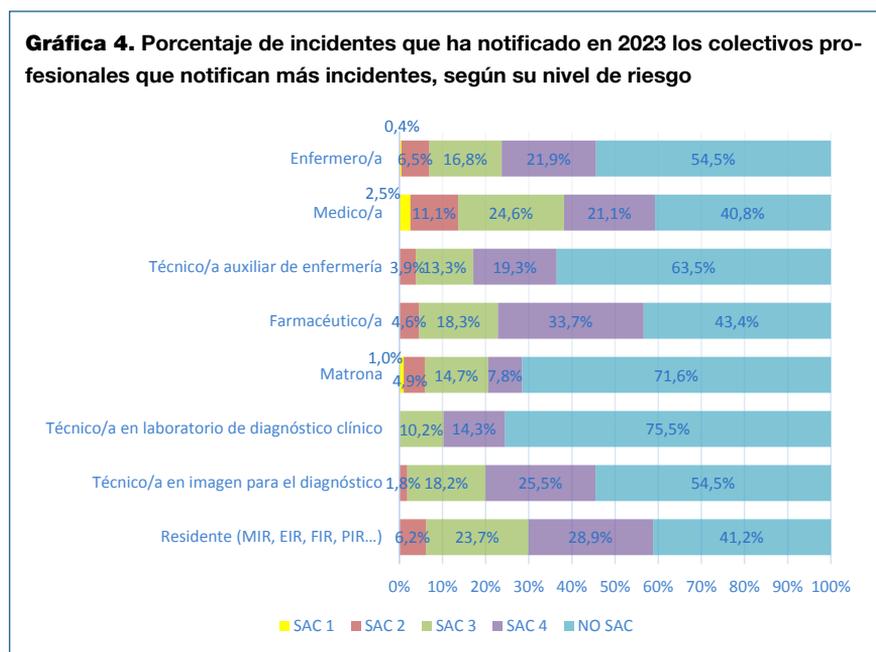
* La categoría *matrona* se incluyó por primera vez en 2023.

Los profesionales de enfermería siguen siendo el grupo que más utiliza el sistema (63,1% de todos los incidentes notificados), seguido a gran distancia por los profesionales de medicina (19,7%, porcentaje similar al de 2022). Los grupos profesionales de técnicos/as auxiliares de enfermería (TCAE) y farmacéuticos/as han notificado un porcentaje similar de incidentes (3,2% y 3,1% respectivamente). Cabe destacar que el grupo profesional de matronas ha notificado 107 incidentes, que representan un 1,9% del total.

La notificación del resto de colectivos sanitarios supone un porcentaje poco representativo, aunque hay variaciones llamativas en el grupo de resi-

dentos (MIR, EIR, FIR, PIR), cuyas notificaciones han aumentado notablemente en 2023, lo mismo que las de los técnicos de grado superior y medio. En el caso de los técnicos en radioterapia y otras licenciaturas/grados sanitarios ha disminuido sustancialmente el número de incidentes notificados.

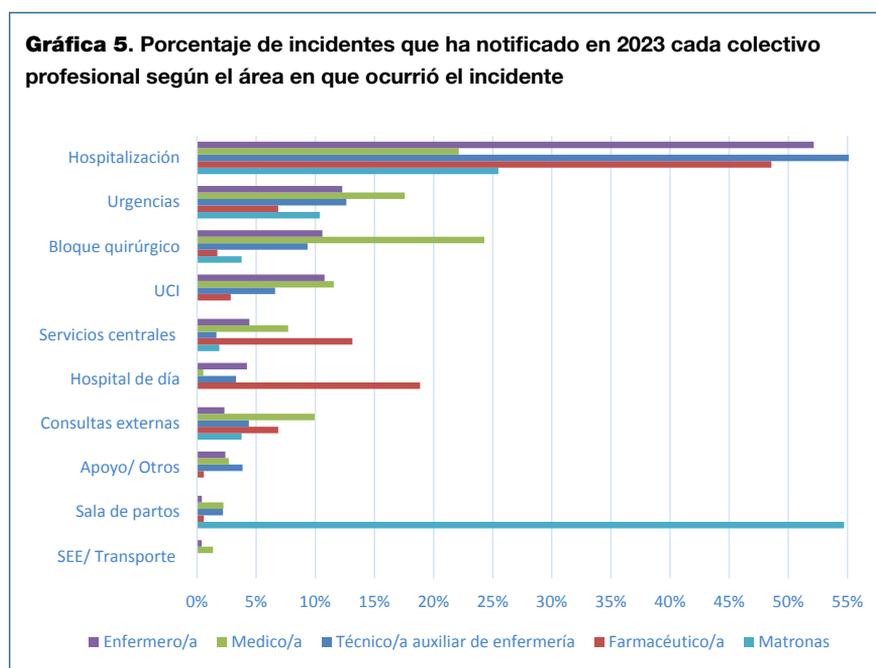
En la Gráfica 4 se presenta el nivel de riesgo de los incidentes notificados por los colectivos profesionales que han comunicado un mayor número de incidentes. Los residentes y los profesionales de medicina tienen un perfil de notificación similar y de mayor riesgo, aunque en 2023 los residentes no notificaron incidentes tipo SAC 1, a diferencia de los años anteriores. Los otros colectivos que notificaron incidentes SAC 1 fueron enfermeros/os y matronas. El colectivo de profesionales de medicina es el que notifica más incidentes tipo SAC 2 (11%), seguido de residentes, enfermeros/os y matronas (5-6%). El porcentaje de notificación de los incidentes SAC 3 es similar entre profesionales de medicina y residentes (en torno al 24%) y entre técnicos/a en imagen para el diagnóstico, enfermeros/os y farmacéuticos/os (entre un 17 y 18%). Los profesionales de farmacia son los que notifican un mayor porcentaje de incidentes SAC 4 y el grupo de matronas, técnicos/as en laboratorio de diagnóstico clínico y auxiliares de enfermería, los que notificaron el mayor porcentaje de incidentes sin SAC.



En la gráfica se han incluido solamente los colectivos con mayor número de notificaciones realizadas en 2023.

Si se revisan las notificaciones de las áreas en las que los profesionales han realizado un mayor número de notificaciones, según se presenta en la Gráfica 5, se ratifican las observaciones mencionadas previamente. Así, los profesionales de enfermería y TCAE mayoritariamente notifican incidentes generados en las unidades de hospitalización (el 52% en el caso de enfermería y el 56% de las realizadas por TCAE). Además, realizaron un 12% de notificaciones en urgencias y el 11% en cuidados intensivos y bloque quirúrgico. Los profesionales de medicina, como ya se señaló anteriormente, concentran casi una cuarta parte de sus notificaciones en el bloque quirúrgico (24,3%), aunque también tienen un peso notable las realizadas en las unidades de hospitalización (22,1%) y las urgencias (17,5%), donde también superan en porcentaje relativo a enfermería. En las unidades de cuidados intensivos los porcentajes de notificación de personal de medicina y enfermería son bastante similares. Los profesionales de farmacia concentran casi la mitad de sus notificaciones en las unidades de hospitalización (48,6%), y, destacan por priorizar más que el resto los incidentes generados en el hospital de día (18,6%) y en servicios centrales (13,1%). En lo referente a las matronas, como es lógico, la mayoría de los incidentes notificados se localizan en la sala de partos (54,7%), seguido de las unidades de hospitalización (25,5%) y urgencias (10,4%).

Gráfica 5. Porcentaje de incidentes que ha notificado en 2023 cada colectivo profesional según el área en que ocurrió el incidente



Consecuencia de los incidentes en los pacientes

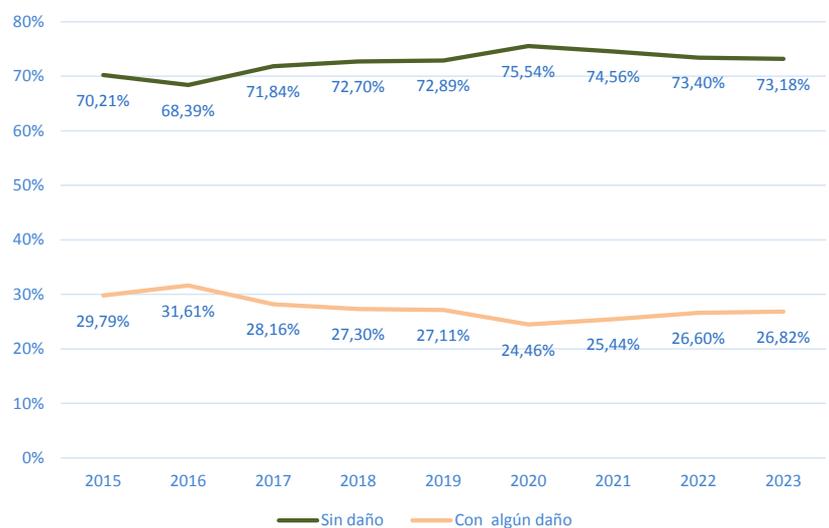
SiNASP recoge información sobre todo tipo de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, entendiendo como tales los eventos o circunstancias que han ocasionado o podrían haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Esto incluye circunstancias con capacidad de causar un incidente, incidentes 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, comparando los últimos cuatro años.

Tabla 6. Consecuencias de los incidentes en los pacientes								
INCIDENTES	2023		2022		2021		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	2108	37,1	1744	37,1%	1339	37,7%	1513	40,9%
Incidente que no llegó al paciente	833	14,7	681	14,5%	454	12,8%	469	12,7%
Incidente que llegó al paciente	2737	48,2	2273	48,4%	1762	49,6%	1711	46,3%
El incidente llegó al paciente, pero no le causó daños	1475	26	1182	25,2%	950	26,7%	949	25,7%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	528	9,3	485	10,3%	363	10,2%	342	9,3%
Causó daño temporal y precisó intervención	464	8,2	366	7,8%	278	7,8%	258	6,9%
Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	130	2,3	125	2,7%	91	2,6%	92	2,5%
Causó daño permanente	29	0,5	13	0,3%	8	0,2%	9	0,2%
Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida	76	1,3	71	1,5%	46	1,3%	48	1,3%
Contribuyó o causó la muerte del paciente	35	0,6	29	0,6%	25	0,7%	11	0,3%

Gráfica 6. Porcentaje de incidentes notificados al SiNASP desde 2013 según si llegaron o no al paciente



Gráfica 7. Porcentaje de incidentes notificados al SiNASP desde 2013 que llegaron al paciente, según provocaran o no daño



En 2023 el 48,2% de los incidentes notificados llegaron al paciente. Es un dato muy similar a 2022, aunque ligeramente inferior. Este porcentaje sigue estando por encima del de 2020, cuando se invirtió la tendencia de los años anteriores y el porcentaje de incidentes que llegaron al paciente fue por primera vez menor al 50%. Todavía es prematuro determinar si se mantiene el cambio de tendencia (Gráfica 6).

El 26,8% de los incidentes que llegaron al paciente provocó daño. Es un porcentaje similar a 2022 y superior al 2021 y 2020 (Gráfica 7).

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.

Tabla 7. Cálculo del riesgo asociado a un incidente (SAC)					
	Frecuente	Probable	Ocasional	Poco frecuente	Muy infrecuente
El incidente contribuyó o causó la muerte del paciente	Extremo	Extremo	Extremo	Extremo	Alto
El incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
El incidente contribuyó o causó daño permanente al paciente	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado
El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado
El incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo	Bajo
El incidente llegó al paciente, pero no le causó daño	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

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

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

Como se refleja en la Gráfica 8, más de la mitad (51,8%) de los incidentes notificados no tienen SAC porque no alcanzaron al paciente. A partir de ahí, el porcentaje de notificaciones va disminuyendo a medida que aumenta la gravedad según el SAC, hasta llegar al SAC 1 (riesgo extremo) que supone el 0,8% de los incidentes.

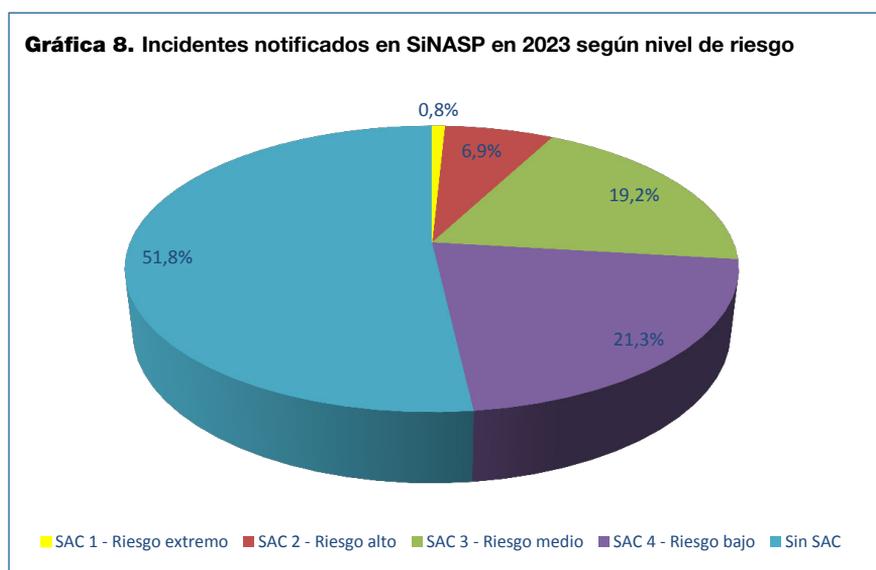
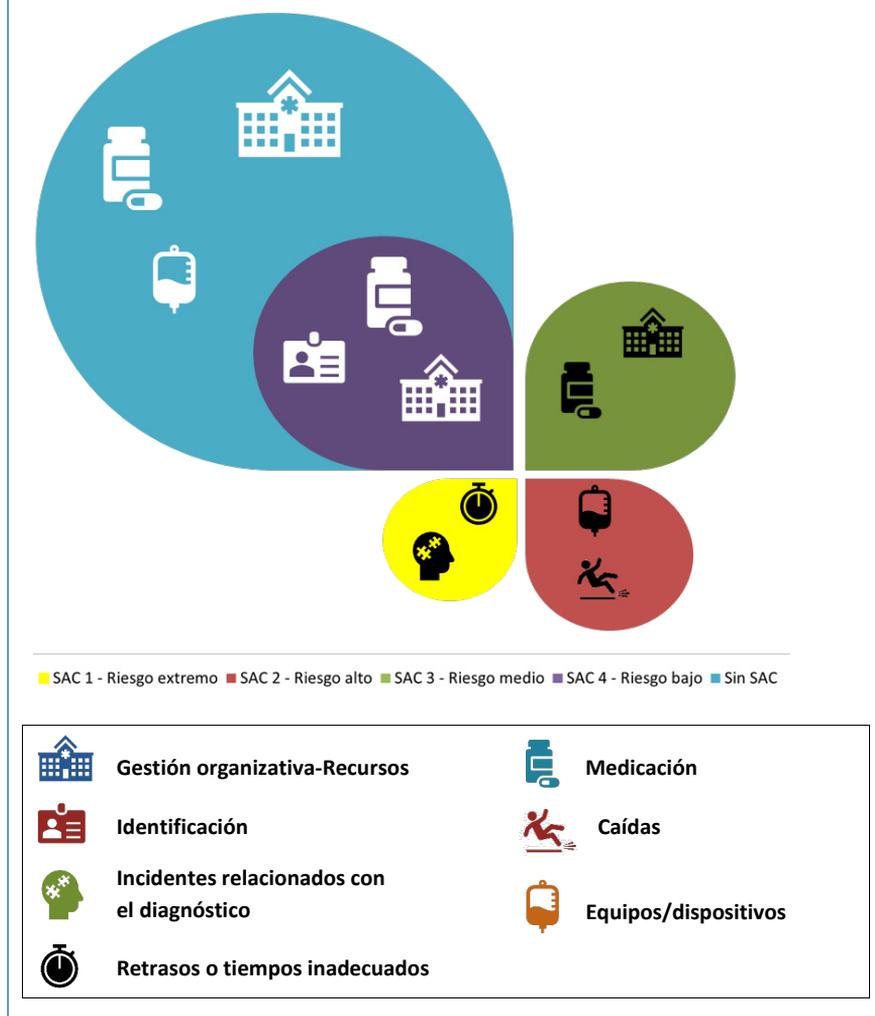
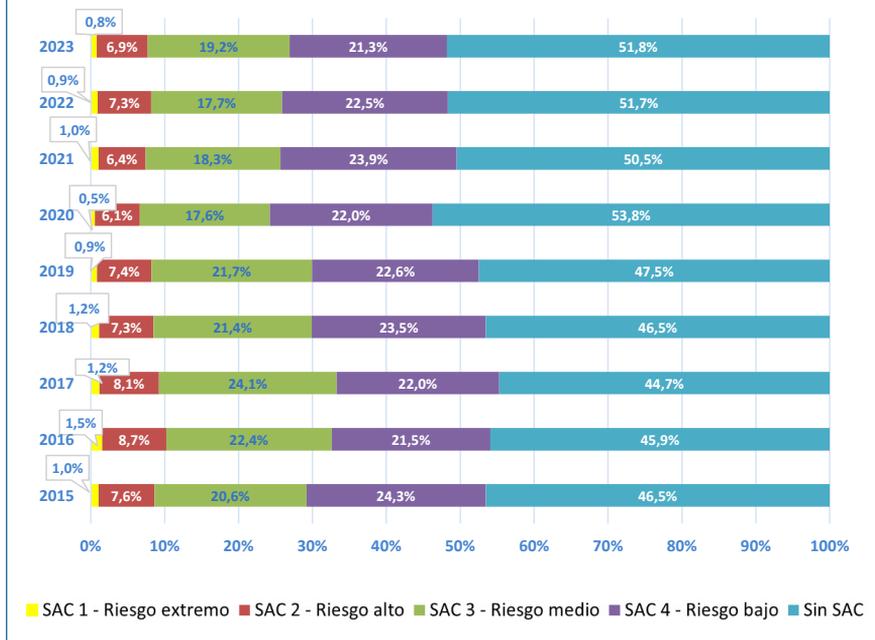


Figura 2. Tipos de incidentes más notificados al SiNASP según SAC



En la Figura 2 se presentan las categorías de incidentes más frecuentes para cada nivel de riesgo SAC. Entre los incidentes sin SAC la categoría más frecuente es la relacionada con la gestión organizativa/recursos. En el caso de SAC 4 el mayor porcentaje de incidentes notificados son por medicamentos, mientras que en SAC 3 tienen que ver con la gestión organizativa/recursos. En el nivel de riesgo SAC 2 predominan los incidentes relacionados con equipos/dispositivos y la categoría más abundante en los SAC 1 son los debidos a retrasos o tiempos inadecuados.

Gráfica 9. Incidentes notificados al SiNASP desde 2015 según riesgo



En general la distribución de niveles de riesgo en los incidentes notificados se mantiene muy similar a la de 2022 (Gráfica 9). El porcentaje de incidentes notificados de alto riesgo ha disminuido ligeramente y ha aumentado el porcentaje de incidentes de riesgo medio. El porcentaje de eventos de alto riesgo y riesgo extremo continúa siendo bajo, lo que puede señalar una falta de confianza de los profesionales en las posibles consecuencias de sacar a la luz los eventos adversos más graves.

Factores contribuyentes a la aparición del incidente

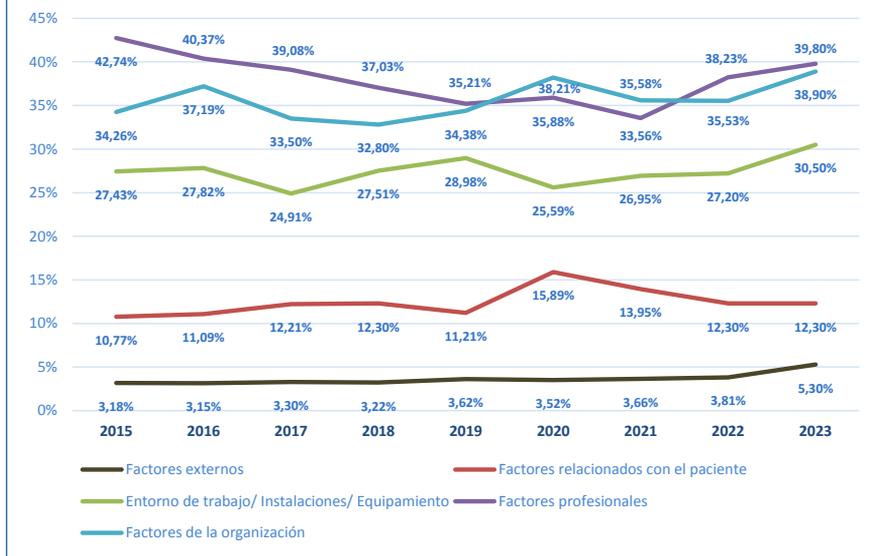
La categorización de los factores que contribuyeron a la ocurrencia de los incidentes, según la opinión de los profesionales que los notifican, se incluye en la Tabla 8. Un mismo incidente puede estar ocasionado por múltiples factores causales, por lo que el número de factores contribuyentes es mayor que el número de incidentes analizados.

Tabla 8. Incidentes notificados al SiNASP en 2023 según los factores contribuyentes

	2023	
	N	%
Factores profesionales	2258	39,8
Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	1192	21
Problemas de comunicación	713	12,6
Factores estresantes/emocionales/fatiga	712	12,5
Comportamiento/conducta de los profesionales	320	5,6
Otros factores de los profesionales	223	3,9
Factores de la organización	2206	38,9
Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	1199	21,1
Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo	1007	17,7
Cultura de la organización	660	11,6
Problemas en el trabajo en equipo	447	7,9
Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento	1730	30,5
Factores relacionados con el paciente	699	12,3
Otros factores relacionados con el paciente	320	5,6
Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	228	4
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	149	2,6
Factores externos	301	5,3
Otros	251	4,4

En 2023, tal como sucedió en 2022, los profesionales han vuelto a señalar los factores profesionales como el grupo principal de factores contribuyentes a los incidentes de seguridad (Tabla 8 y Gráfica 10): todos los tipos de factores incluidos en este grupo han incrementado el porcentaje de atribución con respecto a 2022. Los factores de la organización ocupan el segundo lugar, si bien ha aumentado su atribución con respecto a 2022. Se mantiene la tendencia creciente de los factores del entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento, mientras que, a nivel global, los factores relacionados con el paciente no experimentan ningún cambio en su atribución.

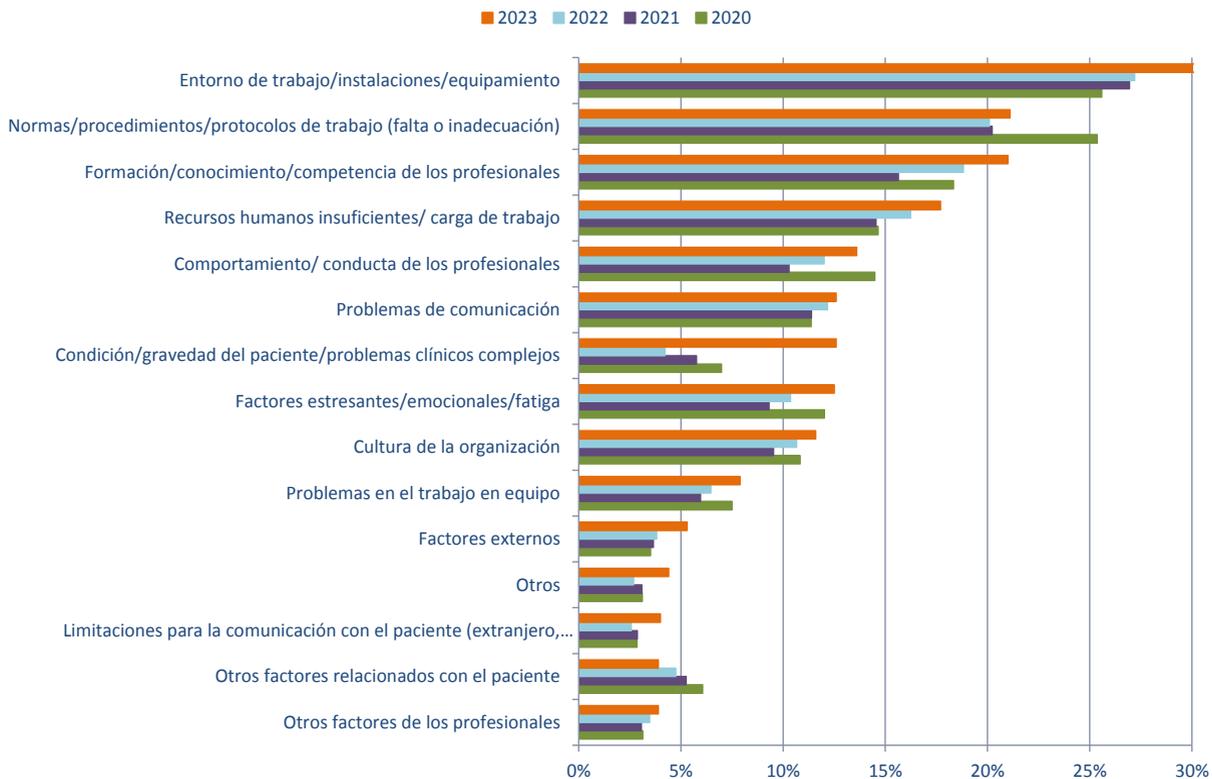
Gráfica 10. Porcentaje de incidentes notificados al SiNASP desde 2015, según los grandes grupos de factores contribuyentes



A nivel de categoría individual (Gráfica 11) los factores relacionados con el *entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento* siguen siendo señalados como el mayor factor contribuyente, con un porcentaje superior a 2022. En segundo nivel de importancia se encuentra un factor de la organización: la falta o inadecuación de las *normas/procedimientos/protocolos de trabajo*, con un leve aumento con respecto al año anterior y en tercer lugar figura un factor profesional, la *formación/conocimiento/competencia de los profesionales*.

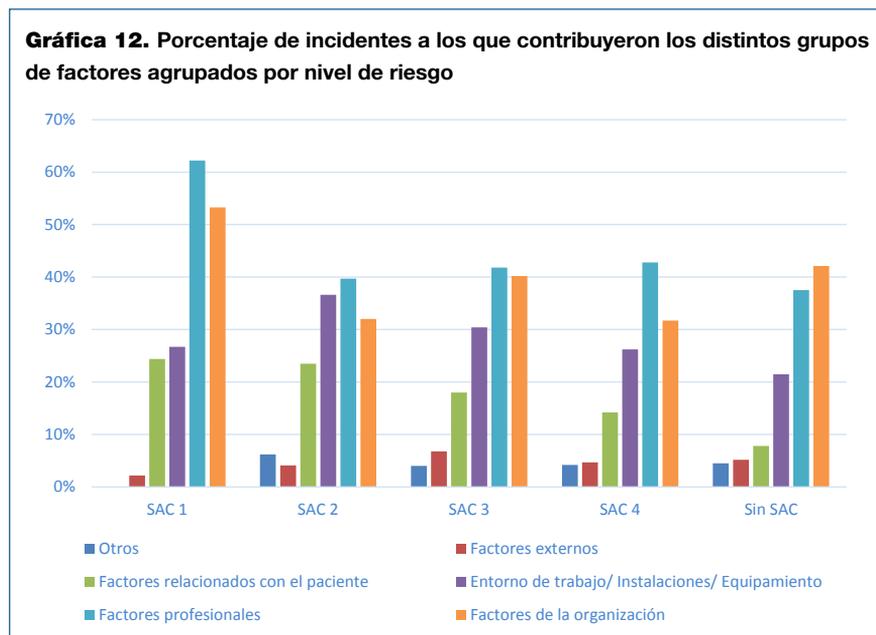
Como se ha mencionado anteriormente, todos los factores profesionales han experimentado incrementos en la atribución, especialmente *formación/conocimiento/competencia de los profesionales* (incremento de tres puntos) y *factores estresantes/emocionales/fatiga* (2 puntos). Asimismo, todos los factores organizativos experimentan algún incremento en la atribución con respecto a años anteriores, si bien no son muy destacables.

Gráfica 11. Incidentes notificados al SiNASP desde 2020, según los factores contribuyentes



Entre los factores relacionados con el paciente, destaca el incremento como contribuyente de la *Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos* (más de 7 puntos) y las *Limitaciones para la comunicación con el paciente* (incremento de 1,5 puntos). El factor *Otros factores relacionados con el paciente*, disminuye ligeramente con respecto el año anterior.

En Gráfica 12 se presentan los grupos de factores que han contribuido a los incidentes según el nivel de riesgo SAC de estos.



En los incidentes de nivel SAC 1 destacan muy por encima del resto los factores de los profesionales (en 62,2% de los incidentes) y los factores de la organización (en 53,3% de los incidentes; los factores del paciente, aunque en grado menor, también contribuyen más que en las otras categorías de riesgo) (24,4% de los incidentes). En los incidentes de riesgo SAC 2, aunque los factores profesionales son también los más mencionados (39,7% de los incidentes), el entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento tiene más importancia que en el resto de las categorías (36,6%); en cambio, apenas contribuyen los factores del paciente. En el caso de los SAC 3, factores contribuyentes de factores profesionales y de la organización están representados en porcentajes similares (alrededor del 40%), seguidos por el entorno

de trabajo/instalaciones/equipamiento (36,6%) y factores relacionados con el paciente (23,5%).

En los SAC 4 se atribuye claramente la mayor contribución a los factores profesionales (en el 42,8% de los incidentes). En el caso de las notificaciones sin SAC, que son aquellos casos que no llegan al paciente y que mayoritariamente se trata de situaciones con capacidad de causar un incidente, tiene mucho sentido que los factores del paciente tengan escasa importancia y en cambio más del 42,1% de los incidentes se atribuyan a factores de la organización, seguidos por los factores profesionales y en menor medida los del entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento.

Incidentes clasificados como SAC 1

Se han revisado todos los incidentes notificados en 2023 y clasificados como SAC 1, cuya fecha de cierre fue anterior a julio de 2024, resultando un total de 45 incidentes.

De ellos, según la clasificación de los notificantes, 9 causaron daño permanente al paciente, 16 comprometieron la vida del paciente y precisaron intervención para mantener su vida, y 20 contribuyeron o causaron la muerte del paciente.

Según se describe en la tabla 9, casi dos tercios de los incidentes clasificados como SAC 1 fueron notificados por médicos/as, que habitualmente notifican incidentes más graves. Un 36% fue notificado por enfermeros/as. Como muestran los datos, solo hubo un incidente SAC 1 notificado por otro tipo de profesionales, en este caso una matrona:

Profesión del notificante	Nº de incidentes	%
Médico/a	28	62,2
Enfermero/a	16	35,6
Matrona	1	2,2
Total	45	100

En lo relativo a las áreas donde se produjeron los incidentes notificados y comparando con 2022 (tabla 10), urgencias sigue siendo el área donde más incidentes SAC 1 se notifican, en un número y porcentaje similares. En cambio, el porcentaje de incidentes SAC 1 notificados originados en las unidades de hospitalización aumenta notablemente, mientras que disminuye bastante en dos áreas que habitualmente notifican incidentes más graves, las

unidades de cuidados intensivos y el bloque quirúrgico. Llama la atención que se hayan notificado varios incidentes SAC 1 en consultas externas:

Tabla 10. Áreas en las que tuvieron lugar los incidentes clasificados como SAC 1. Comparativa 2023 y 2022

Área	2023		2022	
	N.º de incidentes	%	N.º	%
Urgencias	18	40	17	39,5
Unidades de hospitalización	15	33,3	6	14
Consultas externas	4	8,9	1	2,3
Unidades de cuidados intensivos	3	6,7	8	18,6
Sala de partos	2	4,4	0	0
Bloque quirúrgico	1	2,2	7	16,3
Emergencias extrahospitalarias	1	2,2	0	0
Servicios de apoyo/otros	1	2,2	1	2,3
Servicios centrales	0	0	2	4,7
Hospital de día	0	0	1	2,3

Durante el análisis se han descartado dos notificaciones que estaban incorrectamente clasificadas como SAC 1 y una tercera notificación que describía una complicación de procedimiento complejo en paciente con patología previa grave.

También se han analizado otros catorce 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. Siete incidentes fueron notificados por médicos/as, seis por enfermeros/as y un incidente por un/a residente. Siete tuvieron lugar en unidades de hospitalización, tres en urgencias, dos en sala de partos, uno en UCI y uno en servicios centrales. Durante el análisis se han excluido dos notificaciones de complicaciones obstétricas.

Los 54 incidentes finalmente 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 el diagnóstico, valoración y tratamiento del paciente: 11

- No solicitud de pruebas radiológicas en Urgencias, ni realización de interconsulta a tiempo en planta, lo que derivó en un retraso diagnóstico con empeoramiento del paciente y cirugía de urgencia.
- Posible error en la valoración diagnóstica en Urgencias: unos días tras el alta de urgencias con diagnóstico de celulitis, parada cardiorrespiratoria cuando el paciente volvía a urgencias derivado por médico de familia por sospecha de trombosis venosa profunda.
- Se mantiene la pauta domiciliar de Sintrom en Urgencias sin comprobar INR ni coagulación y debe administrarse al paciente vitamina K.
- Incorrecta valoración y tratamiento de un paciente de Hematología con fiebre neutropénica que acude a Urgencias y no se avisa al Servicio de referencia ni se reconoce el cuadro.
- No se diagnostica enfermedad renal crónica durante el proceso de hospitalización en Traumatología de un paciente diabético (tampoco diagnosticado en atención primaria) y se mantiene la pauta de metformina que traía, evolucionando a una insuficiencia renal aguda durante su estancia en el hospital.
- Valoración inadecuada de posible diabetes infantil en atención primaria e infravaloración de la gravedad del paciente en urgencias extrahospitalarias, no realizándose un traslado urgente de un paciente pediátrico con un deterioro clínico importante que requirió ingreso en UCI.
- Diagnóstico incorrecto y manejo inadecuado de paciente grave en urgencias y falta de seguimiento en planta a pesar de la inestabilidad.
- Parada cardiorrespiratoria de paciente inmediatamente tras el alta de urgencias (segunda visita por el mismo problema).
- Fractura de cadera tras caída no diagnosticada en urgencias por traumatólogo tras radiografía (el paciente anciano se quejaba de la rodilla).
- Paciente que sufre parada cardiorrespiratoria al llegar a la unidad de hospitalización sin que en urgencias se detectara su deterioro clínico.
- Paciente que fallece en urgencias sin ninguna valoración médica tras varias horas de espera en boxes.

2. Incidentes relacionados con gestión organizativa, infraestructura y recursos: 7

- Fallecimiento de paciente por una parada cardiorrespiratoria mientras esperaba la disponibilidad de un box de urgencias para su valoración.
- Traumatismo craneoencefálico de evolución fatal por caída de la camilla de un paciente anciano con síndrome confusional dado de alta de madrugada en urgencias mientras esperaba una ambulancia.
- Parada cardiorrespiratoria en paciente agudo ubicado en una planta que solo se usa cuando existen sobre aforos y no suficientemente equipada para abordar la situación.
- No activación del código ictus en el triaje de Urgencias y demora posterior en la atención del paciente por insuficiencia de recursos en una situación de sobrecarga de pacientes de prioridad alta.
- Retraso en BAG (biopsia por punción con aguja gruesa) que debería haberse realizado por vía rápida por la rigidez del programa informático de petición de pruebas complementarias a radiología.
- Fallo del suministro eléctrico en una UCI pediátrica y desconexión de un respirador.
- Falta de respuesta administrativa a una petición de antibiótico urgente a la Comisión de uso racional de medicamentos y productos sanitarios.

3. Incidentes relacionados con los cuidados de pacientes críticos, complejos o vulnerables: 5

- Salida accidental de cánula de ECMO probablemente no bien fijada, que desemboca en parada cardiorrespiratoria.
- Complicación muy grave en UCI tras procedimiento de cardiología intervencionista sin que el cirujano vascular de guardia se desplace a UCI a valorar al paciente.
- Broncoaspiración en paciente con demencia pendiente de cirugía.
- Demora en la atención médica a paciente en unidad de quemados a cargo de la UCI.
- Colocación incorrecta de la sonda nasogástrica en UCI en paciente con traqueostomía y ventilación mecánica (sin radiografía).

4. Incidentes relacionados con parada cardiorrespiratoria y RCP: 5

- Activación incorrecta del protocolo de comunicación ante una parada cardiorrespiratoria en planta, por lo que no acude parte del personal de guardia que estaba establecido.

- Parada cardiorrespiratoria tras cirugía menor ambulatoria.
- Parada cardiorrespiratoria en paciente trasplantado cardiaco, puede que por falta de atención a los eventos recogidos en la telemetría y retraso en la RCP.
- Parada cardiorrespiratoria durante colonoscopia.
- No se inician las maniobras de RCP en el lugar donde se produce la parada, trasladándose al paciente a otra unidad.

5. Incidentes relacionados con la formación del personal: 5

- Infección tras artroplastia de rodilla que se complica por antibioterapia inadecuada en atención primaria.
- Ingreso en UCI y cesárea urgente en gestante tras acudir a otro hospital después de haber acudido cuatro veces a urgencias por cuadro de tensión arterial alta sin recibir tratamiento adecuado.
- RCP e intubación orotraqueal defectuosa realizada por personal de urgencias a un paciente accidentado sin avisar a UCI hasta 25-30 minutos después, encontrándole en parada cardiorrespiratoria.
- Sobredosificación de opiáceos por dudas sobre la adecuada preparación de la dilución para administrar. Este incidente se notifica dos veces.

6. Incidentes relacionados con la comunicación y el trabajo en equipo: 4

- Retraso en pruebas cruzadas previas a transfusión en paciente con hematemesis grave por insuficiente colaboración del retén de celadores.
- Problemas en el proceso de comunicación y solicitud de hemoderivados al banco de sangre durante un shock hemorrágico en el bloque quirúrgico que retrasa la transfusión.
- Retraso de más de cinco horas en la interconsulta de Urgencias de un paciente de nivel III.
- No comunicación al solicitante por parte del laboratorio de un resultado crítico en una analítica urgente que además no es valorada hasta el turno siguiente.

7. Incidentes relacionados con deficiente comunicación-transferencia-monitorización: 3

- Traslado de paciente con ventilación mecánica no invasiva desde urgencias a planta a cargo de Cardiología. El traslado se realiza exclusivamente por celador sin monitorización y sufre parada cardiorrespiratoria y éxitus durante el mismo.

- Traslado de paciente crítico para TAC sin acompañamiento de personal sanitario.
- Insuficiente monitorización y seguimiento de paciente con cuadro de síncope en el área de observación de urgencias.

8. Incidentes relacionados con caídas o accidentes del paciente: 3

- Caída de paciente que necesita ayuda para actividades de la vida diaria que salta las barras de la cama y se cae tras dirigirse a la puerta de la habitación.
- Caída durante la noche de paciente anciana en cama de observación de urgencias a la espera de traslado a hospital de media estancia. La caída le produce un traumatismo craneoencefálico con hematoma subdural agudo y empeoramiento clínico que requiere intensificar los cuidados previos al traslado; sin embargo, en el informe de alta y traslado no queda constancia del episodio sobrenido.
- Caída de paciente durante su aseo al dejarla su acompañante sola un momento y de pie.

9. Incidentes relacionados con medicación: 2

- Validación farmacéutica y administración de anticoagulante sin comprobar INR en paciente con fractura vertebral y que tenía tratamiento con Sintrom.
- Error de prescripción y sobredosificación del paciente: una dosis única se pautó como diaria y Farmacia se da cuenta y avisa a los 5 días.

10. Autolisis de paciente: 2

- Suicidio al día siguiente de evaluación (correcta) por Psiquiatría en urgencias.
- Autolisis de paciente con enfermedad terminal e ideación suicida, abriendo una ventana considerada de seguridad.

11. Demora en tratamiento paliativo: 2

- Paciente susceptible de tratamiento paliativo al que sigue administrándose tratamiento invasivo.
- Mantenimiento de medicación activa y demora importante en la valoración de paciente susceptible de tratamiento paliativo.

12. Incidentes relacionados con los equipos/dispositivos: 1

- Retraso diagnóstico de cáncer de páncreas por usar un equipo defectuoso que no permitió realizar una evaluación correcta.

13. Otros: 4

- Paciente ingresada en una unidad de internamiento breve a la que se hace endoscopia por varios episodios de auto ingestión de objetos y que llega a la consulta de endoscopia con varias pulseras metálicas en la pierna.
- Retraso en la entrega de la muestra (por errores en la cadena de recogida de muestras) de un mortinato al servicio de genética lo que imposibilita el estudio preciso, lo que conlleva una merma en el consejo preconcepcional para futuras gestaciones en una paciente con daños psicológicos. Este incidente se notifica dos veces.
- Embolismo gaseoso en planta de cirugía.

Incidentes notificados en atención primaria

Se incluyen los incidentes notificados en centros de atención primaria (y asimilados, como las residencias sociosanitarias) de 10 Comunidades Autónomas. Según puede verse en la Tabla 11, la implantación del SiNASP en atención primaria sigue sin consolidarse. A finales de 2023 había 531 centros de atención primaria dados de alta como activos en el sistema y se han recibido notificaciones de 136 de ellos, que son 20 más que el año anterior, pero supone solo un 26% del total. En La Rioja han notificado el 100% de los centros y en Navarra se ha producido una progresión notable en comparación con 2022.

Tabla 11. Centros de atención primaria dados de alta en el SiNASP a 31 de diciembre de 2023 y los que han usado SiNASP en 2023

CC. AA.	Comienzo de la implantación	Centros de AP*	Centros AP que usan SiNASP** en 2023	Centros AP que usan SiNASP en 2022
Aragón	Octubre 2014	8 (áreas)	3	3
Asturias	Noviembre 2014	42	12	12
Canarias	Noviembre 2014	7 (áreas)	2	1
Cantabria	Septiembre 2014	43	21	18
Castilla-La Mancha	Diciembre 2013	121	7	11
Extremadura	Octubre 2016	124	13	22
Galicia	Diciembre 2013	89	39	30
INGESA	Diciembre 2019	7	0	0
La Rioja	Diciembre 2016	4	4	3
Murcia***	Diciembre 2013	10 (áreas)	4	6
Navarra	Octubre 2014	76	31	10

* 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 completa.

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

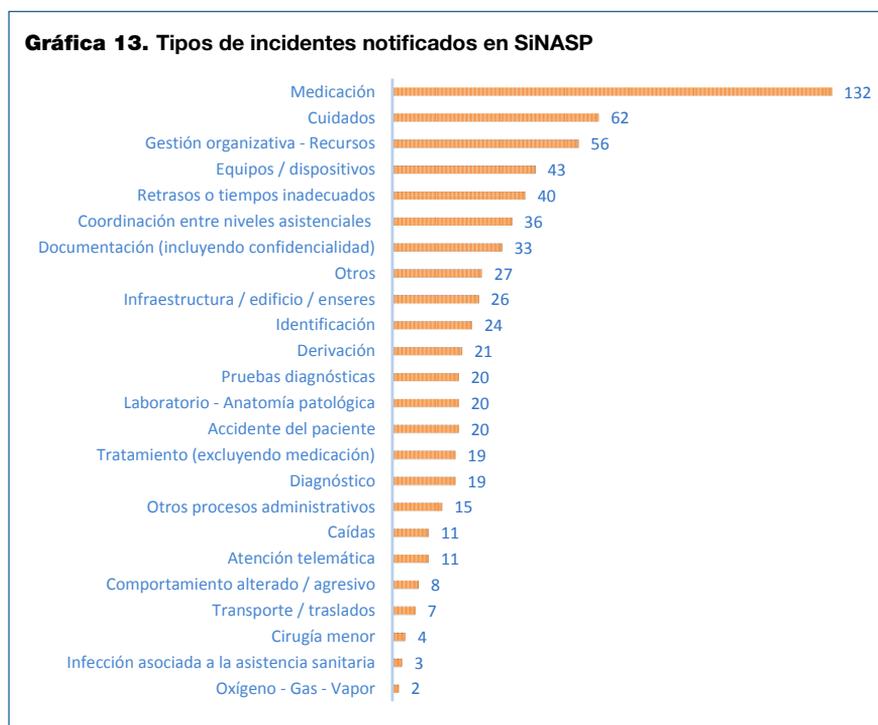
*** En 2023 se reestructuró la AP y se unificaron los centros de todas las áreas.

Análisis global de los incidentes notificados

Tipo de incidente

En la Gráfica 13 se muestran los incidentes notificados según la clasificación por tipo de incidente. 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.

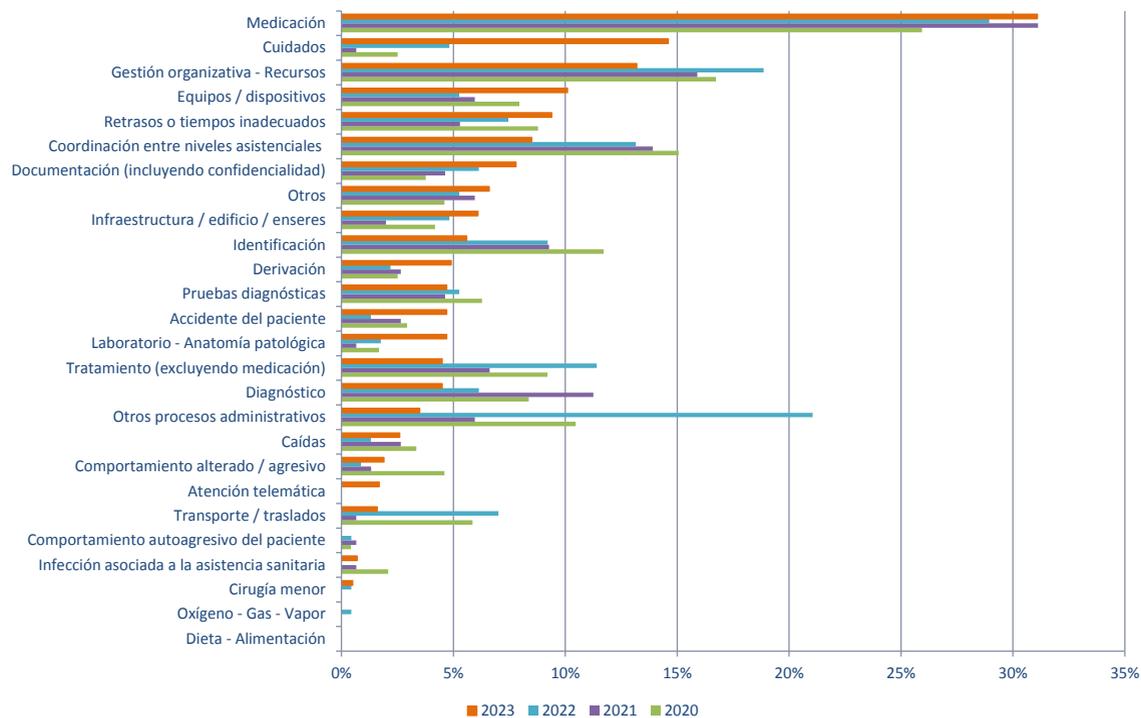
La categoría mayoritaria de incidentes notificados en atención primaria es *medicación* (132 incidentes, 20,2%), seguida de *cuidados* (62 incidentes, 9,5%) y *gestión organizativa-recursos* (56 incidentes, 8,6%). En 2023 se notificaron 11 incidentes de la nueva categoría de *atención telemática* (5 *entre profesional y paciente/cuidador* y 6 *entre profesionales-interconsulta*).



Al comparar con los años anteriores (Gráfica 14) lo más llamativo es el incremento de las notificaciones relacionadas con *cuidados* y la disminución de las notificaciones relacionadas con *otros procesos administrativos*.

Entre las categorías de incidentes más notificados cuyo porcentaje destaca sobre 2022 están los *cuidados y equipos/dispositivos*. En 2023, también aumentaron los incidentes relacionados con *medicación, documentación o infraestructura*. Algunas categorías más representativas disminuyen de forma relevante (más de 4 puntos) como *coordinación entre niveles asistenciales y gestión organizativa-recursos*. Esta última categoría, que en años anteriores era de la más notificada, en 2023 ha disminuido sustancialmente.

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

Gráfica 14. Comparativa de incidentes notificados al SiNASP desde 2020 hasta 2023

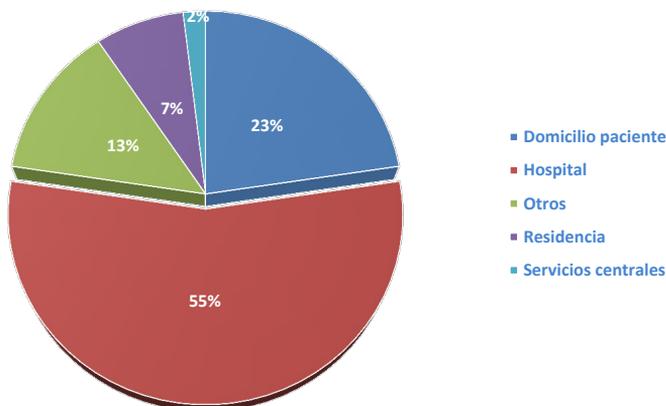
Lugar en que ocurrió el incidente

Más de la mitad de los incidentes notificados tuvo lugar en la consulta (Tabla 12), un porcentaje más elevado al de años anteriores; un 12,5% de los incidentes notificados se produjeron en una organización distinta del centro de atención primaria, y en tercer lugar se notificaron incidentes ocurridos en las urgencias de atención primaria (10,8%).

Tabla 12. Incidentes notificados según el área en que se produjo el incidente desde 2020

INCIDENTES	2023		2022		2021		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Consultas/consultorio	249	58,6%	119	52,2%	73	48,3%	124	51,9%
En una organización/ lugar distinto al centro de Atención Primaria	53	12,5%	45	19,7%	39	25,8%	40	16,7%
Área de atención continuada/urgencias/SUAP	46	10,8%	32	14,0%	13	8,6%	29	12,1%
Laboratorio	24	5,6%	9	3,95	5	3,3%	11	4,6%
Área de administración/ información	14	3,3%	6	2,6%	1	0,7%	3	1,3%
Otras áreas del centro de Atención Primaria (escaleras, entrada...)	13	3,1%	1	0,44	3	2,0%	7	2,9%
Sala de espera	10	2,4%	2	0,9%	5	3,3%	9	3,8%
Teléfono	6	1,4%	9	3,9%	6	4,0%	14	5,8%
Servicios de apoyo	4	0,9%	3	1,3%	2	1,3%	1	0,4%
Lugar desconocido	4	0,9%	1	0,4%	2	1,3%	1	0,4%
Radiología	2	0,5%	1	0,4%	2	1,3%	0	0,0%

Gráfica 15. Ubicación de los incidentes notificados en 2023 que tuvieron lugar fuera del centro de atención primaria



En 2023 se recupera el patrón de años anteriores (Gráfica 15) y la mayoría de los incidentes notificados ocurridos fuera del centro de atención primaria, se produjeron en hospitales (55%), a diferencia de 2022 que fue en centros educativos. En segundo lugar, se notificaron incidentes ocurridos en el domicilio del paciente (23%). Solo se notificaron 4 incidentes (7%) de residencias sociosanitarias.

Profesión del notificante

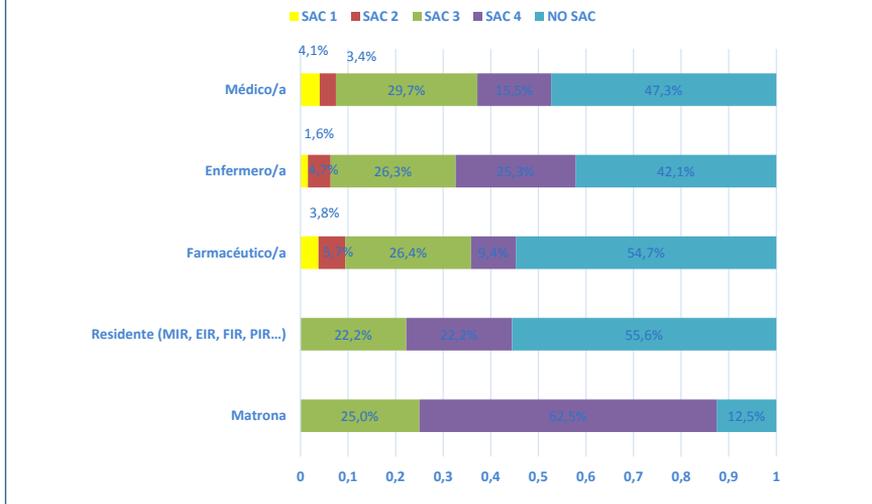
En 2023 se vuelve a la tendencia habitual, siendo el colectivo médico el que más notifica (44,8%), seguido de enfermería (34,9%) y de farmacéuticos/os (12,97%) (Tabla 13). La notificación de farmacéuticos/as se ha incrementado con respecto a 2022 y la de residentes se mantiene en niveles similares. El colectivo de matronas ha notificado el 2% de los incidentes en atención primaria.

Tabla 13. Incidentes notificados según la profesión del notificante desde 2020

Profesión del notificante	2023		2022		2021		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico/a	190	44,8%	83	36,4%	84	55,6%	138	57,7%
Enfermero/a	148	34,9%	101	44,3%	40	26,5%	65	27,2%
Farmacéutico/a	55	13,0%	25	11,0%	18	11,9%	23	9,6%
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)	9	2,1%	8	3,5%	6	4,0%	6	2,5%
Matrona	8	1,9%						
Otros	8	1,9%	8	3,5%	2	1,3%	5	2,1%
Fisioterapeuta	2	0,5%	1	0,4%	0	0,0%	1	0,4%
Otros profesionales sanitarios	2	0,5%				0,0%		0,0%
Otras licenciaturas/grados sanitarios	1	0,2%	2	0,9%	0	0,0%	1	0,4%
Técnico/a auxiliar de enfermería	1	0,2%	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%
Técnico/a en Farmacia		0,0%				0,0%		0,0%
Otros/as técnicos/as de grado superior y medio		0,0%				0,0%		0,0%
Técnico/a en Laboratorio de diagnóstico clínico		0,0%				0,0%		0,0%
Estudiantes/Personal en prácticas		0,0%				0,0%		0,0%

Si comparamos los perfiles de riesgo de los incidentes notificados por los principales colectivos profesionales (Gráfica 16) vemos que los colectivos de medicina, seguidos de farmacia y enfermería, son los que notifican incidentes de alto riesgo.

Gráfica 16. Porcentaje de incidentes que han notificado en 2023 los principales colectivos profesionales, según su nivel de riesgo



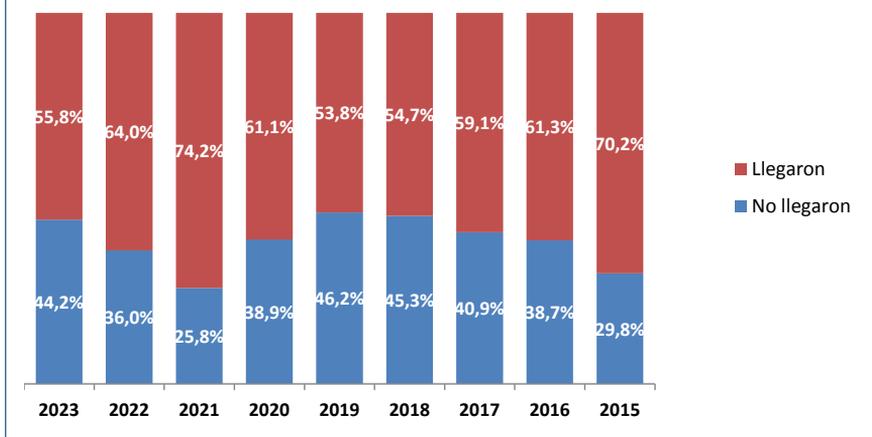
Consecuencia de los incidentes en los pacientes

En 2023, el 55,8% de los incidentes notificados llegaron al paciente, un valor inferior a los años anteriores. No obstante, a diferencia de lo sucedido en los hospitales, siguen manteniéndose en el rango de la serie histórica: en atención primaria siempre se han notificado más los incidentes que alcanzan al paciente (Tabla 14 y Gráfica 17). Aumentan mucho tanto en número como en porcentaje las notificaciones de situaciones con capacidad de causar un incidente, que constituyen el 77% de todos los incidentes notificados que no llegaron al paciente.

Tabla 14. Incidentes notificados según las consecuencias en los pacientes desde 2020

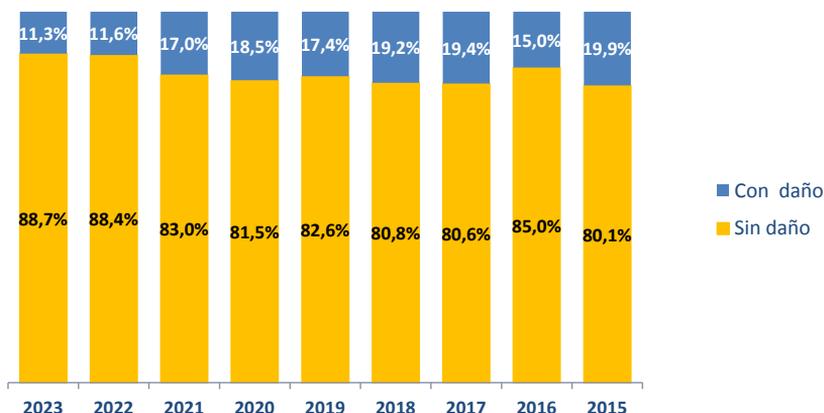
INCIDENTES	2023		2022		2021		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Situación con capacidad de causar un incidente	144	33,9%	57	25,00%	18	11,92%	58	24,27%
Incidente que no llegó al paciente	44	10,4%	25	10,96%	21	13,91%	35	14,64%
Incidente que llegó al paciente	237	55,8%	146	64,04%	112	74,17%	146	61,09%
El incidente llegó al paciente, pero no le causó daños	86	20,2%	83	36,40%	56	37,09%	61	25,52%
No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	103	24,2%	46	20,18%	37	24,50%	58	24,27%
Daño moderado: daño temporal menor o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o conflicto con el paciente.	27	6,4%	11	4,82%	13	8,61%	23	9,62%
Daño importante: daño temporal importante o daño menor permanente o que necesita ingreso hospitalario	12	2,8%	4	1,75%	2	1,32%	4	1,67%
Catastrófico: muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente	9	2,1%	2	0,88%	4	2,65%	0	0,00%

Gráfica 17. Incidentes notificados según si llegaron o no al paciente desde 2015



De los incidentes que llegaron al paciente el 88% no le produjeron daño (Gráfica 18). Esta proporción subió en 2022 con respecto a los años anteriores, y en 2023 se mantiene esta tendencia.

Gráfica 18. Incidentes notificados según si produjeron o no daño al paciente desde 2015



Riesgo asociado a los incidentes

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

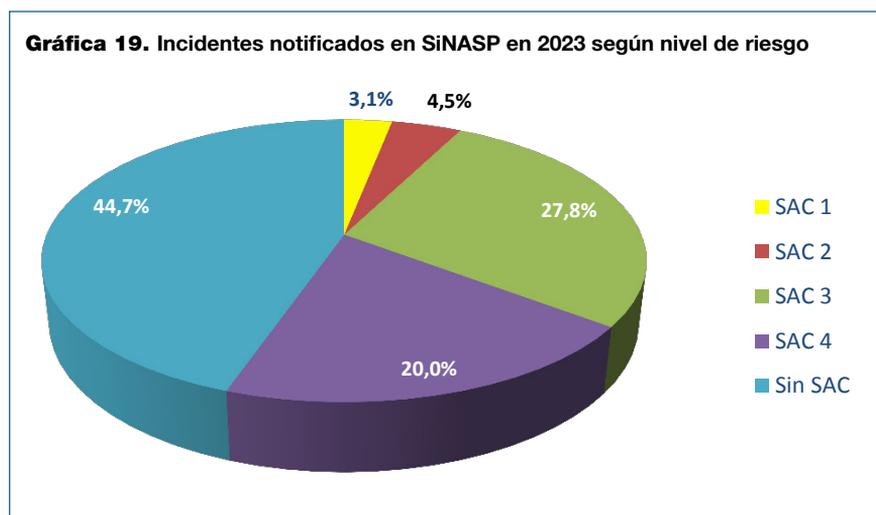
Tabla 15. Cálculo del riesgo asociado a un incidente en atención primaria (SAC)

	Frecuente	Probable	Ocasional	Poco frecuente	Muy infrecuente
Muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente	Extremo	Extremo	Extremo	Extremo	Alto
Daño temporal importante o daño menor permanente y/o que necesita ingreso	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
Daño temporal menor y/o necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización o 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

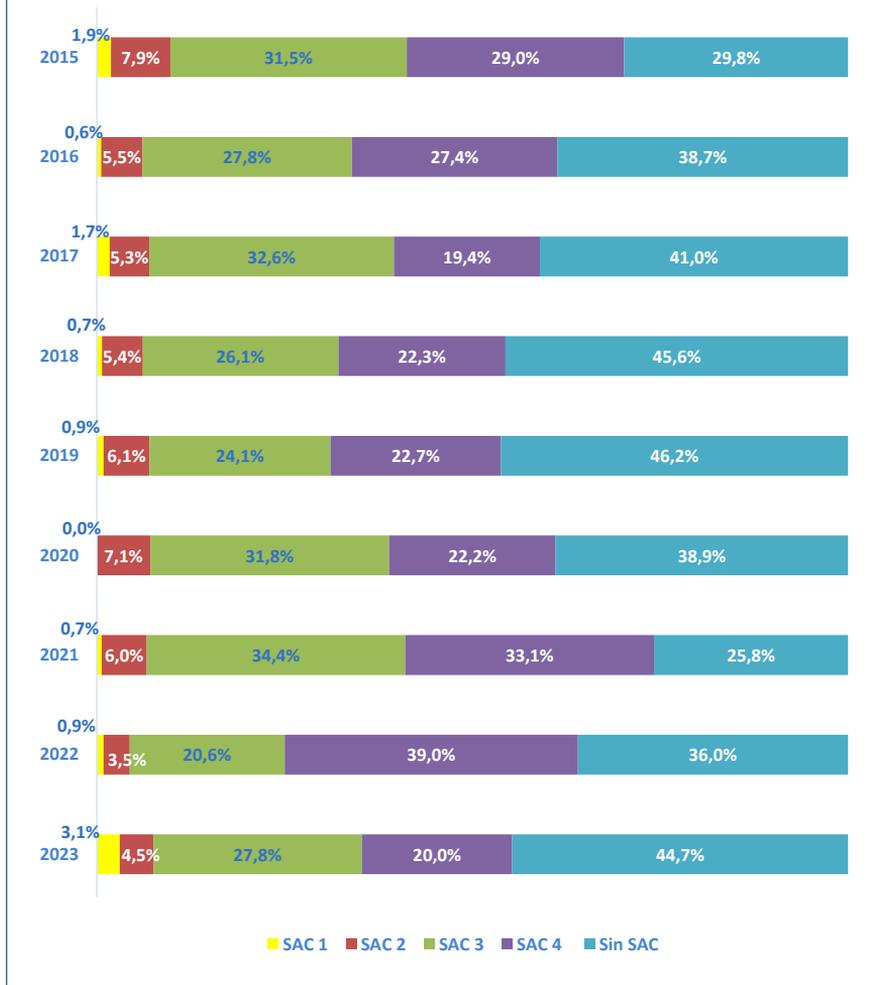
Hay dos tipos de incidentes que no son susceptibles de una clasificación mediante el SAC: las situaciones con capacidad de causar incidentes y los incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente. Teniendo en cuenta que una de las variables que se utilizan para el cálculo del SAC 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 19. Las notificaciones de incidentes de bajo riesgo sin SAC han sido las más numerosas (44,7%).



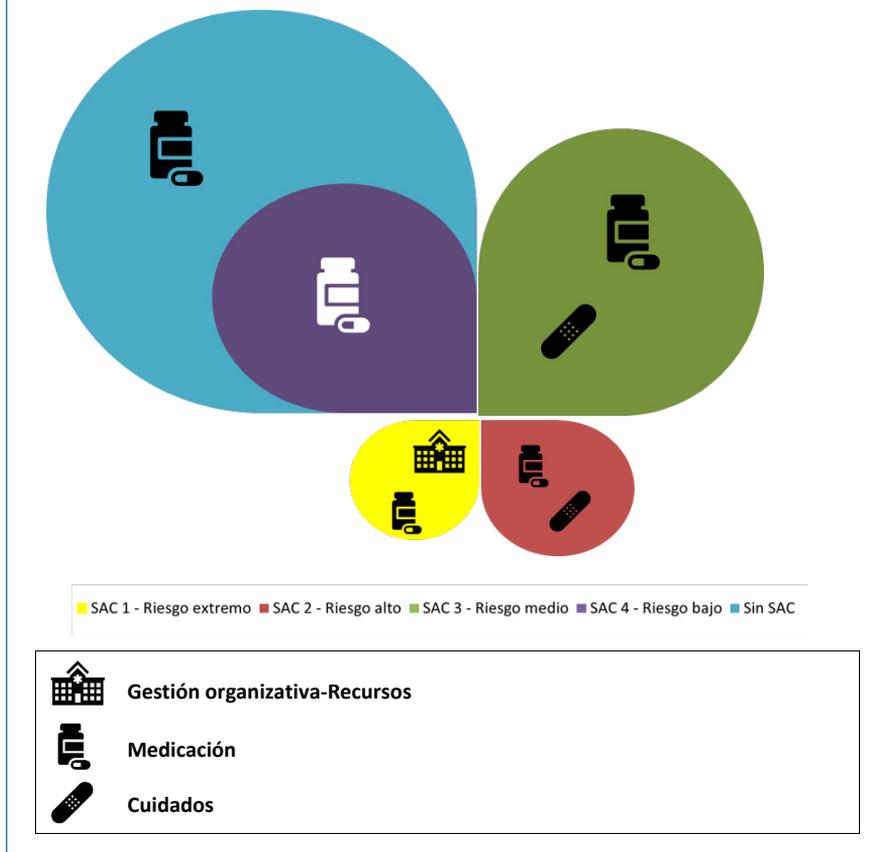
En 2023 ha aumentado el porcentaje de incidentes notificados que han supuesto un riesgo extremo para el paciente (3,1% frente al 0,9% de 2022) (Gráfica 20), siendo el porcentaje más alto de la serie. También ha aumentado la notificación de incidentes de riesgo alto (SAC 2) y de riesgo medio, mientras que ha disminuido la de los incidentes de riesgo bajo.

Gráfica 20. Incidentes notificados en SiNASP según riesgo desde 2015



En la Figura 3 se presentan las categorías de incidentes más frecuentes para cada nivel de riesgo SAC. En todos los niveles de riesgo figura la medicación como una de las categorías de incidentes más notificadas: en los incidentes sin SAC o tipo SAC 4 como la más destacada, en los incidentes tipo SAC 3 y SAC 2 como la principal seguida a corta distancia por los incidentes relacionados con los cuidados; en el caso de los incidentes de mayor riesgo, los SAC 1, la categoría más señalada ha sido la gestión organizativa/recursos, pero los incidentes relacionados con la medicación también van a la zaga.

Figura 3. Tipos de incidentes más notificados al SiNASP según SAC



Factores contribuyentes a la aparición del incidente

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

Igual que con las notificaciones de hospital, en 2023 los factores profesionales sobrepasan a los factores de la organización como principal grupo de factores contribuyentes a la aparición de los incidentes, aunque ambos factores decrecen respecto 2022 (Tabla 16 y Gráfica 21). Los factores del entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento, factores externos y otros factores no especificados han experimentado una subida notable con respecto a años anteriores. En cambio, la atribución de los incidentes a los factores del

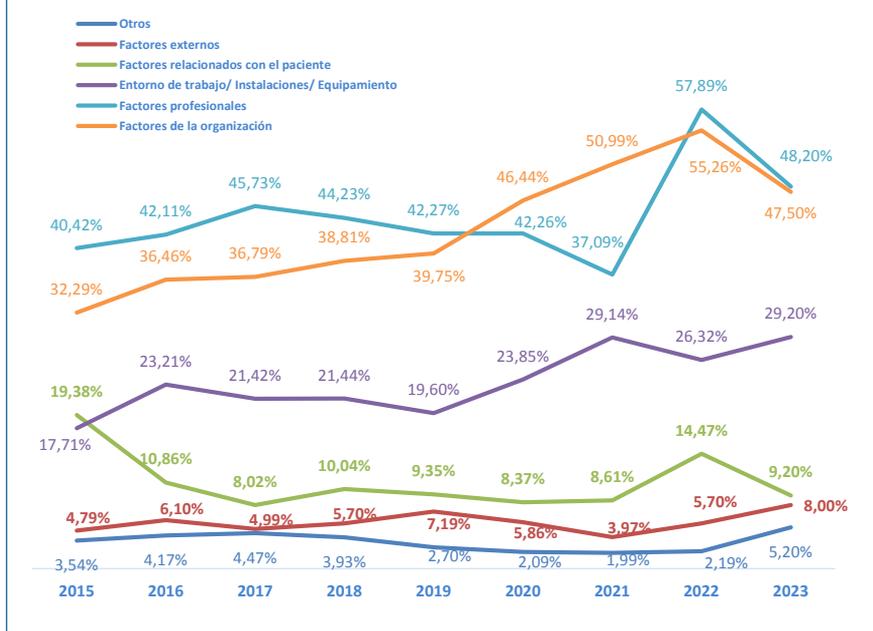
paciente ha descendido bastante en comparación con 2022, aproximándose más al resto de valores de la serie histórica.

Tabla 16. Incidentes notificados al SiNASP en 2023 según los factores contribuyentes

	2023		2022		2021		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Factores contribuyentes								
Factores profesionales	205	48,2%	132	57,89%	56	37,09%	101	42,26%
Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	96	22,6%	67	29,39%	23	15,23%	35	14,64%
Comportamiento/conducta de los profesionales	66	15,6%	30	13,16%	15	9,93%	32	13,39%
Problemas de comunicación	60	14,1%	43	18,86%	18	11,92%	33	13,81%
Factores estresantes/emocionales/fatiga	54	12,7%	33	14,47%	22	14,57%	25	10,46%
Otros factores de los profesionales	28	6,6%	26	11,40%	13	8,61%	11	4,60%
Factores de la organización	202	47,5%	126	55,26%	77	50,99%	111	46,44%
Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	110	25,9	84	36,84%	56	37,09%	76	31,80%
Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo	77	18,1	41	17,98%	32	21,19%	43	17,99%
Cultura de la organización	76	17,9	40	17,54%	35	23,18%	62	25,94%
Problemas en el trabajo en equipo	34	8	28	12,28%	18	11,92%	30	12,55%
Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento	124	29,2%	60	26,32%	44	29,14%	57	23,85%
Factores relacionados con el paciente	39	9,2%	33	14,47%	13	8,61%	20	8,37%
Paciente con enfermedad crónica	16	3,8	8	3,51%	5	3,31%	3	1,26%
Paciente con comorbilidades	14	3,3	11	4,82%	5	3,31%	6	2,51%
Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	12	2,8	5	2,19%	4	2,65%	8	3,35%
Otros factores relacionados con el paciente	11	2,6	21	9,21%	7	4,64%	8	3,35%
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	9	2,1	3	1,32%	2	1,32%	6	2,51%
Paciente desconocido por el profesional	7	1,6	5	2,19%	4	2,65%	7	2,93%
Factores externos	34	8,0%	13	5,70%	6	3,97%	14	5,86%
Otros	22	5,2%	5	2,19%	3	1,99%	5	2,09%

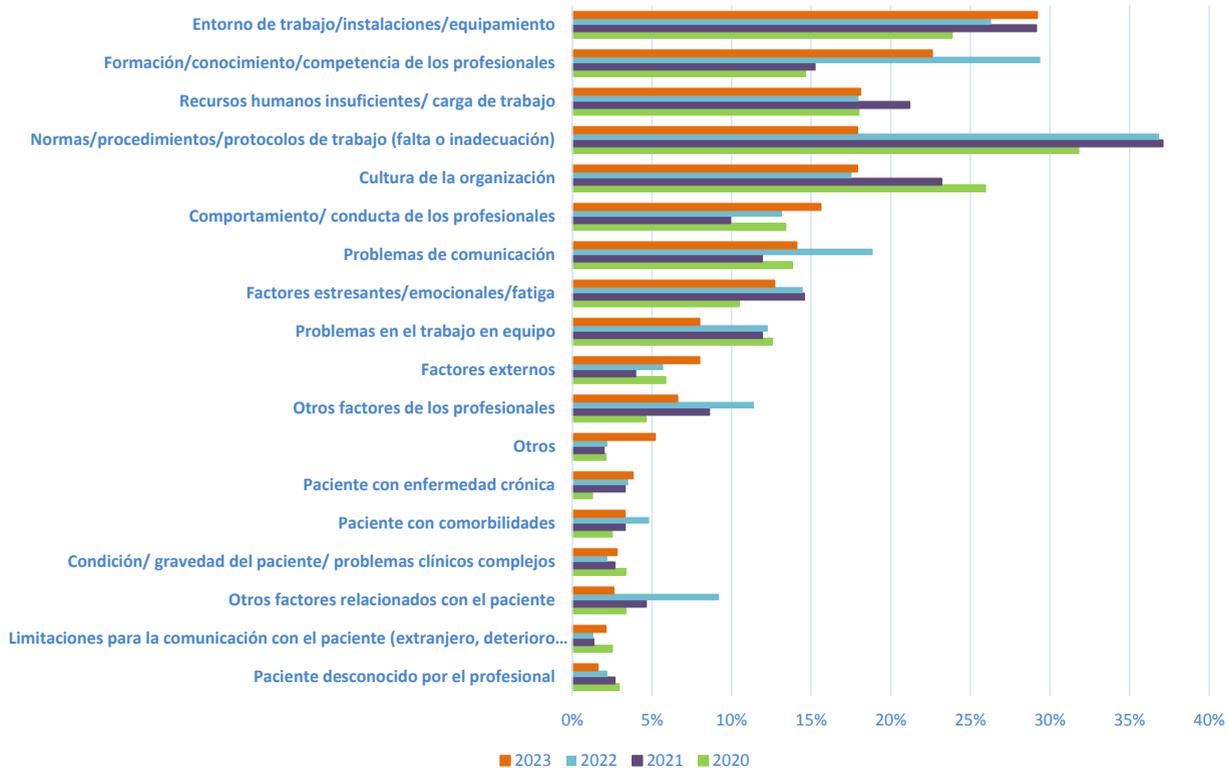
El total puede superar el n.º de incidentes notificados, porque en un incidente pueden identificarse varios factores contribuyentes.

Gráfica 21. Porcentaje de incidentes notificados a SiNASP desde 2015, según los grandes grupos de factores contribuyentes



A nivel de categoría individual (Gráfica 22) en 2023 se produce un cambio y la *falta o inadecuación de las normas/procedimientos/protocolos de trabajo*, deja de ser el principal factor, y disminuye bastante con respecto a años anteriores. En 2023 el principal factor contribuyente es el *entorno de trabajo/ instalaciones/equipamiento*, seguido de la *formación/conocimiento/competencia* de los profesionales. En tercer lugar, figuran los *recursos humanos/ insuficientes/carga de trabajo*.

El único factor profesional que mantiene una tendencia creciente en los últimos 3 años ha sido el *Comportamiento/conducta de los profesionales*. También sigue en aumento la atribución de algunos incidentes a *factores externos*, aunque se trate de un factor minoritario.

Gráfica 22. Incidentes notificados al SiNASP desde 2020 según los factores contribuyentes

Incidentes clasificados como SAC 1

Entre las notificaciones cerradas a 30 de junio de 2024, figuran trece incidentes clasificados como SAC 1. De ellos, según los notificantes, siete produjeron daño importante (daño temporal importante o daño menor permanente o que necesita ingreso hospitalario) y seis dieron lugar a daño catastrófico (muerte, situación de amenaza para la vida o daño serio permanente).

Seis notificaciones fueron realizadas por médicos/as, tres por enfermeros/as y dos por farmacéuticos/as. El resto por otros profesionales no especificados.

Según los notificantes, seis de los incidentes se produjeron en el área de atención continuada/urgencias/SUAP, cuatro en consulta y los otros tres en un lugar distinto de la atención primaria.

También se han revisado tres incidentes clasificados como SAC 2 con consecuencia de daño catastrófico. Todos han sido notificados por médicos/as: uno se produjo en el área de atención continuada/urgencias/SUAP, otro en consulta y el tercero en un lugar distinto de la atención primaria. Este último no se incluye en el análisis, pues no se trata de un incidente de seguridad del paciente y debería haber sido eliminado del sistema.

Los 15 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. 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 la valoración, diagnóstico o tratamiento: 4

- Error diagnóstico en urgencias de atención primaria a cargo de médico sin especialidad.
- Insuficiente valoración y tratamiento no adecuado en domicilio de paciente que vive solo.
- Intento autolítico por benzodiazepinas que el facultativo de urgencias de atención primaria prefiere no abordar y esperar al servicio de emergencias extrahospitalarias.
- Grave deterioro de paciente en residencia durante la noche y ya es irreversible cuando acude el servicio de emergencia.

2. Incidentes relacionados con la gestión organizativa/recursos: 4

- Retraso en la atención a una parada cardiorrespiratoria en domicilio del paciente por valoración inadecuada de la prioridad en el centro coordinador.

- Retraso en atención a paciente con patología grave por estar el Punto de atención continuada (situado a más de 50 km del hospital más cercano) sin equipo profesional por una salida de emergencia. Este incidente se notifica dos veces.
- Atención de un recién nacido (revisión de los 5 días) por enfermera sin experiencia en ausencia de pediatra, que no detecta los signos de deterioro que posteriormente conducen a ingreso en UCI neonatal.

3. Incidentes relacionados con la coordinación entre niveles asistenciales: 3

- Falta de protocolo que determine quién es responsable de la pauta de suspensión de sintrom prequirúrgico: se pospone la cirugía y posible accidente cerebrovascular transitorio por la terapia puente inadecuada.
- Doble prescripción y consumo por el paciente de hipertensivos al alta del hospital: nuevo tratamiento sin suspender el antiguo y el pastillero que preparan en la farmacia incluye ambos.
- Sobredosificación de opiáceos y mantenimiento de prescripción crónica de heparina de bajo peso molecular por no desactivar en sistema desde hospital y no revisar en AP.

4. Incidente relacionado con la medicación: 3

- Prescripción habitual de fentanilo con pautas crecientes por indicación no autorizada de dolor crónico no oncológico.
- Broncoaspiración secundaria a medicación por tratamiento crónico de opioides + benzodiazepinas.
- Recetas forzadas de estupefacientes en paciente con historial de abuso de sustancias.

5. Incidentes relacionados con equipos/dispositivos: 1

- Traslado urgente de paciente politraumatizado sin cinturón pélvico por carecer de él en un servicio de urgencias de atención primaria situado a bastante distancia de la UVI móvil.

Análisis de incidentes relacionados con el diagnóstico

En 2024, la OMS propuso dedicar el Día mundial de la seguridad del paciente a la mejora del diagnóstico para mejorar la seguridad del paciente. Por este motivo, se han analizado con más detalle los incidentes relacionados con el diagnóstico notificados en 2023 tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria y comunitaria.

Se extrajeron todos los incidentes de las categorías *pruebas diagnósticas* y *diagnóstico*. En atención primaria fueron 21 incidentes.

En el ámbito hospitalario, se extrajeron 571 incidentes de ambas categorías. Del total de incidentes, se excluyeron 54 porque eran duplicados (incluidos en ambas categorías) y 170 incidentes que no estaban propiamente relacionados con el diagnóstico (por ejemplo, falta de profesionales, opiniones contradictorias entre profesionales, incidentes directamente relacionados con sistemas informáticos, etc.).

Los 347 incidentes notificados relacionados con el diagnóstico en el hospital se clasificaron atendiendo a la taxonomía de *Diagnosis Error Evaluation and Research* (DEER)², que identifica 7 fases y etapas en las que pudo ocurrir el error diagnóstico (Tabla 17).

² Schiff GD, Kim S, Abrams R, Cosby K, Lambert B, Elstein AS, Hasler S, Krosnjar N, Odwazny R, Wisniewski MF, McNutt RA. Diagnosing diagnosis errors: lessons from a multi-institutional collaborative project. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al, editor(s). *Advances in patient safety: from research to implementation*. Vol. 2, concepts and methodology. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; febrero de 2005. p. 255-78.

Tabla 17. Clasificación de las fases y etapas de la taxonomía DEER

Fase	¿Dónde pudo ocurrir el error?
1. Acceso/Presentación	1.1 Fallo/retraso en la presentación
	1.2 Fallo o denegación de acceso a la atención
2. Historia	2.1 Fallo o demora en la obtención de datos históricos críticos
	2.2 Datos históricos críticos inexactos, malinterpretados o pasados por alto
	2.3 Fallo en la ponderación de datos históricos críticos
	2.4 Fallo o demora en el seguimiento de datos históricos críticos
3. Examen físico	3.1 Fallo o demora en obtener hallazgos críticos en el examen físico
	3.2 Hallazgos críticos del examen físico inexactos/malinterpretados/pasados por alto
	3.3 Fallo en la ponderación de los hallazgos críticos del examen físico
	3.4 Falta de seguimiento o demora en el hallazgo crítico del examen físico
4. Prueba (laboratorio/radiología)	4.1 Solicitud ("preanalítico")
	4.1.1 Fallo/demora en la solicitud de las pruebas necesarias
	4.1.2 Fallo/demora en la realización de las pruebas solicitadas
	4.1.3 Error en la secuenciación de pruebas
	4.1.4 Solicitud de pruebas incorrectas
	4.1.5 Pruebas ordenadas de forma incorrecta
	4.2 Realización ("analítico")
	4.2.1 Confusión de muestras o etiquetas incorrectas (por ejemplo, prueba o paciente equivocados)
	4.2.2 Problema de entrega de la muestra
	4.2.3 Errores técnicos/mal procesamiento de la muestra/prueba
	4.2.4 Lectura errónea de la prueba en laboratorio o radiología
	4.2.5 Informe fallido o tardío del resultado al médico
	4.3 Procesamiento clínico ("posanalítico")
	4.3.1 Seguimiento fallido o tardío del resultado de la prueba (anormal)
	4.3.2 Error en la interpretación de la prueba por parte del médico

Tabla 17. Clasificación de las fases y etapas de la taxonomía DEER

Fase	¿Dónde pudo ocurrir el error?
5. Evaluación	5.1 Generación de hipótesis
	5.1 Fallo/retraso en la consideración del diagnóstico
	5.2 Ponderación/priorización subóptima
	5.2.1 Muy poca consideración/peso dado al diagnóstico
	5.2.2 Demasiado peso en diagnósticos competitivos/coexistentes
	5.3 Reconocer urgencias/complicaciones
	5.3.1 Seguimiento fallido o tardío del resultado de la prueba (anormal)
5.3.2 Error en la interpretación de la prueba por parte del médico	
6. Consulta de referencia	6.1 Fallo/demora en la solicitud de derivación/consulta
	6.2 Fallo/demora en la obtención/programación de la derivación ordenada
	6.3 Error/calidad subóptima en la ejecución de la consulta diagnóstica
	6.4 Comunicación/seguimiento fallido o retrasado de la consulta
7. Seguimiento	7.1 Fallo/demora en el seguimiento/reevaluación oportuna del paciente
	7.2 No remitir al paciente a un entorno/monitoreo cercano/seguro
	7.3 Fallo/demora en el control o análisis de laboratorio necesarios (PA, INR, repetir radiografía de tórax)
	7.4 Fallo o demora en la comunicación de los hallazgos entre los proveedores de atención médica

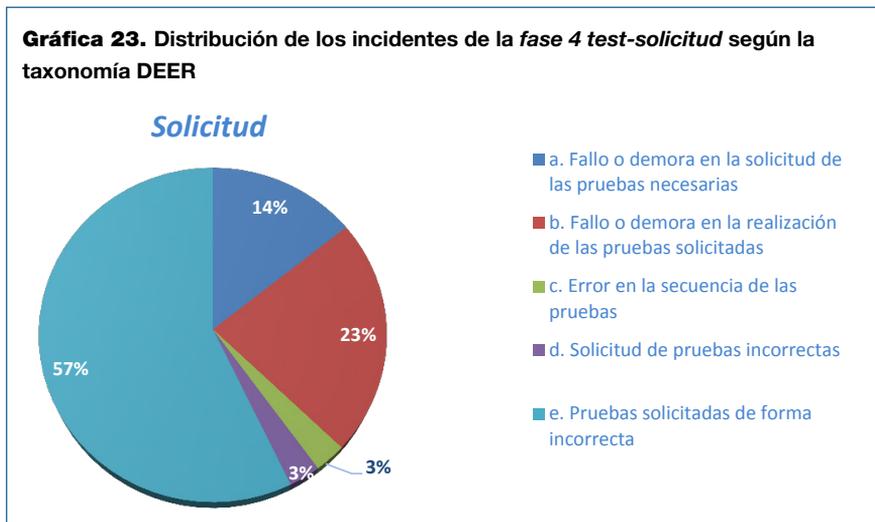
De los 347 incidentes analizados, la gran mayoría (90,5%, n=314) se clasificaron dentro de la fase 4 *test/pruebas*. El número de incidentes en cada fase de la taxonomía DEER se muestra en la Figura 4.

¿Dónde pudo ocurrir el error dentro del proceso diagnóstico?						
1. Acceso / Presentación	2. Historia clínica	3. Examen físico	4. Test (laboratorio / radiología)	5. Evaluación	6. Consultas a especialistas	7. Seguimiento
N=0	N=11	N=12	N=314	N=2	N=1	N=7

Cada apartado de la taxonomía DEER tiene una subclasificación que distingue *¿qué salió mal?* Por ejemplo, en la fase 1 *acceso/presentación*, se diferencian dos posibles respuestas a la pregunta *¿qué salió mal?*: fallo/demora en la presentación y fallo/negación de acceso a la atención.

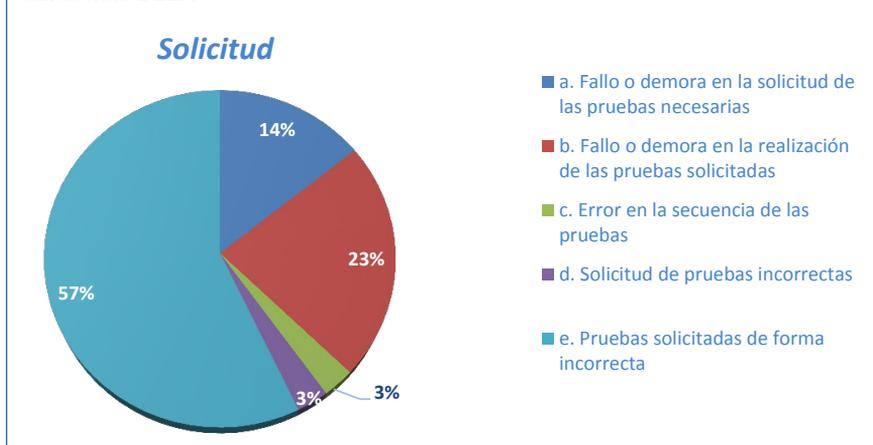
De los 314 incidentes relacionados con el diagnóstico incluidos en la fase de *test/prueba*, un 44,6% (n=140) se clasificaron en el proceso de *Solicitud*, un 52,5% (n=165) en la *Realización* y un 2,9% (n=9), en el *Procesamiento clínico*.

Dentro de la *Solicitud*, la mayoría de los incidentes se relacionaron con *Pruebas solicitadas de forma incorrecta* (Gráfica 23).



Dentro de la *Realización* de la fase 4 test, la mayoría de los incidentes se relacionaron con *confusión de muestras o etiquetas incorrectas* (p. ej., paciente o prueba equivocados) y con *errores técnicos o procesamiento deficiente de la muestra o prueba* (Gráfica 24).

Gráfica 24. Distribución de los incidentes de la fase 4 test-realización, según la taxonomía DEER



Ejemplos de incidentes

Se presentan algunos ejemplos de incidentes clasificados en las distintas fases para las que se encontraron situaciones representativas.

Fase 2: historia clínica, con datos históricos inexactos, malinterpretados o ignorados

- *Paciente de 94 años atendido en urgencias por la noche, que acude por caída y contusión en la pierna. Valorado se realizan RX y toma de constantes. Se aprecia una fractura y se coloca férula. Paciente anticoagulado, por lo que se realiza TC cerebral y pasa a sala de observación. En toma de constantes bradicardia a 40 lpm. Alta al día siguiente. Vuelve 48 h después con bradiarritmia. En ECG frecuencia de 35 lpm. El paciente ingresa para estudio de bradiarritmia sin repercusión hemodinámica ni neurológica. Permanece estable de momento.*

Fase 3: examen físico, con resultado inexacto/malinterpretado/pasado por alto

- *Paciente de 80 años que acude a urgencias tras caída con dolor en rodilla. Se pide rx y se valora por trauma dándose de alta. 3 días después acude de nuevo, detectándose fractura de cadera. Ingresa y fallece antes de la cirugía.*

Fase 3: examen físico, con falta/retraso en el seguimiento de un hallazgo crítico en el examen físico

- *Paciente de 82 años que acude por dolor en HD, vómitos de 24 hrs de evolución, analítica con alteración de la función hepática y aumento de los reactantes de fase aguda. Fue valorado en Urgencias y le diagnosticaron de cólico biliar/litiasis biliar, ingresando el fin de semana para estudio, sin tratamiento antibiótico ni pruebas de imagen confirmatorias. Al ingreso fue valorado por la guardia de Medicina Interna y se solicitaron pruebas complementarias de carácter ordinario. Ambos servicios sin solicitar valoración por Cirugía. El lunes el paciente fue valorado en planta y ante los hallazgos se solicitó ecografía urgente: con diagnóstico de colecistitis aguda litiásica. Líquido libre perihepático. Por lo que se inició antibioterapia (más de 48 hrs posterior a acudir a Urgencias) y fue valorado por Cirugía, pero cursó con mala evolución, requiriendo cirugía urgente.*
- *Paciente de 53 años, que acudió a Urgencias por dolor en la pierna izquierda, siendo diagnosticado de trombosis venosa superficial, prescribiéndole fundaparinux para 6 semanas y recomendando control por su médico. Vuelve a Urgencias 3 semanas más tarde por dolor torácico y abdominal acompañado de disnea, sin detectar alteraciones en la exploración física, con SO₂ basal de 96%, le realizaron analítica, detectando aumento de la LDH y PCR, fue diagnosticado de dolor abdominal inespecífico sin signos de alarma y enviado a domicilio con analgésicos y control por su médico. Dos días después, vuelve a Urgencias por diarrea, persistencia de la disnea y mareo con sensación de inestabilidad y le realizan un angioTAC donde se observa TEP y lesiones hepáticas sugestivas de colangiocarcinoma vs metástasis hepáticas.*

Fase 4: prueba con fallo/retraso en la solicitud de la(s) prueba(s) necesaria(s)

- *Se solicita biopsia preferente, tras determinación de PSA elevada y tacto rectal anómalo. Tras apreciarse malignidad en la biopsia se solicita nueva biopsia, la cual se retrasa 2 meses. Se cita para ofertar al paciente opción quirúrgica de prostatectomía radical, sin realizarle más pruebas complementarias e incluyéndole en lista de espera. El paciente solicita una segunda opinión en otro centro y allí le realizan RM, TAC y gammagrafía ósea. Tras el resultado de las pruebas, ingresa en el Servicio de Urgencias para nefrostomía urgente con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata estadio IV con metástasis múltiples.*

Fase 4: prueba con fallo o retraso en la realización de la(s) prueba(s) solicitada(s)

- *Paciente con antecedentes de cáncer de mama metastásico que ingresa en planta de medicina Interna por disminución de nivel de conciencia. Entre los estudios solicitados se realiza punción lumbar remitiéndose muestras de líquido cefalorraquídeo. Días más tarde se nos informa que la citología de líquido cefalorraquídeo no se ha podido realizar ya que la muestra fue enviada sin fijador. La paciente evolucionó tórpidamente y no se pudo realizar nueva punción lumbar. Una de las sospechas diagnósticas de la situación clínica de la paciente se hubiese confirmado con la citología de líquido cefalorraquídeo.*

Fase 4: prueba, problema de entrega de la muestra

- *Acude al servicio de urgencias un paciente con intoxicación etílica y que en su hoja de prescripción figura el litio. El médico decide realizar una analítica a dicho paciente para evaluar el grado de alcoholemia y litemia. No obstante, se olvida de avisar al personal de enfermería que esa analítica lleva asociada la prueba de litio. El personal de enfermería realiza la extracción de la muestra empleando un tubo que lleva como anticoagulante heparina de litio en vez de usar el tubo correcto (tubo de tapón rojo sin aditivos). En el laboratorio, el personal técnico procesa la muestra, y notifica un valor crítico de glucosa y de litio, siendo el valor de litio de 1,51 mmol/L (se notifican valores críticos a partir de 1,50 mmol/L), pero sin percatarse que la muestra se ha procesado en un tubo erróneo. Desde urgencias se decide ingresar al paciente en cuidados intensivos retirando el tratamiento farmacológico de litio y realizando una interconsulta al servicio de psiquiatría. Más tarde se solicita desde la UCI una nueva determinación de litio, extraída en tubo correcto, cuyo valor fue inferior al crítico. Al día siguiente en la extracción a primera hora, se realiza una tercera determinación de litio solicitada desde UCI, cuyo resultado fue más bajo que el anterior. Más tarde ese día, se avisa desde el laboratorio del error analítico al médico responsable de la UCI.*

Fase 4: resultados de la prueba con seguimiento fallido/retrasado del resultado (anormal) de la prueba

- *Durante la guardia se avisa por un paciente hospitalizado que presenta una hemorragia digestiva. Tras ir a valorarlo se procede a revisar la historia para implantar el tratamiento más adecuado. Se trata de un paciente cirrótico al que se le ha realizado una endoscopia por sospecha de sangrado por varices durante el ingreso sin embargo dicho informe no aparece reflejado en la historia ni en las hojas de la*

consulta. Por este motivo, se desconoce si esas varices han sido tratadas o hay otra causa que justifique el sangrado actual para plantear un tratamiento más dirigido.

Fase 7: fallo/demora en el seguimiento/reevaluación oportuna del paciente

- *Paciente ingresado a cargo del Servicio de Traumatología tras un accidente de tráfico, por una fractura de uno de sus miembros. En sus antecedentes personales resulta ser diabético, pero no se recoge en su historia hospitalaria ni en la historia de atención primaria que desde hace dos años se puede catalogar como enfermedad renal crónica estadio 3a. Está correctamente tratado para su diabetes con metformina. Al ingreso la creatinina está un tanto por encima de sus valores basales. Se pauta durante el ingreso la misma medicación que recibe en domicilio, incluyendo la metformina. Al día siguiente, los nefrólogos lo diagnostican de insuficiencia renal aguda con acidosis metabólica e hiperpotasemia tóxica sobre una enfermedad renal crónica leve por probable deshidratación y toma continuada de metformina.*

Recomendaciones para reducir los errores relacionados con el diagnóstico

Teniendo en cuenta la adopción generalizada de tecnologías de la información y sus implicaciones tanto para medir como para mejorar el proceso diagnóstico que se reparte y evoluciona a lo largo de diversos entornos clínicos, hay muchos factores relacionados con el sistema que conviene revisar o tener en cuenta para mejorar aspectos estructurales u organizativos que pueden favorecer los errores diagnósticos³. Las medidas tecnológicas, como los sistemas de apoyo y los sistemas de alertas han demostrado reducir el retraso diagnóstico y mejorar la precisión diagnóstica⁴. A pesar de tener estas ventajas, es importante considerar las posibles barreras de acceso a las tecnologías, así como la capacidad técnica de las organizaciones y los profesionales o la posibilidad de integrar estas medidas⁵. Los sistemas de apoyo

³ Diagnosing Diagnosis Errors: Lessons from a Multi-institutional Collaborative Project-PubMed [Internet]. []. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21249820/>

⁴ Abimanyi-Ochom J, Bohingamu Mudiyansele S, Catchpool M, Firipis M, Wannan Arachige Dona S, Watts JJ. Strategies to reduce diagnostic errors: a systematic review. BMC Med Inform Decis Mak [Internet]. 30 de agosto de 2019 [citado 3 de septiembre de 2024];19(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31470839/>

⁵ Ramnarayan P, Winrow A, Coren M, Nanduri V, Buchdahl R, Jacobs B, et al. Diagnostic omission errors in acute paediatric practice: impact of a reminder system on decision-making.

son elementos de ayuda al proceso de toma de decisiones clínicas, pero no sustituyen al clínico y dependen de la información que ha registrado el profesional en el sistema. Por ejemplo, el uso de check-lists para la evaluación cardíaca duplica la precisión diagnóstica⁶.

Los sistemas de alerta notifican resultados. Su uso puede variar según el resultado que notifican, el entorno, la vía de comunicación y si es automático o manual.

Por otro lado, el *feedback* a los clínicos sobre sus errores mejora el proceso diagnóstico en general y, por lo tanto, la seguridad del paciente^{7,8}. La revisión por pares de los errores ayuda a identificar, analizar y discutir fallos a la hora de establecer diagnósticos precisos y a tiempo. También las intervenciones de formación y entrenamiento reducen los errores diagnósticos⁹.

Otras recomendaciones para reducir los errores diagnósticos son promover el trabajo en equipo entre profesionales sanitarios, pacientes y familiares; impulsar la formación sobre el proceso de diagnóstico; y reducir los errores y cuasi incidentes a través de su identificación y búsqueda de soluciones. También se recomienda cambiar la cultura de las organizaciones en relación con los errores de diagnóstico, centrándose en la retroalimentación y el rendimiento del diagnóstico para corregir el sistema (utilizando enfoques no litigiosos) y aprender de los errores de diagnóstico en lugar de centrarse en el individuo que cometió el error⁴. Otro campo que puede ayudar a la reducción de los errores es promover la investigación, ya que el campo de la investigación en seguridad del paciente ha mostrado la falta de

BMC Med Inform Decis Mak [Internet]. 6 de noviembre de 2006 [Citado 3 de septiembre de 2024];6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17087835/>

⁶ Sibbald M, De Bruin ABH, Cavalcanti RB, Van Merriënboer JJG. Do you have to re-examine to reconsider your diagnosis? Checklists and cardiac exam. BMJ Qual Saf [Internet]. Abril de 2013 [Citado 3 de septiembre de 2024];22(4):333-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23386730/>

⁷ Singh H, Schiff GD, Graber ML, Onakpoya I, Thompson MJ. The global burden of diagnostic errors in primary care. BMJ Qual Saf [Internet]. 1 de junio de 2017 [Citado 3 de septiembre de 2024];26(6):484-94. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/26/6/484>

⁸ De Wet C, Black C, Luty S, McKay J, O'donnell CA, Bowie P. Implementation of the trigger review method in Scottish general practices: patient safety outcomes and potential for quality improvement. BMJ Qual Saf [Internet]. 1 de abril de 2017 [Citado 3 de septiembre de 2024];26(4):335-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27029536/>

⁹ Education of referring doctors about sudden onset headache in subarachnoid hemorrhage. A prospective study-PubMed [Internet]. [Citado 3 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11328195/>

mediciones apropiadas para cuantificar los errores diagnósticos¹⁰, por este motivo, se tiene que seguir investigando en esta área¹¹.

La OMS con motivo del día mundial de la seguridad del paciente 2024 ha definido recomendaciones¹² para profesionales sanitarios y también para responsables y gestores de centros. Para profesionales sanitarios se ha recomendado establecer una base diagnóstica sólida, reforzar las habilidades de diagnóstico, optimizar la comunicación y la colaboración interprofesional, implicar a pacientes y familiares, aprovechar la tecnología y aplicar eficazmente los sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas, aprender de los errores y las experiencias, es decir, informar y aprender de las mejores prácticas, y finalmente analizar los cuasi-incidentes y los errores de diagnóstico para la mejora continua en el diagnóstico.

Para responsables y gestores de centros sanitarios las recomendaciones son establecer sistemas, normas y procesos que garanticen un diagnóstico seguro, apoyar al personal sanitario, crear un entorno de trabajo propicio, implicar a pacientes y familiares y, finalmente, gestionar el riesgo y promover la mejora continua.

¹⁰ Balogh EP, Miller BT, Ball JR. Improving Diagnosis in Health Care. *Improving Diagnosis in Health Care*. 22 de septiembre de 2015;1-472.

¹¹ Dave N, Bui S, Morgan C, Hickey S, Paul CL. Interventions targeted at reducing diagnostic error: systematic review. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 1 de abril 2022 [Citado 3 de septiembre de 2024];31(4):297-307. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34408064/>

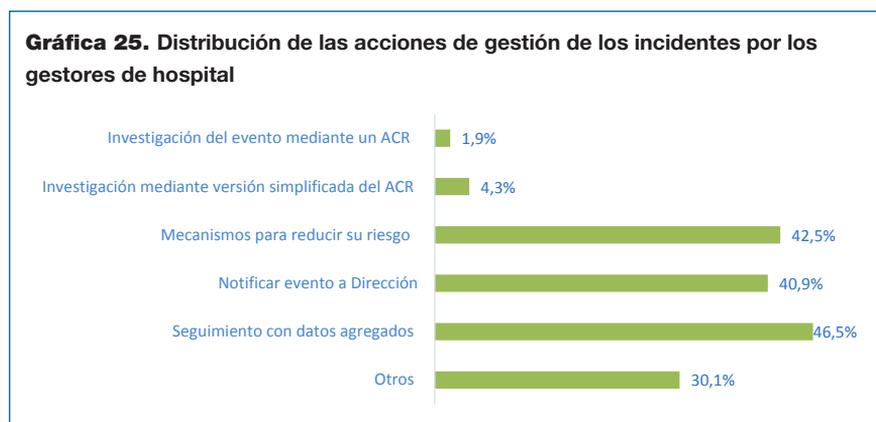
¹² Global Knowledge Sharing Platform for Patient Safety | Improving diagnosis for patient safety | Resources and Tools [Internet] Disponible en: <https://www.gkps.net/linkstoresourcesandtools/>

Acciones de gestión de los incidentes notificados

Desde 2023 los gestores locales deben registrar, antes de dar por cerrada cada notificación, el tipo de acción o acciones que tienen previsto realizar (o han realizado) para gestionar los incidentes notificados. Hay seis tipos de acciones de gestión establecidos y una categoría adicional de “Otras” con un campo de texto para incluir opciones adicionales:

- Investigación del evento mediante un ACR.
- Investigación mediante versión simplificada del ACR.
- Mecanismos para reducir su riesgo.
- Notificar evento a Dirección.
- Seguimiento con datos agregados.
- Otras.

En el caso de los gestores locales de hospital, la acción de gestión más utilizada sobre el total de incidentes fue el *seguimiento con datos agregados* (46,5%), seguido de *mecanismos para reducir su riesgo* (42,5%) y *notificar el evento a Dirección* (40,5%) (Gráfica 25).

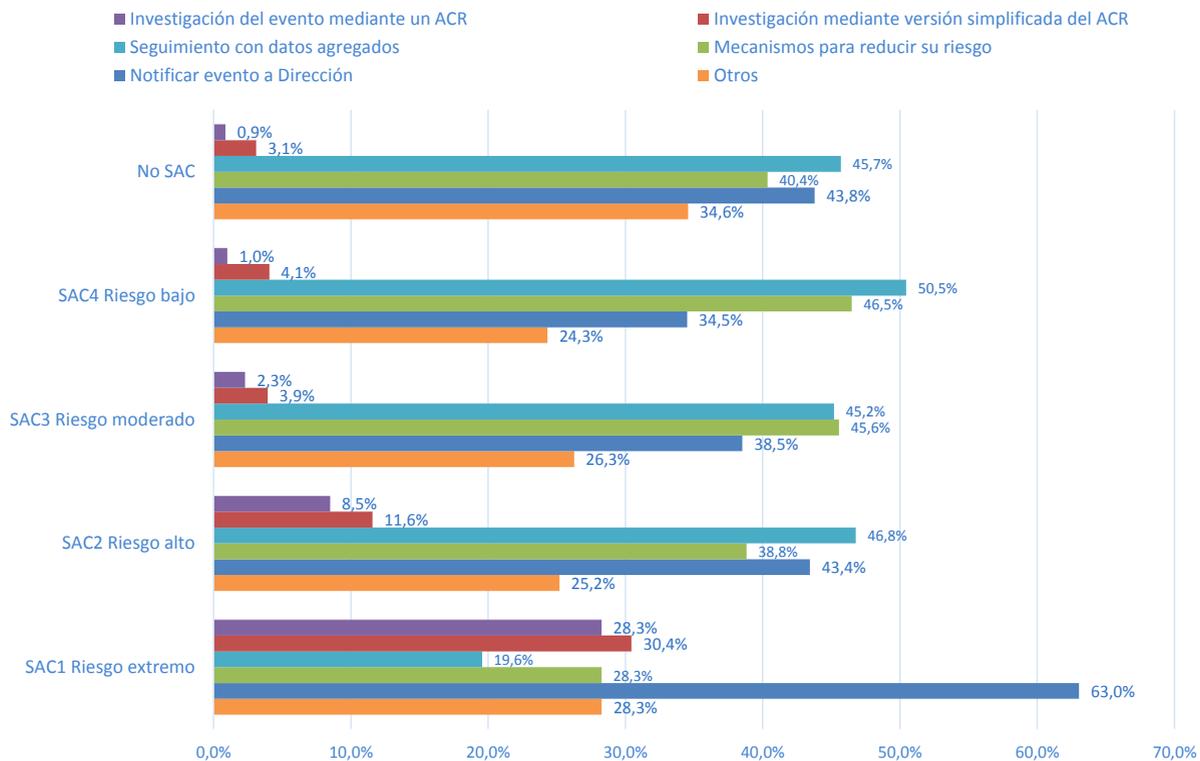


Tiene interés revisar la distribución de las acciones de gestión según el nivel de riesgo SAC del incidente (Gráfica 26). El 63% de los incidentes SAC 1 se notifican a la Dirección y este es el grupo de incidentes donde se realizan más análisis en profundidad (59% ACR o ACR simplificado), mientras que el seguimiento con datos agregados se utiliza mucho menos, algo lógico teniendo en cuenta que normalmente se trata de incidentes muy poco frecuen-

tes. En todos los niveles de incidentes se realiza algún tipo de análisis en profundidad, aunque sea en un porcentaje bajo (en descenso según el nivel de riesgo). Llama la atención que, después de los SAC 1, son los incidentes sin SAC aquellos en los que se notifica a la Dirección en un mayor porcentaje, seguidos de los SAC 2, algo esperable.

Exceptuando los SAC 1, el seguimiento con datos agregados es la acción más extendida en todos los niveles de riesgo. También es de destacar que en los grupos de incidentes de menor riesgo se implementan mecanismos para reducir el riesgo en más del 40% de los casos.

Gráfica 26. Distribución del tipo de acción de gestión utilizada en el total de incidentes notificados en hospital, por SAC

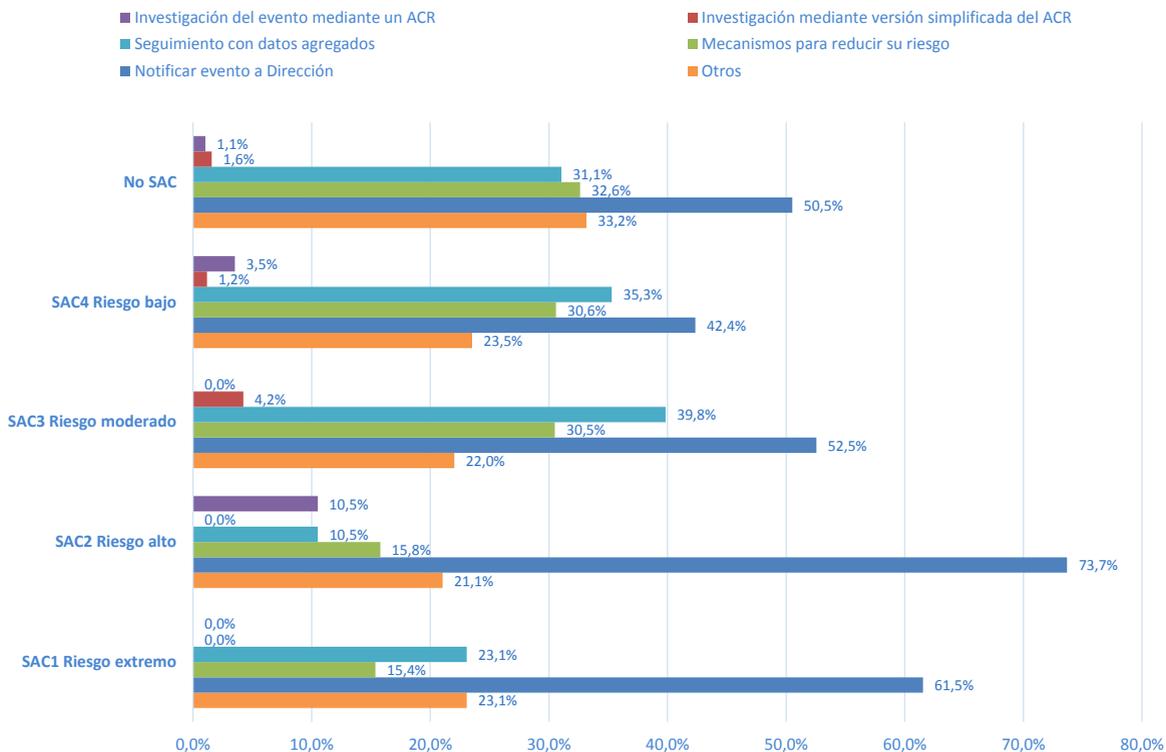


En el ámbito de atención primaria la principal acción de gestión con respecto al total de incidentes fue *notificar el evento a Dirección* (50,8%); en segundo lugar se utilizó el *seguimiento con datos agregados* (33,2%) seguido de los *mecanismos para reducir su riesgo* (30,4%) (Gráfica 27).



En el caso de la gestión de los incidentes SAC 1 en atención primaria, no se utilizó el análisis en profundidad, siendo la acción de gestión mayoritaria la notificación del evento a la dirección (61,5%) (Gráfica 28). Cabe preguntarse si es por falta de experiencia en este tipo de análisis o si se considera que las soluciones deben plantearse a un nivel superior de gestión. En el resto de los niveles de riesgo sí se realizaron análisis en profundidad en algunos casos, un 10,5% en el caso de los SAC 2, aunque también estos incidentes de riesgo alto mayoritariamente se gestionaron mediante la notificación a la Dirección. Se implementaron mecanismos de reducción del riesgo aproximadamente en el 30% de los incidentes SAC 3, SAC 4 y sin SAC, y el seguimiento con datos agregados también se hizo en más del 30% de los incidentes de estas tres categorías.

Gráfica 28. Distribución del tipo de acción de gestión utilizada en el total de incidentes notificados en atención primaria, por SAC



Notificaciones realizadas en el Sistema Nacional de Salud durante 2023

En la Tabla 18 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 18. Incidentes notificados en el SNS durante 2023

CC. AA.	Total	Atención especializada		Atención primaria		Incidentes sin daño		Incidentes con daño		Medicamentos		Rad. ionizantes	
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía*	11434	9957	87,1%	1458	12,8%	7524	65,8%	3007	26,3%	1492	13,0%	144	1,3%
Aragón	964 (1339)	961 (1331)	99,7%	3 (8)	0,3%	428	44,4%	536	55,6%	223	23,1%	2	0,2%
Asturias	461 (496)	445 (475)	96,5%	16 (21)	3,5%	237	51,4%	224	48,6%	92	20,0%	1	0,2%
Baleares	1494	1374	92,0%	121	8,1%	1339	89,6%	148	9,9%	377	25,2%	10	0,7%
Canarias	361 (377)	354 (368)	98,1%	7 (9)	1,9%	179	49,6%	182	50,4%	89	24,7%	3	0,8%
Cantabria	272 (290)	229 (247)	84,2%	43 (43)	15,8%	146	53,7%	126	46,3%	27	9,9%	1	0,4%
Castilla-La Mancha	165 (281)	143 (254)	86,7%	22 (27)	13,3%	77	46,7%	88	53,3%	15	9,1%	0	0,0%
Castilla y León**	2134	1540	72,2%	594	27,8%	2134	100,0%	0	0,0%	601	28,2%	0	0,0%
Cataluña	16047	11239	70,0%	4260	26,5%	13174	82,1%	2861	17,8%	3611	22,5%	0	0,0%
Com. Valenciana***	12115	9170	75,7%	644	5,3%	8619	71,1%	3499	28,9%	1288	10,6%	0	0,0%
Extremadura	279 (285)	261 (266)	93,5%	18 (19)	6,5%	158	56,6%	121	43,4%	35	12,5%	1	0,4%
Galicia	2145 (2213)	1934 (1977)	90,2%	211 (236)	9,8%	1285	59,9%	860	40,1%	355	16,6%	11	0,5%
INGESA	4(10)	4(10)	100,0%	0	0,0%	1	25,0%	3	75,0%	0	0,0%	0	0,0%
La Rioja	162 (174)	125 (133)	77,2%	37 (41)	22,8%	100	61,7%	62	38,3%	32	19,8%	1	0,6%
Madrid**	19529	16953	86,8%	2576	13,2%	19529	100,0%	0	0,0%	5470	28,0%	0	0,0%
Murcia	453 (479)	426 (452)	94,0%	27 (27)	6,0%	252	55,6%	201	44,4%	75	16,6%	2	0,4%
Navarra	692 (843)	651 (770)	94,1%	41 (73)	5,9%	216	31,2%	476	68,8%	78	11,3%	1	0,1%
País Vasco**	6820	5907	86,6%	913	13,4%	6820	100,0%	0	0,0%	1343	19,7%	0	0,0%

* Incluye notificaciones en el sistema autonómico y en centros con sistema propio. En el cálculo de incidentes con y sin daño se han excluido 966 notificaciones de atención especializada de un sistema de notificación propio de un centro que no disgrega en la notificación entre incidente con daño y sin daño. Las notificaciones relacionadas con los medicamentos se reenvían automáticamente al centro Andaluz de Farmacovigilancia y al Instituto para el Uso Seguro del Medicamento. Para recoger los incidentes relacionados con radiaciones ionizantes se ha realizado una revisión de todos los incidentes notificados en 2022 que contenían las palabras Radiología, Radiación, Rayos X, Radiactividad, Nuclear y/o Radioterapia.

** Solo se recogen notificaciones sin daño. *** 1870 casos sin especificar nivel asistencial. De las notificaciones relacionadas con medicamentos 355 son RAM.

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



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

www.sanidad.gob.es