

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas
www.evidenciasenpediatria.es

Editorial

Pediatría y cultura de seguridad: todavía queda mucho por aprender

Arias Constantí V, Domingo Garau A, Luaces Cubells C

Área de Urgencias de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona. Comité de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Asociación Española de Pediatría. España.

Correspondencia: Vanessa Arias: vanessa.arias@sjd.es

Fecha de recepción: 1 de junio de 2026 • Fecha de aceptación: 12 de junio de 2026
Fecha de publicación del artículo: 24 de junio de 2026

Evid Pediatr. 2026;22:10.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Arias Constantí V, Domingo Garau A, Luaces Cubells C. Pediatría y cultura de seguridad: todavía queda mucho por aprender. Evid Pediatr. 2026;22:10.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2026;22:10>.
©2005-26 • ISSN: 1885-7388

Este es un artículo Open Access bajo la licencia
CC BY-NC-ND (Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Pediatria y cultura de seguridad: todavía queda mucho por aprender

Arias Constantí V, Domingo Garau A, Luaces Cubells C

Área de Urgencias de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona. Comité de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Asociación Española de Pediatría. España.

Correspondencia: Vanessa Arias: vanessa.arias@sjd.es

INTRODUCCIÓN

Los sistemas sanitarios operan bajo la expectativa implícita de una perfección humana que resulta inalcanzable en la práctica clínica. En este número de la revista se publica un artículo de análisis crítico titulado *Urgencias pediátricas e incidentes de seguridad: cuando menos es más*¹. La seguridad del paciente, según la Organización Mundial de la Salud, se define como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Este concepto reconoce que el riesgo cero no es alcanzable, pero sí lo es su minimización mediante estrategias sistemáticas de mejora continua².

La seguridad del paciente constituye un componente esencial de la calidad asistencial y una prioridad estratégica en los sistemas sanitarios. Sin embargo, los incidentes relacionados con la atención sanitaria continúan produciéndose y generan un impacto relevante en pacientes, profesionales y organizaciones³. Lejos de tratarse de fallos individuales, estos eventos reflejan debilidades del sistema, y su análisis constituye una oportunidad clave de mejora. La notificación y el análisis estructurado de incidentes permiten el aprendizaje organizativo y la reducción de daño evitable⁴. En este contexto, la cultura de seguridad –basada en la comunicación abierta, el trabajo en equipo y la mejora continua– es un elemento nuclear para avanzar hacia una atención pediátrica más segura.

¿QUÉ CONOCEMOS SOBRE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD EN PEDIATRÍA?

Los incidentes de seguridad en Pediatría son frecuentes y pueden aparecer en cualquier nivel asistencial, aunque son especialmente relevantes en los servicios de urgencias, hospitalización y unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Estas áreas presentan un riesgo elevado de eventos adversos debido a la presión asistencial, la vulnerabilidad del paciente pediátrico y la elevada intensidad de las intervenciones clínicas⁴.

En el ámbito de las urgencias, las publicaciones españolas han mostrado de forma consistente una frecuencia relevante de incidentes de seguridad. El estudio EVADUR (2009) evidenció que el 12% de los pacientes atendidos en urgencias sufrió algún incidente de seguridad, siendo más de la mitad incidentes con daño⁵. De forma similar, el estudio ERIDA (2015) mostró que más del 10% de los pacientes presentó incidentes de seguridad, aproximadamente la mitad con consecuencias clínicas⁶. Más recientemente, el estudio valorado críticamente titulado *Incidentes de seguridad en servicios de urgencias pediátricas* encontró una incidencia global de incidentes de seguridad del 8,5%, de los cuales cerca de la mitad ocasionaron daño leve o moderado, y un 43% fueron considerados claramente evitables⁷.

En el ámbito de la hospitalización pediátrica, el estudio nacional ENEAS estimó una incidencia aproximada del 3-4% de eventos adversos en pacientes hospitalizados, siendo la mayoría prevenibles y destacando los errores relacionados con la medicación como el tipo más frecuente. Estos resultados son consistentes con la literatura internacional, que señala una mayor proporción de evitabilidad en población pediátrica hospitalizada⁸.

En la UCIP, aunque la evidencia española específica es más limitada, los datos disponibles sugieren que los eventos adversos son aún más frecuentes debido a la complejidad de los pacientes y la intensidad de la atención. Estudios en el entorno crítico pediátrico han estimado que entre un 30 y un 60% de los pacientes ingresados en UCIP pueden experimentar algún incidente de seguridad durante su estancia, dependiendo del método de detección utilizado. Los eventos más frecuentes incluyen errores de medicación, infecciones asociadas a dispositivos invasivos, complicaciones derivadas de catéteres y ventilación mecánica, así como incidentes relacionados con procedimientos complejos y transiciones asistenciales⁹.

En conjunto, estos datos muestran que los servicios de urgencias, la hospitalización pediátrica y las UCIP constituyen

entornos especialmente vulnerables para la seguridad del paciente, con una proporción relevante de incidentes potencialmente prevenibles. Por ello, es necesario un enfoque global que entienda la seguridad del paciente pediátrico como una responsabilidad sistémica y no exclusivamente individual^{10,11}.

NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES: POTENCIAL Y LIMITACIONES

Los sistemas de notificación de incidentes son una herramienta central para la mejora de la seguridad del paciente. Permiten identificar fallos del sistema, analizar causas raíz, monitorizar intervenciones y anticipar riesgos antes de que se produzca daño. Además, facilitan la priorización de estrategias de mejora y pueden contribuir a optimizar recursos. Su valor aumenta cuando se integran en ciclos de retroalimentación efectivos orientados al aprendizaje organizativo¹².

Sin embargo, a pesar de su utilidad, la mayoría de los sistemas de notificación de los centros sanitarios no consiguen capturar la totalidad de los incidentes y eventos adversos¹³. Se estima que solo el 1,5% de los eventos adversos generan un informe formal y que apenas el 6% de los acontecimientos adversos relacionados con la medicación son identificados a través de estos sistemas. Esta infranotificación limita significativamente la capacidad de aprendizaje de las organizaciones y reduce el impacto potencial de las estrategias de mejora derivadas de estos sistemas.

Las barreras para la notificación son multifactoriales. Según los datos de un cuestionario de percepción aplicado a gestores del SiNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente), las principales barreras para la notificación incluyen las dudas sobre la utilidad real del sistema, el temor a consecuencias negativas personales o profesionales, el tiempo requerido para completar la notificación en un contexto de elevada carga asistencial y la persistencia de una cultura de seguridad insuficientemente desarrollada¹⁴. A ello se añaden otros factores descritos en la literatura, como el miedo a la pérdida de reputación, la desaprobación de los compañeros, la ausencia de retroalimentación efectiva o la percepción de que determinados incidentes “no son suficientemente importantes” como para ser notificados.

Todo ello pone de manifiesto que mejorar la notificación no depende exclusivamente de disponer de plataformas tecnológicas accesibles, sino de construir entornos seguros y de confianza para los profesionales. Uno de los elementos clave, además de fortalecer el liderazgo institucional y la cultura de seguridad, es desarrollar un marco jurídico adaptado a la realidad de las instituciones sanitarias, que garantice la confidencialidad, favorezca la cultura justa y promueva el aprendizaje organizacional por encima del enfoque punitivo¹⁵. Solo en un contexto donde los profesionales perciban la notificación

como una herramienta útil, segura y orientada a la mejora será posible avanzar hacia sistemas de notificación más eficaces y con mayor capacidad transformadora.

ADAPTACIÓN NECESARIA DEL MODELO DE SEGURIDAD EN PEDIATRÍA

En Pediatría, la mejora de la notificación exige adaptar los sistemas generales a un entorno de alta vulnerabilidad y complejidad asistencial. El fortalecimiento de la cultura de seguridad es un elemento clave, promoviendo la notificación como herramienta de aprendizaje y no de sanción. La formación específica resulta igualmente crítica, dado que muchos errores se relacionan con la dosificación, el cálculo por peso, la comunicación interprofesional y las transiciones asistenciales. Asimismo, la simplificación e integración de los sistemas de notificación en la práctica clínica diaria es esencial para reducir la carga de trabajo y aumentar la adherencia¹⁶.

La participación de las familias constituye un elemento diferencial en Pediatría. Su implicación puede actuar como barrera adicional de seguridad, mejorar la detección precoz de errores y favorecer la toma de decisiones compartida. Asimismo, es fundamental la transparencia comunicativa tras los eventos adversos, pues refuerza la confianza y facilita el aprendizaje conjunto¹⁷.

Finalmente, la medición sistemática mediante indicadores, auditorías y retroalimentación estructurada permite cerrar el ciclo de mejora. Solo la integración de notificación, análisis y *feedback* permite transformar la información en mejoras sostenibles de la práctica clínica¹⁸.

En conclusión, la mejora de la seguridad del paciente en Pediatría pasa por la integración coherente de cultura, participación y evaluación continua orientadas a la reducción del daño evitable. Aunque el error cero es inalcanzable, el daño evitable no debería serlo; en este sentido, la verdadera madurez de un sistema sanitario no reside en la ausencia de fallos, sino en su capacidad para aprender de ellos y transformarlos en oportunidades de mejora continua.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez Cabezas S, Llerena Santa Cruz E. Urgencias pediátricas e incidentes de seguridad: cuando menos es más. *Evid Pediatr.* 2026;22:19.
2. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva:WHO; 2021 [en línea] [consultado el 15/06/2026]. Disponible en www.who.int/publications/item/9789240032705

3. Lee SE, Scott LD, Dahinten VS, Vincent C, Lopez KD, Park CG. Safety Culture, Patient Safety, and Quality of Care Outcomes: A Literature Review. *West J Nurs Res*. 2019;41(2):279-304.
4. Experiencias de éxito en la gestión de los sistemas de notificación. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. En: Ministerio de Sanidad [en línea] [consultado el 15/06/2026]. Disponible en https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/eventos/jornadas/2023/doc/Experiencias_de_exito_en_la_gestion_de_los_Sistemas_de_Notificacion_Jornada_18_de_mayo_2023.pdf
5. Tomás Vecina S. Adverse drug events: current situation 15 years after the EVADUR study. *Emergencias*. 2025;37(3):165-6.
6. Alcaraz J, Aranaz JM, Martínez C, Moreno S, Escobar I, Ortega JV, et al. Estudio Regional de Incidentes Derivados de la Atención (ERIDA) en Urgencias. *Rev Calid Asist*. 2016;31(5):285-92.
7. Beteta Fernández D, Pérez Cánovas C, Martínez Egea RB, Alcaraz Martínez J, De Souza Oliveira AC, Pardo Ríos M, et al. Incidentes de seguridad en urgencias pediátricas: incidencia, características y variabilidad entre centros. Estudio multicéntrico nacional. *An Pediatr*. 2025;103(4):503998.
8. Aranaz-Andrés JM, Aibar C, Limón R, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, et al. Estudio nacional sobre eventos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS). *Med Clin*. 2008;131(3):17-25.
9. Merino P, Álvarez J, Cruz Martín M, Alonso Á, Gutiérrez I; SYREC Study Investigators. Adverse events in Spanish intensive care units: the SYREC study. *Int J Qual Health Care*. 2012;24(2):105-13.
10. Chanovas M, Campodarve I, Tomás S. Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿el servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente? *Monogr Emergencias*. 2007;3:7-13.
11. Mueller BU, Neuspiel DR, Fisher ERS; Council on Quality Improvement and Patient Safety, Committee on Hospital Care. Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. *Pediatrics*. 2019;143(2):e20183649.
12. De la Torre-Pérez I, Granés I, Prat Marín A, Bertran MJ. A hospital incident reporting system (2016–2019): Learning from notifier's perception on incidents' risk, severity and frequency of adverse events. *J Healthc Qual Res*. 2023;38(2):93-104.
13. Kumah A, Zon J, Obot E, Yaw TK, Nketsiah E, Bobie SA. Using incident reporting systems to improve patient safety and quality of care. *Glob J Qual Saf Healthc*. 2024;7(4):228-31.
14. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Cuestionario gestores locales 2019. En: Ministerio de Sanidad [en línea] [consultado el 15/06/2026]. Disponible en https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2020/docs/Informe_cuestionario_gestores_locales_2019_MS.pdf
15. Urruela Mora A. Hacia la integración en derecho positivo de la noción «cultura justa» con base en consideraciones bioéticas y normativas fundadas en la seguridad del paciente. *Rev Derecho Genoma Hum*. 2024;(60):99-117.
16. Santiña Vila M, Agra Varela Y, Aparicio Azcárraga P. Avanzando en cultura de seguridad del paciente: propuesta de acciones concretas. *J Healthc Qual Res*. 2019;34(5):225-7.
17. Arias Constantí V, Muñoz-Santanach D, Foz Felipe D, Luaces Cubells C, Sainz de la Maza VT. Perception of safety by families in an emergency department: an opportunity for their active involvement. *An Pediatr*. 2026;104(4):504155.
18. Lasater KB, McCabe MA, Lake ET, Frankenberger W, Roberts KE, Agosto PD, et al. Safety and quality of pediatric care in freestanding children's and general hospitals. *Hosp Pediatr*. 2020;10(5):408-14.