



la seguridad  
es el **primer**  
paso para  
**mejorar la**  
calidad  
asistencial

## NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES



la seguridad  
es el **primer**  
paso para  
**mejorar la**  
calidad  
asistencial

*No presenta conflicto  
de intereses*

## **NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES**

# de qué estamos hablando?

Seguridad  
Clínica

Taxonomía  
(OMS)

- **Seguridad Clínica:** «La ausencia de daño innecesario o potencial asociado a la atención sanitaria» .
- **Incidente que no llegaron al paciente:** «Acción u omisión que **podría haber** ocasionado a cualquier persona un daño o dolencia innecesaria, una pérdida o un perjuicio» .
- **Incidente sin daño:** Incidentes que llegaron al paciente pero no producen daño.
- **Evento Adverso (EA):** « Incidente que causa daño al paciente».

Muerte

Grave

Moderado

Leve

Ninguno

- Administración Clínica.
- Procedimientos.
- Documentación.
- Infección Asociada a la Asistencia Sanitaria.
- Medicación.
- Hemoderivados.
- Nutrición.
- Gases medicinales.
- Equipos/dispositivos médicos.
- Accidentes del paciente.
- Infraestructura e instalaciones.
- Gestión de la Organización Sanitaria.

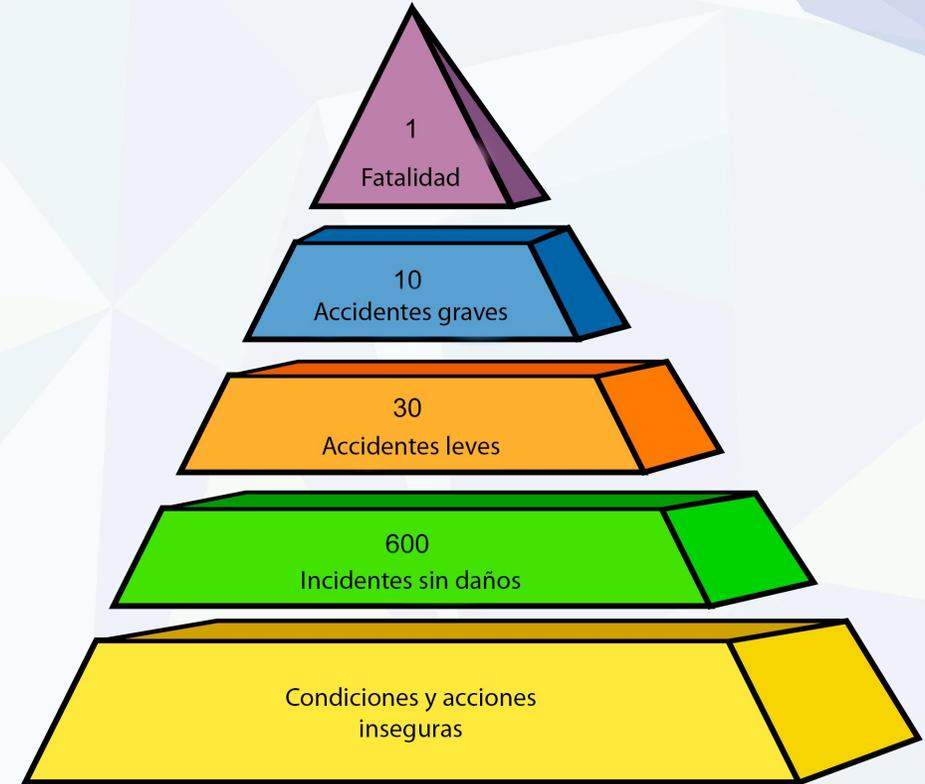
*Informe de los resultados de la encuesta Delfos sobre la introducción a la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.  
Organización Mundial de la Salud 2007*

# NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES



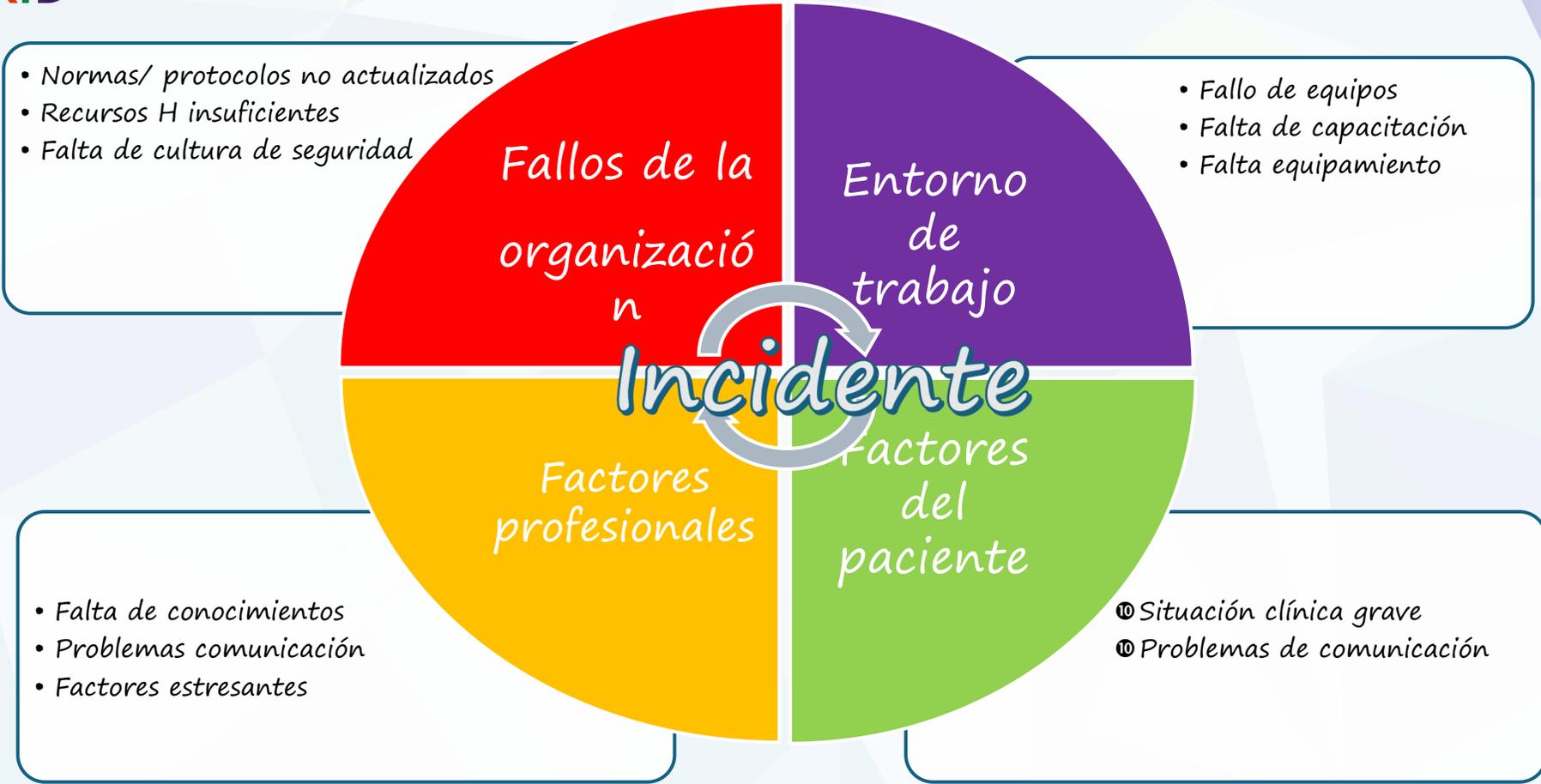
Pirámide de Heinrich (1931)

Salvador Santos

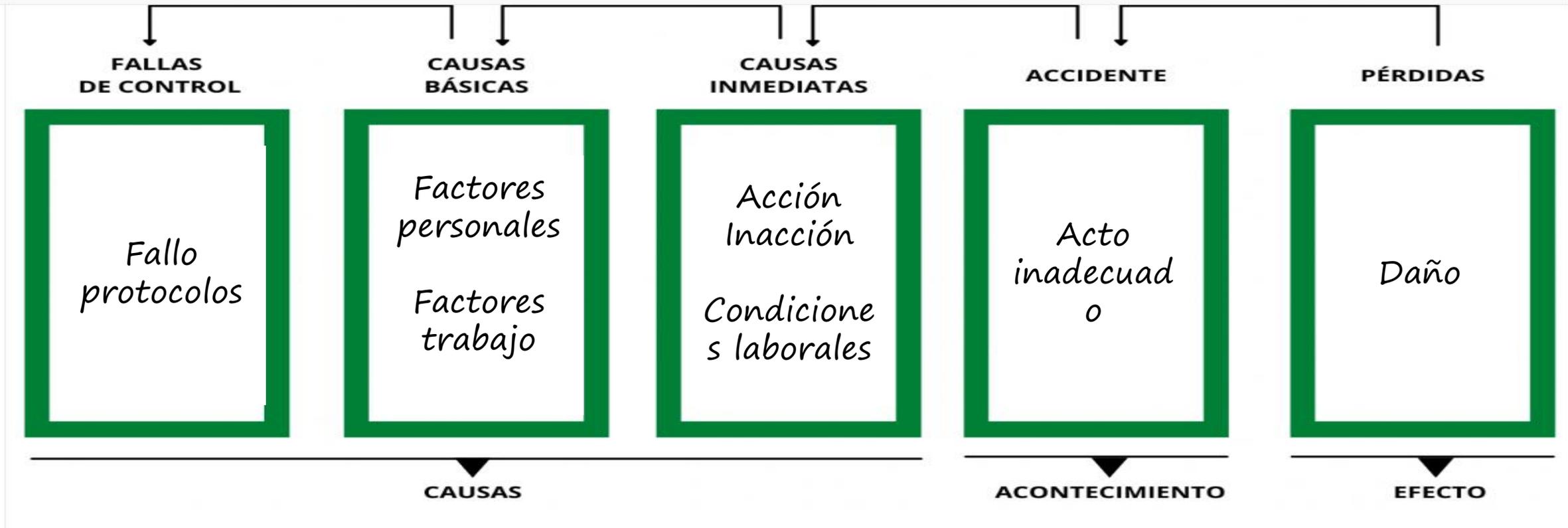


Pirámide de Heinrich-Bird (1970)

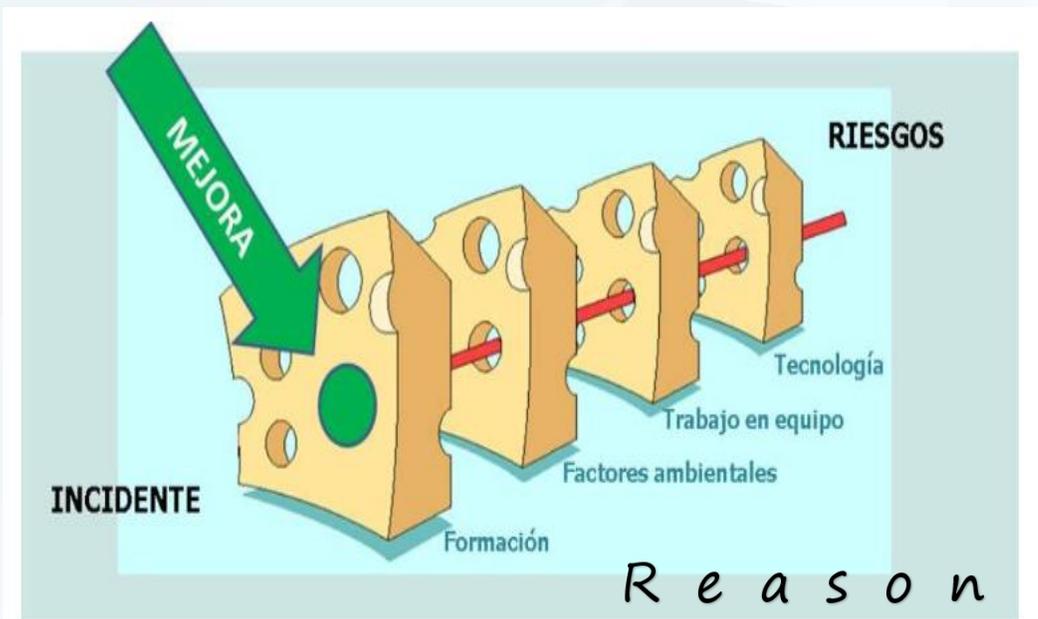
Servicio Endovascular  
Hospital Virgen Macarena Se



# Modelo de la causalidad de Bird



# Magnitud del problema



Reason  
(1990)

- Gracias a la notificación de Incidentes podemos analizar sus causas, prevenir otros similares y modificar protocolos. (Bird 1970)
- Potenciar la **Cultura de seguridad**



**sólo** se notifica el **5%**  
de los **EA** que se producen

# **BARRERAS** PARA LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES

Miedo a las denuncias o acciones disciplinarias

Falta de conciencia de que ha ocurrido un error

Percepción que los errores no afectarán al paciente

Perdida de autoestima profesional de las personas

Falta de tiempo para notificar

No existe feed back de las actuaciones y mejoras

Falta de experiencia en sistemas de notificación

Falta de uniformidad en criterios de incidentes



Brennan TA, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991;324:370-6

*¿Por qué notificar?*

Estudios España	Prevalencia EA	EA graves	Evitabilidad
<b>ENEAS (2005)</b>	9,3%	16%	<b>42,6%</b>
<b>APEAS (2007)</b>	10,11%	7,3%	<b>70,2%</b>
<b>SYREC (2007)</b>	33,8%	25,1%	<b>60%</b>
<b>EVADUR (20</b>	7,25%	2.8%	<b>70%</b>



# ¿debemos reflexionar en Hemodinámica?

	REGISTRO ACI 2017		REGISTRO ACI 2023	
	Nº Casos	Complicaciones graves	Nº Casos	Complicaciones graves
CIERRE OREJUELAS	582	5 (1%)	1536	97 (6,4%)
TAVI	2821	147 (5,3%)	4954	273 (5,4%)

*Datos calculados sobre total de centros que aportan información.\**

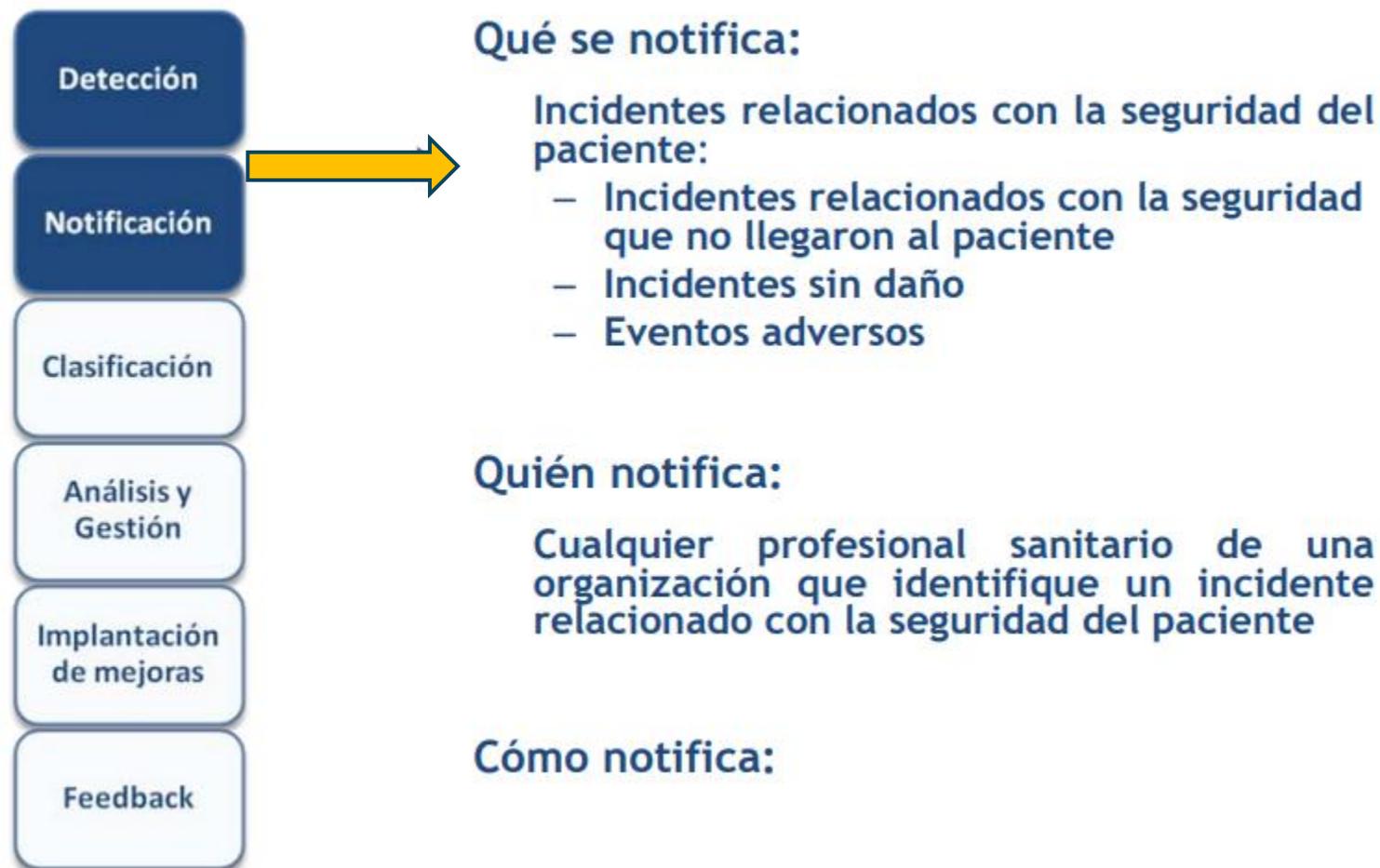
**...Se podrían haber evitado algunas de estas complicaciones**



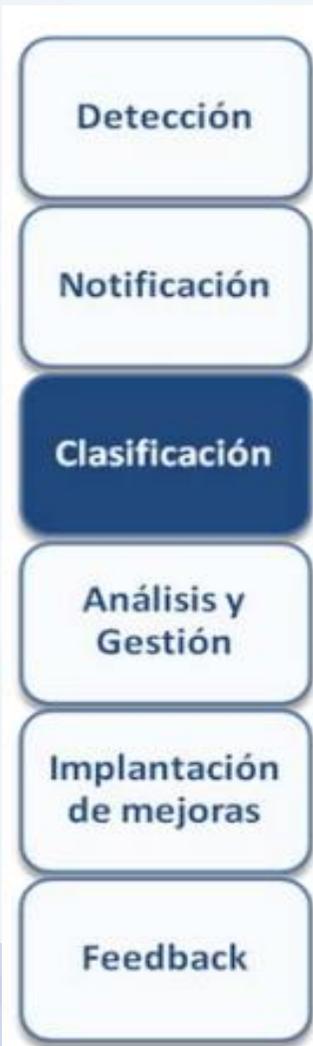
*\* Datos recogidos del registro español de la Asociación de Cardiología Intervencionista.*

*Serrador Frutos y col. (2017). Bastante T. y col. (2023). Revista Española de Cardiología.*

## ¿Qué hacer cuando ocurre un incidente?



# ¿Qué hacer cuando ocurre un incidente?



## Severity Assessment Code (SAC)

- Gravedad de las consecuencias en el paciente
- Probabilidad de recurrencia

	Frecuente	Probable	Ocasional	Poco frecuente	Muy infrecuente
7. Contribuyó o causó la muerte	Extremo	Extremo	Extremo	Extremo	Alto
6. Comprometió la vida y se precisó intervención	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
5. Causó daño permanente	Extremo	Extremo	Alto	Alto	Moderado
4. Causó daño temporal y precisó intervención	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado
3. Causó daño temporal y precisó hospitalización	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado
2. No causó daño, pero precisó monitorización	Moderado	Moderado	Moderado	Bajo	Bajo
1. Llegó al paciente, pero no le causó daño	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

SAC 1 ■

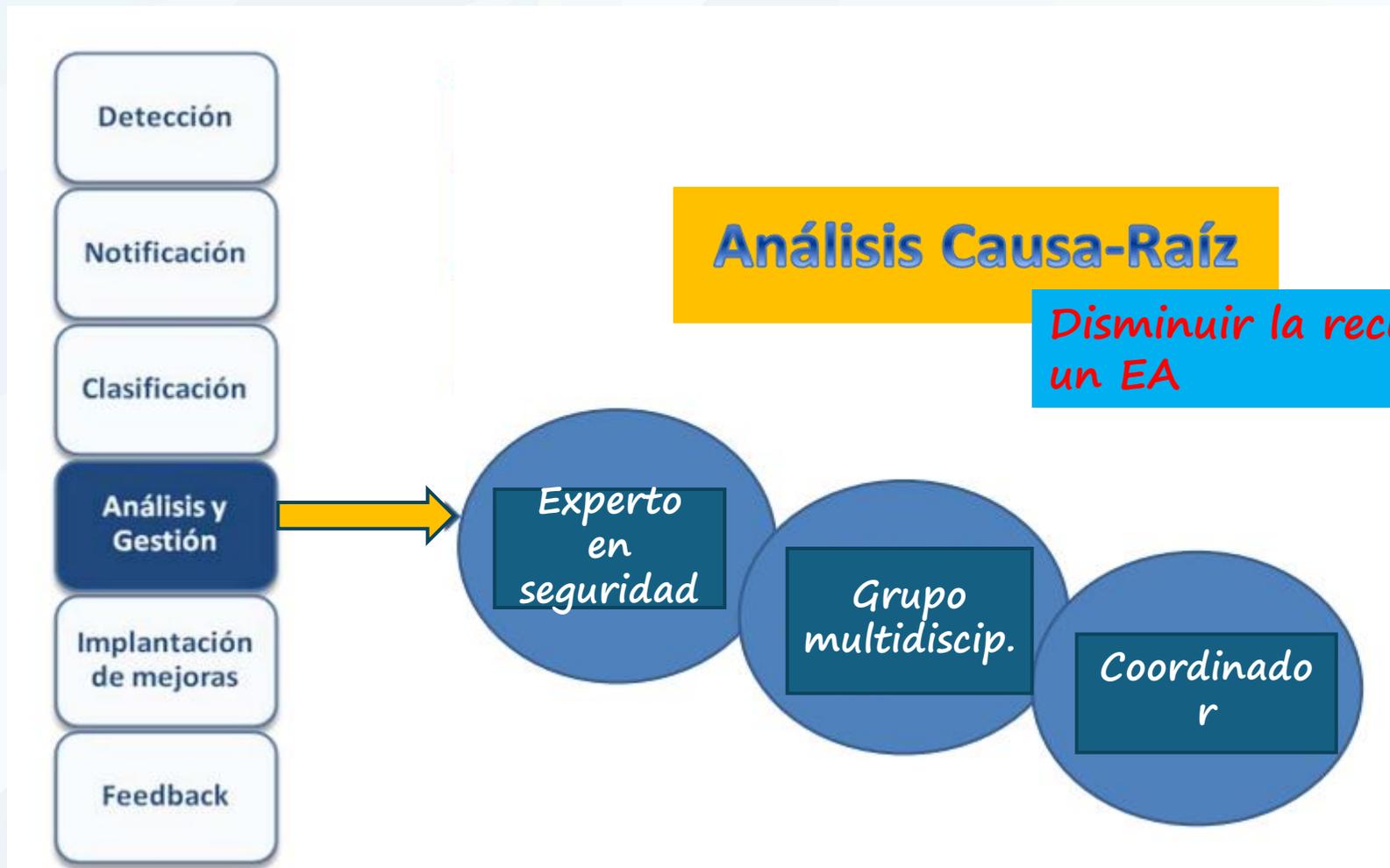
SAC 2 ■

SAC 3 ■

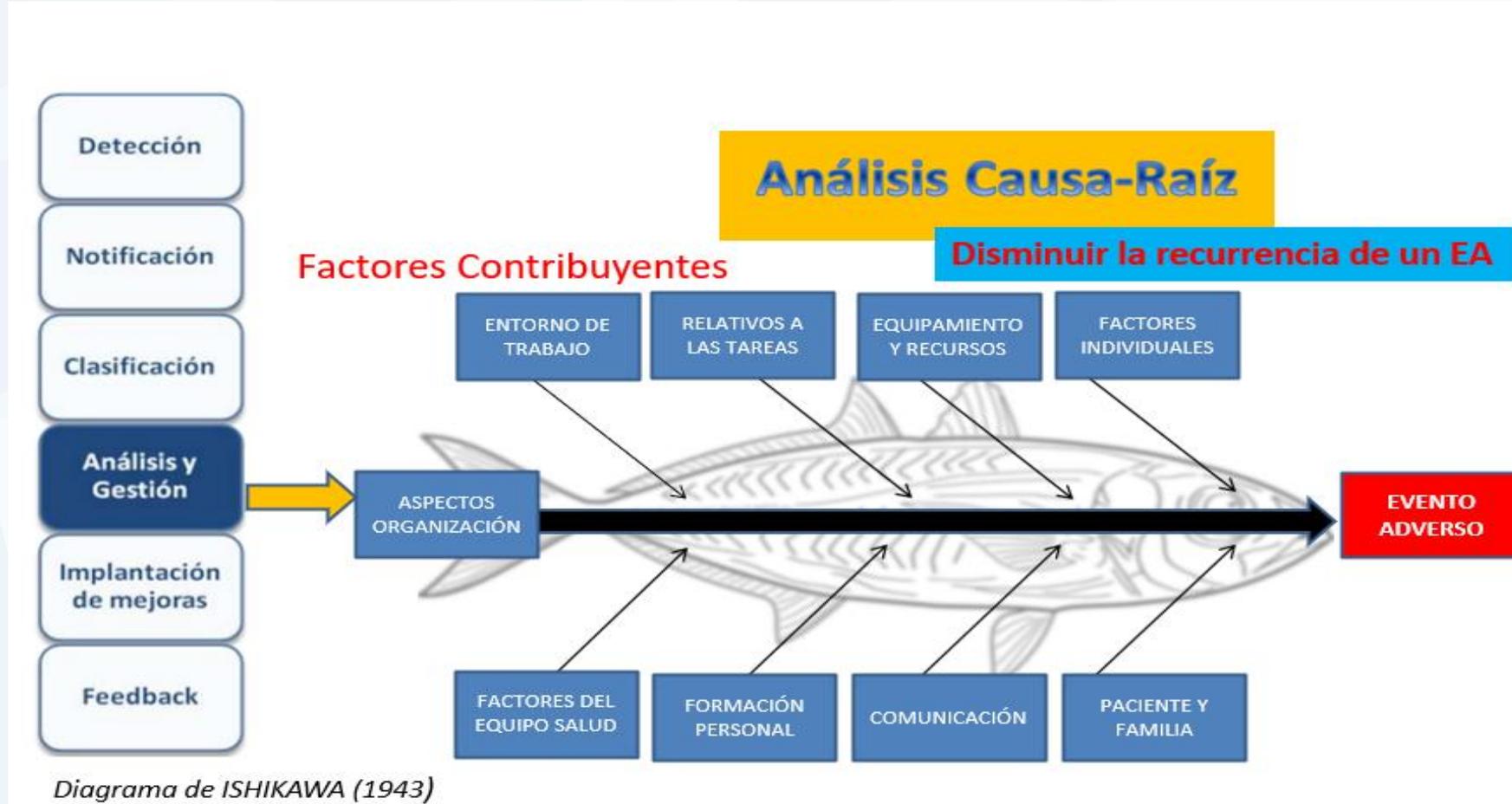
SAC 4 ■

SAC 1: Riesgo extremo/ SAC 2: Riesgo alto/ SAC 3: Riesgo moderado/ SAC 4: Riesgo bajo

## ¿Qué hacer cuando ocurre un incidente?.



# ¿Qué hacer cuando ocurre un incidente?



## ¿Qué hacer cuando ocurre un incidente?.



- Revisión de protocolos
- Programas de formación
- Implantación chek-list
- Programas de evaluación

Detección

Notificación

Clasificación

Análisis y  
Gestión

Implantación  
de mejoras

Feedback



- Informes con las notificaciones de un periodo
- Reuniones de presentaciones de casos
- Avisos por correo electrónico y paneles informativos
- Intranet
- Jornadas monográficas
- Informes, boletines o folletos diversos

## CONCEPTO DE SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

- Estrategia que permite la **recolección de datos** sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede **mejorar la seguridad** de los pacientes.
- Son una parte de la “**cultura de seguridad**” donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar.

*Joaquím Bañeres. Fundación Avedis Donavedian.*

## Para qué NOTIFICAR incidentes....

PARA **MEJORAR** LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES:

- 1.- Identificar y analizar los eventos adversos. No tiene un fin epidemiológico.
- 2.- Prevenir los EA. Evitar que se reproduzcan.
- 3.- Reducir sus efectos



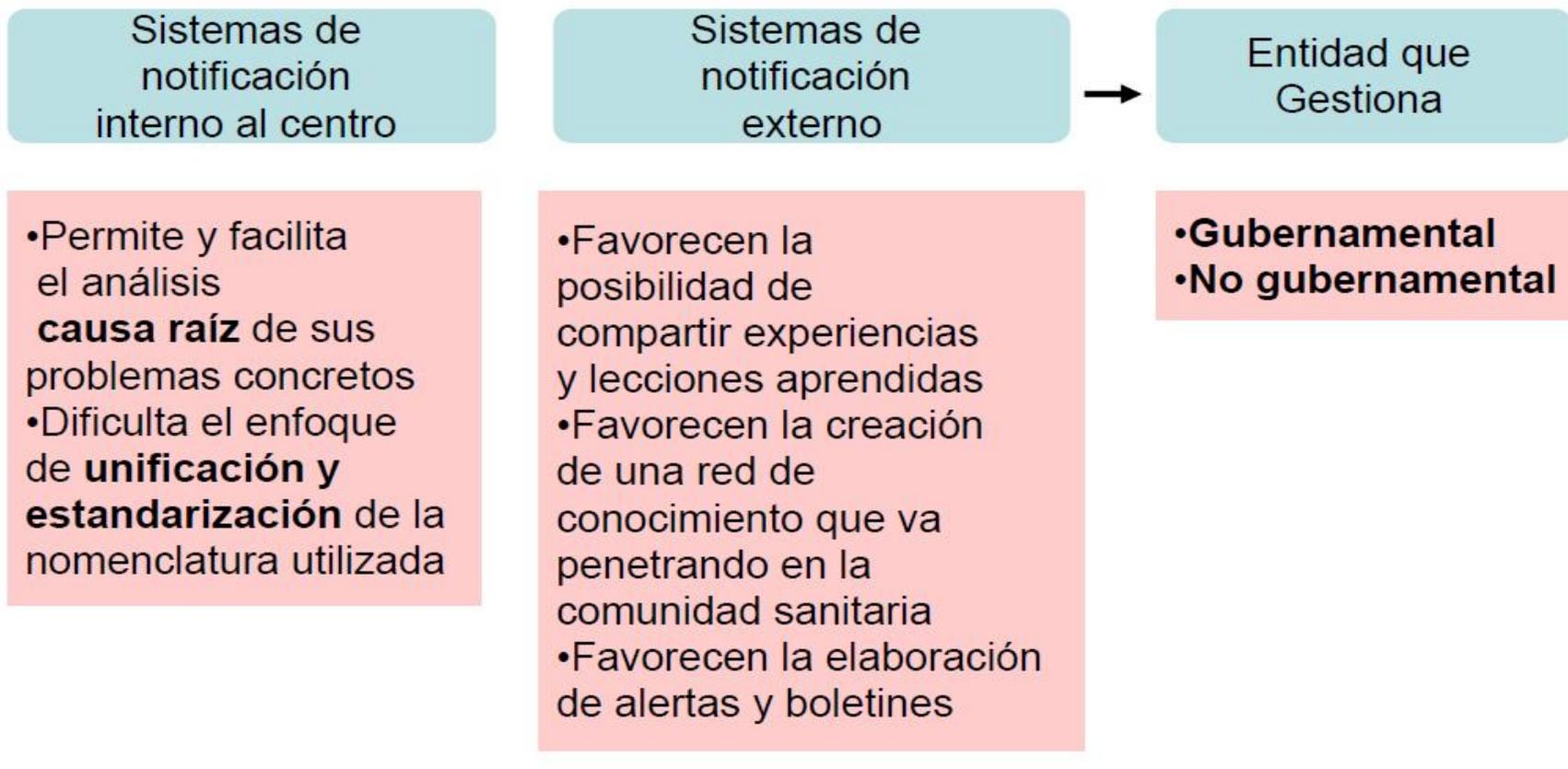
LÍNEAS PARA **ACTUAR**:

- 1.- Cultura de Seguridad.
- 2.- Liderazgo → Confianza en trabajo.
- 3.- Herramientas y protocolos. **ANÁLISIS DE RIESGOS.**
- 4.- Sistemas de registro y notificación voluntarios.
- 5.- Estándares de mejora.
- 6.- Prácticas seguras.

CULTURA DE SEGURIDAD (Errar es humano)  
EVENTOS ADVERSOS → OPORTUNIDAD PARA

**APRENDER**

## Tipo de organización que gestiona el registro



*Fuente: Ministerio de Sanidad. Madrid.*

## SISTEMA IDEAL DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN

- NO PUNITIVO
- Confidencial
- Independiente
- Análisis por expertos
- Análisis a tiempo
- Orientación sistémica
- Capacidad de respuesta

**IDEAL**

Leape L. Reporting of adverse events. N Engl J Med, Vol 347 N° 20: 1633-38

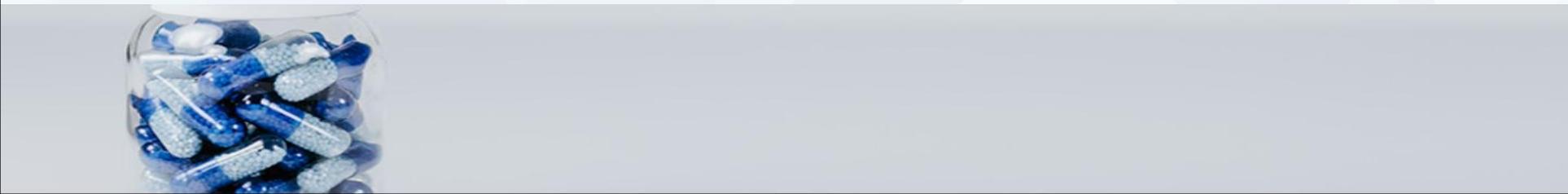
# MADRID *Sistemas de registros de incidentes en España*



 **INSTITUTO PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS**  
Delegación Española del Institute for Safe Medication Practices



**15 AÑOS | S3**  
**SENSOR**  
Seguridad de Paciente



**Notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos (RAM) de Uso Humano**



**Avizor**  
Observatorio para la Seguridad del Paciente



 Nueva notificación

 Seguimiento

**SISTEMA DE INFORMACION PARA EL  
REGISTRO DE NOTIFICACIONES DE  
EVENTOS ADVERSOS**



**SINEA**

[https://alsis.san.gva.es/sinea/publica/registro\\_casos.jsp](https://alsis.san.gva.es/sinea/publica/registro_casos.jsp)

 GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

**Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente**

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 

SiNASP Cuestionario de notificación Información Actualidad SiNASP ▾ Comunidad SiNASP ▾ Ayuda al notificante



**Comunidades y Centros que utilizan el SiNASP**

**Sistema de notificación y aprendizaje de para la Seguridad del Paciente en Hospitales**



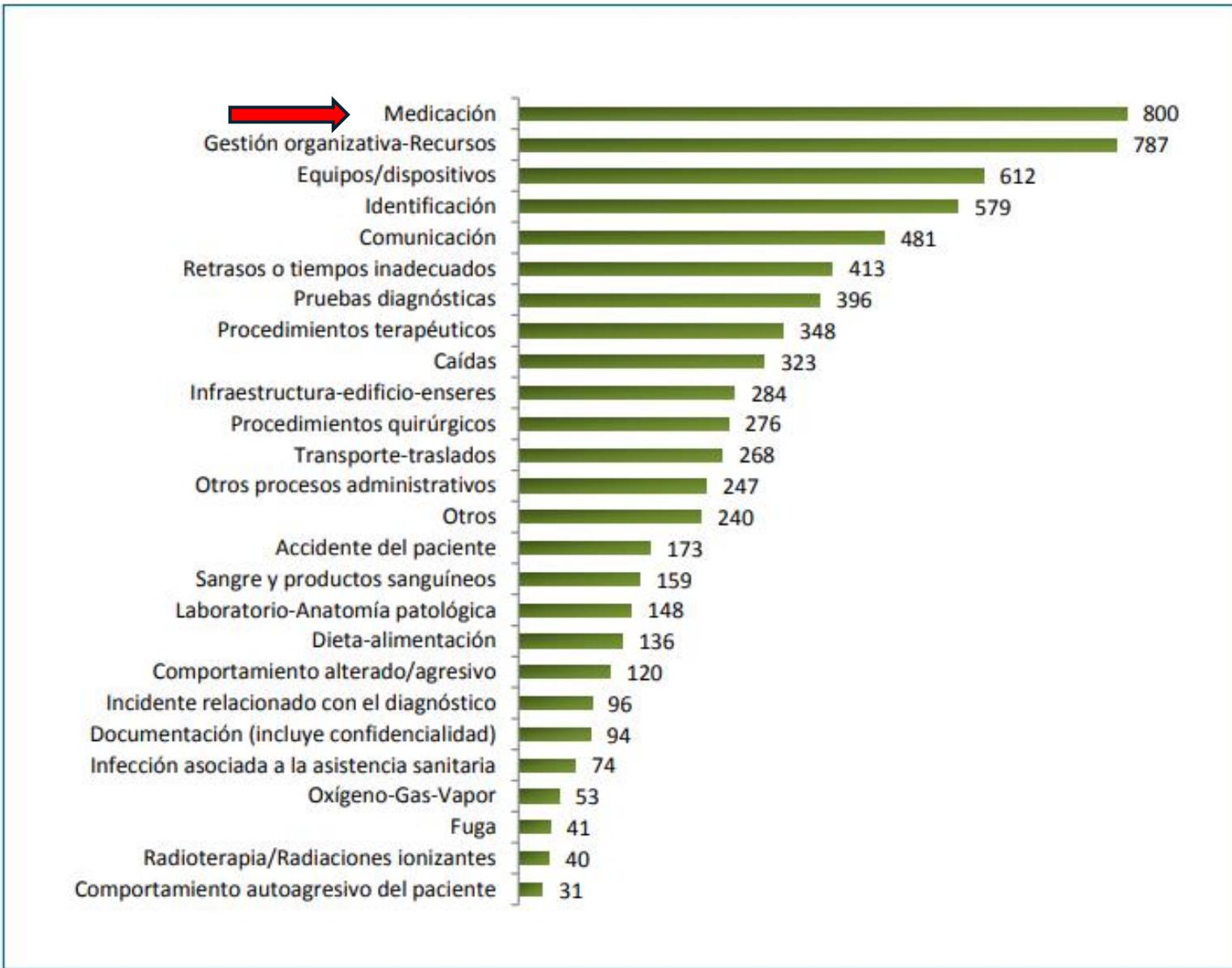
SiNASP Cuestionario de notificación Información Actualidad SiNASP ▾ Comunidad SiNASP ▾ Ayuda al notificante

- Se notifican todos los tipos de incidentes.
- No identifica a pacientes ni profesionales.
- Permite notificación nominativa para feed back.
- La información recogida nunca se podrá aportar a un proceso judicial.
- Los datos quedan almacenados un mes.

<https://www.sinasp.es/>

**Sistema de notificación y aprendizaje de para la Seguridad del Paciente  
en Hospitales**

# Causas de incidentes notificados



Fuente: SINASP  
2024

Servicio Endovascular  
Hospital Virgen Macarena Se

INCIDENTES	2022		2021		2020		2019		
	Area	N	%	N	%	N	%	N	%
 <b>Unidades de hospitalización</b>		1927	41,02%	1636	46,02%	1615	43,73%	2149	45,19%
<b>Urgencias</b>		692	14,73%	478	13,45%	595	16,11%	505	10,62%
<b>Bloque quirúrgico</b>		585	12,45%	343	9,65%	458	12,40%	514	10,81%
<b>UCI</b>		558	11,88%	372	10,46%	379	10,26%	433	9,11%
<b>Servicios centrales</b>		303	6,45%	240	6,75%	251	6,80%	412	8,66%
<b>Hospital de día</b>		200	4,26%	158	4,44%	115	3,11%	213	4,48%
<b>Servicios de apoyo/ Otros</b>		171	3,64%	91	2,56%	83	2,25%	117	2,46%
<b>Consultas externas</b>		150	3,19%	114	3,21%	139	3,76%	288	6,06%
<b>Sala de partos</b>		97	2,06%	94	2,64%	38	1,03%	99	2,08%
<b>SEE/Transporte sanitario</b>		15	0,32%	29	0,82%	20	0,54%	25	0,53%
<b>TOTAL</b>		<b>4698</b>		<b>3555</b>		<b>3693</b>		<b>4755</b>	

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

Fuente: SINASP  
2024



# ¿Quién notifica?

Profesión del notificante	2022		2021		2020		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Enfermero</b>	3055	65,03%	2305	64,86%	2490	67,42%	2690	56,57%
<b>Médico</b>	901	19,18%	701	19,72%	621	16,82%	1244	26,16%
<b>Técnico auxiliar de enfermería</b>	163	3,47%	121	3,40%	164	4,44%	208	4,37%
<b>Farmacéutico</b>	156	3,32%	146	4,11%	130	3,52%	208	4,37%
<b>Otros</b>	153	3,26%	102	2,87%	87	2,36%	124	2,61%
<b>Técnico en laboratorio de diagnóstico clínico</b>	75	1,60%	11	0,31%	11	0,30%	14	0,29%
<b>Técnico en imagen para el diagnóstico</b>	58	1,23%	52	1,46%	65	1,76%	77	1,62%
<b>Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)</b>	36	0,77%	40	1,13%	32	0,87%	55	1,16%
<b>Otros licenciados/ grados sanitarios</b>	25	0,53%	12	0,34%	32	0,87%	35	0,74%
<b>Otros profesionales sanitarios</b>	24	0,51%	28	0,79%	15	0,41%	26	0,55%
<b>Otros técnicos de grado superior y medio</b>	19	0,40%	10	0,28%	17	0,46%	52	1,09%
<b>Fisioterapeuta</b>	15	0,32%	13	0,37%	22	0,60%	18	0,38%
<b>Técnico en radioterapia</b>	12	0,26%	10	0,28%	1	0,03%	0	0,00%
<b>Estudiantes/Personal en prácticas</b>	3	0,06%	2	0,06%	1	0,03%	2	0,04%
<b>Técnico en farmacia</b>	3	0,06%	1	0,03%	5	0,14%	2	0,04%

Fuente: SINASP  
2024

	2022	
	N	%
<b>Factores profesionales</b>	<b>1796</b>	<b>38,23%</b>
→ Formación/conocimiento/competencia de los profesionales	884	18,82%
Comportamiento/conducta de los profesionales	564	12,01%
Problemas de comunicación	572	12,18%
Factores estresantes/emocionales/fatiga	487	10,37%
Otros factores de los profesionales	163	3,47%
<b>Factores de la organización</b>	<b>1669</b>	<b>35,53%</b>
→ Normas/procedimientos/protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	944	20,09%
→ Recursos humanos insuficientes/carga de trabajo	763	16,24%
Cultura de la organización	501	10,66%
Problemas en el trabajo en equipo	304	6,47%
<b>Entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento</b>	<b>1278</b>	<b>27,20%</b>
<b>Factores relacionados con el paciente</b>	<b>578</b>	<b>12,30%</b>
Condición/gravedad del paciente/problemas clínicos complejos	198	4,21%
Otros factores relacionados con el paciente	223	4,75%
Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	121	2,58%
<b>Factores externos</b>	<b>179</b>	<b>3,81%</b>
<b>Otros</b>	<b>126</b>	<b>2,68%</b>

Fuente: SINASP  
2024

## Conclusiones

- ✓ La notificación de incidentes es de vital importancia para aprender de ellos y prevenir nuevos eventos.
- ✓ TODAS las áreas de salud son susceptibles de aparición de incidentes con y sin daño al paciente.
- ✓ Los sistemas de notificación actuales están centrados en el sistema y no en la persona.
- ✓ Las Enfermeras son el colectivo profesional que mayor número de incidentes notifica.
- ✓ Los servicios de salud deben definir puestos de trabajo con competencias específicas para disminuir el riesgo de incidentes.
- ✓ Deben desarrollarse programas formativos reglados, englobados en el nuevo RD/2022 sobre la Formación Transversal en Ciencias de la Salud, con el objetivo de asegurar el conocimiento de protocolos clínicos en todos los ámbitos de actuación de la Enfermera en el Cuidado de la Salud Cardiovascular.

*Errar es humano  
Encubrir el error es imperdonable  
Negarse a aprender es inexcusable*

*Sir Liam Donalson*

*Muchas gracias*