



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia  
"Dr. Dacio Crespo"

**GRADO EN ENFERMERÍA**  
Curso académico (2015-16)

**Trabajo Fin de Grado**

**Seguridad del paciente en el Servicio de  
Urgencias.**

Alumna: Tamara Fariñas Sequeiros

Tutor: Dr. D. Eugenio Manuel Bartolomé De Castro

Junio, 2016.

# ÍNDICE

1. Resumen y palabras clave.....	Pág. 3
2. Introducción y objetivos.....	Pág. 4
2.1 Justificación.....	Pág. 4
2.2 Conceptos.....	Pág. 5
2.3 Historia.....	Pág. 6
2.4 Marco legal.....	Pág. 10
2.5 Servicio de Urgencias hospitalarias.....	pág. 11
- Objetivos.....	Pág. 13
3. Material y métodos.....	Pág. 14
4. Resultados y discusión.....	Pág. 16
5. Conclusiones.....	Pág. 32
6. Bibliografía.....	Pág. 33

## 1. RESUMEN

**Introducción:** La Seguridad del Paciente, también llamada Seguridad Clínica es un elemento esencial en la gestión de los servicios sanitarios considerada como una dimensión básica para que un servicio pueda alcanzar un nivel de calidad óptimo. La OMS define como seguridad a la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, siendo esta una asistencia sin riesgos de eventos no previstos. La preocupación sobre la seguridad, se remonta al Código de Hammurabi y a Hipócrates con la famosa "*primum non nocere*".

**Objetivos:** realizar una revisión bibliográfica sobre los datos más actuales de la seguridad del paciente en un Servicio de Urgencias, así como definir la asistencia segura al paciente en urgencias e identificar la práctica segura en el mismo.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica de estudios, artículos y guías, en varias bases de datos, Páginas Oficiales y Buscadores, sobre seguridad del paciente en el Servicio de Urgencias

**Resultados y discusión:** Los servicios de urgencias son un área asistencial donde existe un alto riesgo de incidentes y eventos adversos, que afectan por tanto, a la seguridad del paciente. El estudio de los efectos adversos debidos a la asistencia sanitaria ha cobrado un notable auge en los últimos años. En estos se puede ver que la mayoría de los efectos adversos acontecidos puede ser evitados, encontrándose la mayor parte de los mismos en errores de medicación. La falta de comunicación entre el personal sanitario y los procedimientos realizados en urgencias, son otros de los grandes causantes de efectos adversos. El programa SEMES establece una serie de líneas de actuación estratégicas a desarrollar en los servicios de urgencias destinadas a la mejora de la Seguridad del paciente.

**Conclusiones:** Existe una escasez de estudios relacionados con la seguridad del paciente en el Servicio de Urgencias, por lo que es necesario seguir investigando. Además, es imprescindible seguir creando y manteniendo una cultura en seguridad.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente, efecto adverso, urgencias, cultura de seguridad.

## 2. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Es indudable que las Urgencias constituyen uno de los sectores, hoy en día, más dinámicos de la Medicina. La aparición de nuevas tecnologías y materiales hace que los protocolos y procedimientos se ajusten y modifiquen constantemente. Los actuales sistemas de prestación de servicios de salud se caracterizan por la combinación de procesos, tecnologías e interacciones humanas, aportando beneficios a la sociedad, sin embargo, también conlleva un riesgo de que ocurran sucesos adversos. La necesidad de mejorar la eficiencia y la efectividad en la práctica médica ha llevado a mejorar la seguridad de las prestaciones sanitarias<sup>1</sup>.

La seguridad, entendida como una asistencia sin riesgos de eventos no previstos, es considerada como una dimensión básica para que un servicio pueda alcanzar un nivel de calidad óptimo. La prevención de lesiones o de eventos adversos en el paciente como resultado de los procesos asistenciales es considerada como un componente indispensable e indiscutible para la calidad<sup>2</sup>.

La necesidad de seguridad es el segundo escalón en la escala que establece Abraham Maslow dentro de la jerarquía de necesidades, una vez se han suplido las necesidades fisiológicas<sup>3</sup>. Esta necesidad de sentirnos seguros es una preocupación constante que anhelamos durante toda la vida y la cual debe estar presente permanentemente en nuestro entorno. Son necesidades de seguridad la dependencia, protección, estabilidad, ausencia de miedo, ansiedad o caos, necesidad de una estructura, unos límites, un orden, una ley, entre otras. Todas ellas apuntando a la evitación o neutralización de situaciones de peligro

### 2.1. Justificación.

Se ha elegido este trabajo, ya que es un tema clave para avanzar en la calidad de la atención sanitaria, adquiriendo gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para las gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

## 2.2. Conceptos.

La OMS elaboró en 2009 un informe técnico definitivo sobre el “Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente”<sup>4</sup> en el cual se definieron unos conceptos clave y términos preferidos de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP):

La seguridad del paciente: es la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

La seguridad: es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

Daño asociado a la atención sanitaria: daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos. No el debido a una enfermedad o lesión subyacente.

Error: es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión).

Infracción/incumplimiento: desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos.

Incidente relacionado con la seguridad del paciente: evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

- Cuasi incidente: no alcanza al paciente. Incidente sin daño: alcanza al paciente, pero no causa ningún daño apreciable.
- Evento adverso: incidente que produce daño a un paciente.
- Un efecto secundario es un efecto conocido, distinto del deseado primordialmente y relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.

Cultura de seguridad: patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

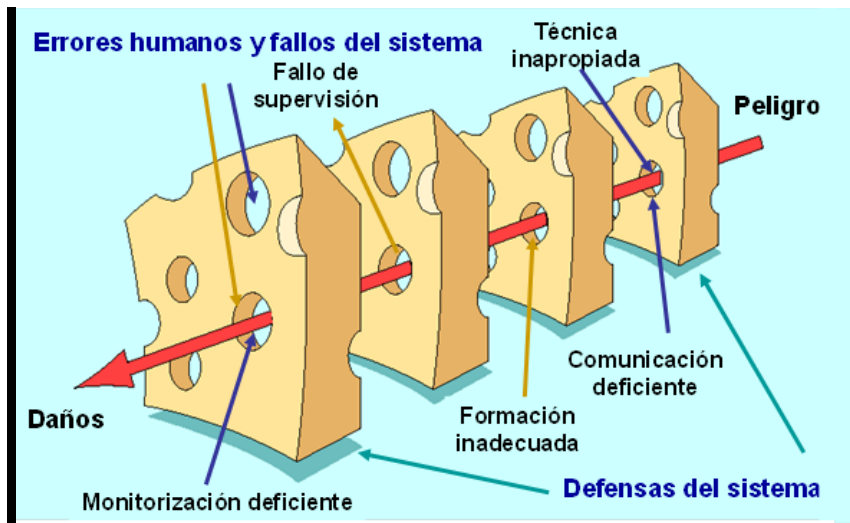
### 2.3. Historia.

El estudio de los efectos adversos debidos a la asistencia sanitaria se ha incrementado en los últimos años, ya que son un problema frecuente, tanto por la complejidad cada vez mayor de la práctica clínica, como por el aumento de la edad media de los pacientes que son atendidos en urgencias hospitalarias.

Sin embargo, la preocupación sobre la seguridad no es nueva, sino que se remonta a siglos atrás, como se refleja en el Código de Hammurabi, en la antigua Babilonia (siglo XX a.c.), o Hipócrates, con el Juramento Hipocrático<sup>1,3,5</sup> en el siglo V a.c. con la famosa “*primum non nocere*” o “lo primero es no hacer daño”. Se refiere, entonces, al deber de los sanitarios de no causar daño, deber que se ubica como prioridad en la jerarquización de obligaciones éticas.

El principio de no maleficencia nos obliga a evitar cualquier daño intencionado al paciente, pero también a poner todos los medios necesarios para evitar que ocurran eventos adversos.<sup>5,6,7</sup>

El psicólogo James Reason propuso en 1990 el modelo del Queso Suizo<sup>7,8</sup>. En este modelo, cada sistema tiene distintas barreras que separan la exposición del desenlace, los riesgos de las pérdidas. Sin embargo, cada barrera tiene fallos, “agujeros” (como si fuesen lonchas de queso Emmental), y múltiples errores alineados permiten que los accidentes o eventos adversos ocurran. Los accidentes ocurren por múltiples factores por eso existen defensas para evitarlos. Reason subraya la importancia del sistema en vez del individuo, y de la aleatoriedad en vez de la acción deliberada, siendo actualmente el empleado más a menudo para explicar la génesis de los accidentes. Por lo tanto, la forma más apropiada de prevenir esos problemas es limitar la incidencia de errores peligrosos y crear sistemas más capaces de tolerar esos errores y detener sus efectos dañinos. La revisión del sistema permite identificar cómo los fallos «atraviesan» las defensas



El 29 de noviembre de 1999 el Instituto de Medicina de los EEUU publicó el que sería uno de los informes más decisivos y relevantes para el sector sanitario, y que posteriormente ha tenido una mayor trascendencia y repercusión en la asistencia sanitaria en todo el mundo: *To Err is Human: Building a Safer Health System*<sup>7,9</sup>. El Informe supuso una llamada de atención sobre un aspecto que hasta entonces había sido escasamente debatido, y al que se había prestado poca atención: la seguridad de los procedimientos médicos y los errores derivados de la asistencia sanitaria, sus costes y consecuencias sobre la seguridad del paciente. El informe, que afirmaba que un 2-4% de todas las muertes en Estados Unidos eran causadas por errores médicos evitables.

Los autores consideraban que la calidad asistencial no podría mejorar sin abordar primero un componente clave de la calidad: la seguridad del paciente. El enfoque de la Comisión era hacer hincapié en que el "error" que provocaba un daño al paciente no era una consecuencia o resultado (exclusivo) de la competencia de los profesionales sanitarios, de sus buenas intenciones o del trabajo bien hecho. Por el contrario, la seguridad de la atención —definida como "estar libre de lesiones accidentales"— es más bien el resultado de un sistema de atención, sea un hospital, un centro de atención primaria, una residencia de mayores, una farmacia o la atención en domicilio, en el cual se presta una atención específica que asegura que los procesos asistenciales están bien diseñados para prevenir, reconocer y corregir rápidamente los errores de manera que los pacientes no resulten dañados.

El mensaje de To Err is Human es que prevenir la muerte y las lesiones causadas por errores médicos, requiere cambios drásticos en todo el sistema. Entre las tres estrategias importantes: prevenir, reconocer y mitigar el daño ocurrido por el error; la primera estrategia tiene el mayor efecto potencial, igual que los esfuerzos preventivos de la salud pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en octubre de 2004<sup>10,11</sup>. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros.

El Consejo de Europa en el año 2006 instaba a los países a desarrollar políticas, estrategias y programas para mejorar la seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias.

Por otra parte el ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad elaboró un Plan Estratégico de Seguridad del Paciente (2015-2020)<sup>12</sup> basado en 6 líneas estratégicas, que mantienen los principios básicos de la estrategia de seguridad del paciente ya en desarrollo, incorporando objetivos y recomendaciones nuevas:

Línea 1: Cultura de seguridad, factores humanos y organizativos.

Línea 2: Prácticas clínicas seguras.

Línea 3: Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes.

Línea 4: Participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad.

Línea 5: Investigación en seguridad del paciente.

Línea 6: Participación internacional.

En esta misma línea, la Junta de Castilla y León de la mano de la Consejería de Sanidad y la Gerencia Regional de Salud (Sacyl), realizó un plan en gestión de calidad y seguridad del paciente (2011-2015)<sup>13</sup>. El Plan nació con el objetivo de



facilitar el despliegue en los centros de las líneas estratégicas y los objetivos de la GRS relacionados con la gestión de la calidad y la mejora de la seguridad del paciente.

Con respecto a la seguridad del paciente se desarrollaron 13 proyectos:

- Proyecto 1. Gestión de riesgos a través de SISNOT.
- Proyecto 2. Plan de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la atención sanitaria.
- Proyecto 3. Extensión de los proyectos bacteriemia y neumonía zero.
- Proyecto 4. Higiene de manos.
- Proyecto 5. Reducción de la transmisión cruzada de microorganismos multirresistentes en los hospitales.
- Proyecto 6. Extensión de la utilización del check list quirúrgico de la OMS.
- Proyecto 7. Prácticas seguras en el ámbito quirúrgico.
- Proyecto 8 Conciliación de la medicación al alta.,
- Proyecto 9. Mejora de la adecuación de la prescripción en ancianos.
- Proyecto 10. Mapas de riesgos.
- Proyecto 11. Mejora de la información al ciudadano.
- Proyecto 12. Difusión de buenas prácticas en seguridad.
- Proyecto 13. Monitorización de los indicadores de la estrategia de seguridad SNS

#### 2.4. Marco legal.

La seguridad del paciente está regulada por una serie de leyes:

La Constitución Española de 1978 reconoce en su Artículo 43<sup>14</sup> el derecho de todos a la protección de la salud, atribuyendo a los poderes públicos la competencia de organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y las prestaciones y servicios necesarios.

La Ley General de Sanidad, del 25 de Abril del 1986<sup>15</sup>, tiene como objetivo primordial establecer la estructura y el funcionamiento del sistema sanitario público. Su objeto consiste en la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.

La ley básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica<sup>16</sup> (Ley 41/2002), refuerza y da un trato especial al derecho de la autonomía del paciente, y especial atención a las instrucciones previas, que contemplan los deseos del paciente expresados con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado.

Así, la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal<sup>17</sup>, califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen especialmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, tratando de mejorar la calidad del sistema sanitario, como establece la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad<sup>18</sup> del Sistema Nacional de Salud, ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la estrategia número 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS), que se viene desarrollando desde el 2005 en coordinación con las Comunidades Autónomas, cuyo objetivo es mejorar la seguridad del paciente atendido en los centros sanitarios del SNS a través de distintas actuaciones, entre las que se encuentran: promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los

pacientes; diseñar y establecer sistemas de información y notificación de efectos adversos para el aprendizaje; e implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del SNS.

La norma “UNE 179003: 2013 Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente”<sup>19</sup>, tiene como objetivo identificar las situaciones de riesgo a lo largo de un episodio asistencial e implantar acciones para su reducción y prevención, reduciendo así los riesgos a los que están sometidos los pacientes a su paso por el sistema sanitario.

### 2.5. Servicio de Urgencias hospitalarias.

El Servicio (SU) de Urgencias hospitalarias se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, ubicada en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a la urgencia y la emergencia.

*Urgencia* es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados (OMS), también se define como “toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención no debe retrasarse más de seis horas”<sup>20,21</sup>.

Por otra parte la OMS define *Emergencia* como “ toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (hora dorada) y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial”<sup>20,21</sup>. Desde el punto de vista sanitario, estos dos conceptos son similares, equiparándose la segunda a la urgencia vital (grado mayor de urgencia).

Los Servicios de Urgencias cada vez son más utilizados de forma más frecuente por la población. Este servicio tiene la misión de prestar atención sanitaria urgente a los ciudadanos que la demanden, siendo una atención no programada generada por

diferentes necesidades asistenciales. Todos los SU requieren la adecuada dotación de material y recursos humanos, manteniendo una estrecha coordinación con el resto de unidades del hospital, conforme a la calidad técnica exigible por los estándares de la *Sociedad Española de Medicina de Urgencias* para satisfacer las necesidades del paciente.

La asistencia sanitaria urgente es muy complicada y viene determinada por múltiples factores relacionados entre sí. Por una parte el paciente demanda una asistencia rápida y por otra parte el sistema sanitario intenta proporcionar una respuesta organizada y eficiente.

La saturación del SU es un problema importante y generalizado en la mayoría de países, representando un problema no solo a nivel de urgencias sino a nivel hospitalario, afectando así a la seguridad del paciente<sup>22</sup>. (Tabla 1)

<b>Causas de saturación de urgencias</b>
- <b>Pacientes ancianos pluripatológicos</b>
- <b>Atención de patología no urgente</b>
- <b>Retraso en el ingreso o transporte en ambulancia</b>
- <b>Falta de camas en la planta de ingreso</b>
- <b>Falta de personal o con inadecuada preparación</b>
- <b>Factores estacionales</b>

Tabla 1. Manual de urgencias 2ª edición.

La atención médica en urgencias comprende: admisión, triaje, atención a la urgencia vital, atención a la patología urgente clínicamente objetivable, atención a la patología menos urgente y no urgente y observación clínica.

- **Objetivos:**

El objetivo general de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica de los estudios más actuales sobre la seguridad del paciente en un Servicio de Urgencias, así como de las guías y estrategias establecidas por el Ministerio de Sanidad, SEMES y la Junta de Castilla y León.

Objetivos específicos:

- Definir qué es la asistencia segura al paciente en urgencias.
- Identificar en qué momento se producen más efectos adversos.
- Identificar las prácticas seguras en servicio urgencias hospitalarias.

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS.

El presente trabajo se ha desarrollado entre los meses de Diciembre del 2015 a Abril del 2016. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica de estudios, artículos y guías existentes sobre la seguridad del paciente en urgencias.

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo a través de:

- Buscadores: Google
- Biblioteca del Servicio de Urgencias del Hospital Rio Carrión
- Páginas oficiales que abordan el tema: OMS, Ministerio de Sanidad, BOE, SaCyl, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).
- Bases de datos: SCIELO, Dialnet, PubMed y Google Académico.

Para la búsqueda se han usado los términos Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) que se describen a continuación todas ellas combinados con los operadores booleanos AND y OR:

Palabra clave	DeCS
<b>Seguridad del paciente</b>	Patient Safety
<b>Efecto adverso</b>	Adverse events
<b>Servicio de Urgencia en Hospital</b>	Emergency Service, Hospital

Tabla 2: Palabras clave y DeCs

Usando estos descriptores en las bases de datos antes mencionadas, los resultados han sido los siguientes:

Bases de datos	Artículos encontrados	Artículos útiles
Dialnet	159	4
PubMed	66	2
SCIELO	13	3
Google Academico	150	1
<b>TOTAL</b>	<b>388</b>	<b>10</b>

Tabla 3: bases de datos, artículos encontrados y artículos útiles.

Se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión, delimitando así los artículos válidos para el trabajo:

- Criterios de inclusión:

Todos aquellos artículos publicados en español e inglés, con una antigüedad de no más de 15 años.

- Criterios de exclusión:

Aquellos que no se encontraban relacionados directamente con el objetivo del trabajo, que no se encontraban con acceso gratuito o aquellos que se encontraban en más de una base de datos.

- Limitaciones:

Han sido pocos los resultados útiles para este trabajo, ya que hay una escasez de estudios diseñados y realizados específicamente en y para un servicio de urgencias. La mayoría de los artículos se centran en la seguridad del paciente en otras áreas de hospitalización o en la hospitalización en general.

#### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Los servicios de urgencias son un área asistencial donde existe un alto riesgo de incidentes y eventos adversos, que afectan, por tanto, a la seguridad del paciente (SP). El estudio de los efectos adversos (EA) debidos a la asistencia sanitaria ha cobrado un notable auge en los últimos años ya que son un problema frecuente, tanto por la mayor complejidad de la práctica clínica, como por el aumento de la edad media de los pacientes que son atendidos en los hospitales.

Los servicios de urgencia son, en muchas ocasiones, la puerta de entrada al sistema sanitario, siendo el área de mayor riesgo de sucesos adversos. Se atienden al año más de 26 millones de consultas (según estadísticas del año 2008). Después de la atención primaria suponen la segunda actividad más importante en volumen dentro del Sistema Nacional de Salud. La incidencia de aparición de eventos adversos en dichos servicios se estima entre un 1,6 y un 14% según diferentes estudios y metodologías.

Los diferentes modelos organizativos junto con las características intrínsecas de la atención urgente pueden facilitar el riesgo de aparición de EA. Además, algunos trabajos han destacado el grado de “inadecuación” de las admisiones, estancias y/o visitas urgentes como un fenómeno a mejorar para evitar riesgos así como consumos sanitarios innecesarios<sup>23</sup>.

Aunque muchos de los estudios realizados sobre EA se han llevado a cabo sobre la hospitalización, éstos pueden ocurrir en cualquier escenario y, los SU, por su idiosincrasia, no se escapan a ellos.

De la revisión bibliográfica se extraen 4 estudios importantes acerca de los efectos adversos: el estudio en un Servicio de Urgencias de Canadá, el estudio EVADUR, el estudio en el Servicio Regional de Salud de Murcia, y el estudio ENEAS.



J.Forster y col, estudiaron los eventos adversos en los pacientes dados de alta de un servicio de urgencias de Canadá (2003)<sup>24</sup>. El diagnóstico más frecuente fue "dolor en el pecho", seguido de "trastornos óseos y articulares". 24 pacientes de los 399 estudiados, experimentaron un acontecimiento adverso (incidencia 6%) de los cuales 17 eran prevenibles. Cinco de los eventos adversos fueron efectos secundarios de la medicación y dos eran menores complicaciones, relacionadas con el procedimiento. De los 24 eventos adversos, 15 condujeron a una visita al servicio de urgencias adicional o una hospitalización.

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) realizó en 2010 el estudio EVADUR<sup>25</sup> (Eventos Adversos ligados a la Asistencia en los Servicios de Urgencias de Hospitales Españoles) el cual marca un antes y un después en el conocimiento de la seguridad del paciente en este servicio. Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo y multicéntrico, realizado en 21 hospitales de doce comunidades autónomas españolas para analizar la incidencia de eventos adversos (EA) como consecuencia de la asistencia prestada en los mismos. Como criterio de inclusión debían disponer de un sistema de triaje estructurado y acreditado. Durante siete días diferentes se analizó durante 24 horas la asistencia realizada en pacientes identificados, con riesgo a desarrollar un EA, registrando su aparición o no, características y tipificación de acuerdo a un mapa de riesgos diseñado para un SU. Se realizó también seguimiento posterior a los 7 días del alta del SU en búsqueda de EA tardíos, que han permitido conocer tanto la incidencia de sucesos adversos en dichos servicios, sus causas y evitabilidad, como el grado de seguridad y cultura de las organizaciones; y finalmente se elaboró un mapa de riesgos de la atención urgente. Todo ello ha permitido, no sólo conocer la situación en seguridad del paciente de los SUE, sino recomendar y desarrollar estrategias específicas enfocadas a la reducción de riesgos para el paciente derivados de la asistencia en los SUE. Se analizaron 3.854 pacientes de los cuales 462 (12%) tuvieron algún tipo de EA siendo evitables un 70%. Este resultado es superior a los obtenidos en estudios previos, donde cifran la incidencia de EA en el SU entre el 3 y el 6% de los pacientes visitados. Los pacientes que fueron traídos a urgencias por un sistema medicalizado (112) y/o mediante traslado interhospitalario presentaron un mayor porcentaje de EA. Un porcentaje importante de los incidentes (43%) son

detectados con posterioridad al alta, fenómeno que es obviado en otros estudios en los que las tasas de incidencia son inferiores. Los enfermos con nivel de gravedad 1 ó 2 del SET, tuvieron un mayor riesgo de sufrir algún tipo de EA; las causas que originaron los Inc/EA, predominan los factores relacionados con los cuidados del paciente, medicación (la omisión de dosis o medicación, RAM), y/o el error/retraso en el diagnóstico, que, junto con los problemas de comunicación interprofesionales o con el paciente llegan a constituir el 80% de las causas de los Inc/EA en Urgencias. Entre los efectos que se produjeron están relacionados con el procedimiento (hematoma, hematuria), con el proceso (necesidad de repetir procedimiento, peor evolución) y relacionados con la medicación (nauseas, mareo, diarrea). El perfil del paciente que ha sufrido algún EA en un SU se caracteriza por tener una edad media más elevada, por encima de 60 años, el 60% de los pacientes que presentaban un EA tenían algún factor de riesgo. Se constata en el estudio una baja capacidad de declaración del EA en las historias clínicas de urgencias, con tan sólo un 17% de los casos. Se registró una mortalidad de 7 casos (0,18%), siendo el valor final de los EA con daño de un 7,2%. Como conclusión los resultados obtenidos en el estudio EVADUR permiten conocer las características de los Inc/EA que se generan específicamente por la asistencia en los SU españoles y los factores que predisponen a su aparición.

Un estudio observacional realizado en todos los departamentos de emergencias de los hospitales en el Servicio Regional de Salud de Murcia<sup>26</sup> con un total de 393 muestras, detectó al menos un incidente en 47 pacientes. En cuanto al impacto, el 51% de los incidentes causó daño a los pacientes. Los factores causales más frecuentes de estos incidentes fueron la medicación y la atención. Los resultados implican que 12 de cada 100 pacientes tratados en salas de emergencia tienen un efecto adverso, y 7 de ellos son evitables.

El estudio ENEAS<sup>27</sup> se trata de un estudio retrospectivo de cohortes realizado en España por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2005. Puso de manifiesto cómo el grado de vulnerabilidad de los pacientes era un factor decisivo en la aparición de eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria, de tal forma que conforme aumentaba el número de factores de riesgo se incrementaba el riesgo de

EA. En él se deja ver que el 25% de los EA que acontecen en los hospitales tienen que ver con procedimientos realizados (muchos de ellos realizados en SU), de los que podrían evitarse un 31,7%, al igual que el 34,9% de los relacionados con medicación (prurito, náuseas, vómitos, diarrea). La incidencia de EA fue del 9% siendo el 42,8% de los EA se consideraron evitables. Las conclusiones del estudio se pueden resumir en, que uno de cada cinco efectos adversos se originan en la prehospitalización y que las tres causas inmediatas de EAs fueron: relacionados con la medicación, infecciones nosocomiales y relacionados con problemas técnicos.

Los estudios retrospectivos y basados en la revisión de historias, dan lugar a un hecho denominado fenómeno de «la punta de iceberg», es decir, una detección inferior a la que pueda acontecer en realidad.

Estudio	Tamaño muestral	% Incidencias EA	% Evitabilidad	EA relacionados con
EVADUR	3.854	12%	70%	-Medicación -Diagnostico -Comunicación
ENEAS	6.500	9%	42.6%	-Medicación -Infección nosocomial -Procedimientos
Servicio de urgencias de Canadá	399	6%	71%	-Medicación -Procedimientos
Servicio Regional de Salud de Murcia	393	12%	60%	-Medicación -Procedimientos

Tabla 4: comparación de los estudios sobre efectos adversos.

Como resumen de estos estudios se puede ver que la mayoría de los efectos adversos acontecidos en un servicio de urgencias puede ser evitados, encontrándose la mayor parte de los mismos en errores de medicación. La falta de

comunicación entre el personal sanitario y los procedimientos realizados en urgencias, son otros de los grandes causantes de efectos adversos. (Tabla 4)

En la revisión bibliográfica se obtienen dos estudios sobre la cultura de seguridad en los Servicios de Urgencias, siendo estos: el estudio CULTURA y un estudio en un Servicio de Urgencias hospitalario de Zaragoza.

En el estudio CULTURA<sup>28</sup> se recogen los resultados de la valoración del nivel de cultura de seguridad en los SU utilizando la encuesta “Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)” de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al castellano<sup>29</sup>. Se realizó a profesionales de 30 SU de 13 CCAA y se obtuvo un total de 1.388 respuestas válidas. La calificación media otorgada, respecto al clima de seguridad fue de 6,1 puntos. Las dimensiones mejor valoradas fueron las de “Trabajo en equipo en la unidad” y “Expectativas/acciones de los mandos en SP” con un 68% y un 56% de respuestas positivas respectivamente. Las dimensiones peor valoradas fueron “Dotación de recursos humanos” y “Apoyo de la gerencia/dirección del hospital” con un 57% y un 47% de respuestas negativas respectivamente.

En otro estudio en el cual se utiliza también el cuestionario “Hospital Survey on Patient Safety”<sup>29</sup>, se evalúa el nivel de cultura sobre seguridad entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un Servicio de Urgencias hospitalario de Zaragoza<sup>30</sup> en 2011. Al igual que en el anterior estudio la dimensión mejor valorada fue el trabajo en equipo en urgencias, mientras que las peor calificadas fueron la dotación de personal y el apoyo de la gerencia. Cabe destacar un elevado porcentaje de respuestas neutras en las dimensiones “Retroalimentación y comunicación sobre errores” (55,3%), “Aprendizaje organizacional y mejora continua” con un 52,2% “Franqueza en la comunicación” y “Frecuencia de eventos notificados” con un 51,9% y un 51,5% respectivamente. Los encuestados valoraron el grado de seguridad en el servicio de urgencias con una nota media de 5,9, siendo esta menor que en el estudio CULTURA. Cabe decir que coincide con el anterior estudio en las dimensiones peor valoradas.

Para mejorar los puntos peor valorados en estos dos estudios se plantean unas estrategias de mejora. En cuanto al “apoyo de la gerencia” se recomienda las rondas de seguridad, ya que cumple los objetivos de detección proactiva y retrospectiva de incidentes y de oportunidades de mejora, interacción con los profesionales de primera línea y visualización de la implicación de los directivos de la institución. En cuanto a la adecuación de la “dotación de recursos humanos”, no sólo se debe observar el número de profesionales y los ritmos de trabajo. La reducción de las interrupciones por temas ajenos a la asistencia permite disponer de un mayor tiempo útil, reduciendo así la sensación de agobio y lograr una mayor seguridad del paciente. Las acciones a nivel de hospital dirigidas a reducir la saturación del servicio, también inciden en reducir cargas de trabajo y estrés de los profesionales, con la consiguiente reducción de posibles errores y efectos adversos.

Estudio	Dimensiones mejor valoradas	Dimensiones peor valoradas	Nota media
<b>CULTURA</b>	-Trabajo en equipo en la unidad. -Expectativas/acciones de los mandos en SP.	-Dotación de recursos humanos. -Apoyo de la gerencia del hospital	6,1
<b>Servicio de Urgencias hospitalario de Zaragoza</b>	-Trabajo en equipo en la unidad.	-Dotación de recursos humanos. -Apoyo de la gerencia del hospital	5,9

Tabla 5: comparación de los estudios sobre cultura en SP en un SU

Un estudio realizado en Badalona<sup>31</sup> en 2009, evaluó el resultado de la implantación de un programa de atención farmacéutica en un SU para mejorar la seguridad del paciente. Se llegó a la conclusión de que la integración de un farmacéutico en el SU

facilita la detección y resolución de problemas relacionados con la medicación (RPM). Los más frecuentes estuvieron relacionados con la medicación habitual del paciente. Los pacientes que más se beneficiaron de la intervención farmacéutica en términos de eficacia y seguridad son aquellos con 5 o más fármacos como medicación habitual. La incorporación de un farmacéutico en el SU se debe contemplar como un complemento más de la atención sanitaria urgente a la vez que una ayuda para el profesional del SU, que permite la realización de una historia farmacoterapéutica completa, reduciendo así el riesgo de problemas relacionados con la medicación.

La seguridad del paciente ha pasado de ser una dimensión más de la calidad asistencial a una forma de entender la atención sanitaria sin la cual ésta carecería de sentido. Como bien se ha dicho, el servicio de urgencias constituye una de las áreas asistenciales con más riesgo de efectos adversos. Diferentes condiciones favorecen su aparición, como son el alto número de visitas, la diversa complejidad de los pacientes y la necesidad de tomar decisiones tiempodependientes con escasa información clínica. Los factores profesionales como pueden ser la escasa formación del profesional en este ámbito y las condiciones laborales con guardias de 24 horas no favorecen una buena asistencia. El cansancio físico y psíquico es innegable, repercutiendo negativamente en la asistencia de los pacientes. La carencia de recursos, tanto humanos como de espacio hace que el manejo del paciente sea más dificultoso y a veces la evaluación y el tratamiento tardan demasiado.

Urgencias al ser un servicio especial, lleva consigo ser uno de los servicios con mayor incidencia de “bourn out” que da lugar a la desmotivación. Esta desmotivación del personal puede llevar al desinterés, por lo que se considera también una fuente de error.

Pero, ¿en qué momento de esta atención urgente hospitalaria se cometen los errores? Según el trabajo de Chanovas y cols<sup>32</sup>, estos son: cambios de turno, la comunicación y el triaje.

En los cambios de turno, cuando se ha de explicar al paciente, podemos olvidarnos de decir información importante para la correcta evaluación del paciente. Por ello es

responsabilidad tanto del profesional saliente como entrante la correcta transmisión de información.

La carencia de información y coordinación entre personal sanitario y enfermo, debidas a diferencias culturales y de idioma, es una fuente no depreciable de errores.

Por otra parte, el triaje de los pacientes es unos de los momentos cruciales, si nos equivocamos a la hora de evaluar la gravedad, las consecuencias podrían ser irreparables. Por eso es tan importante disponer de un triaje estructurado y validado y que sea realizado por un profesional con experiencia.

La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado<sup>33</sup> es una medida fundamental para mejorar la calidad de los Servicios de urgencias y Emergencias, proteger a los pacientes, aumentar la satisfacción de los usuarios y optimización de los recursos. Ha de permitir identificar rápidamente a los pacientes que padecen una enfermedad que pone en peligro la su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia, para disminuir su riesgo.

El triaje es una herramienta básica para agilizar la atención, priorizando siempre el paciente más urgente, disminuyendo así la congestión de urgencias.

Actualmente la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) adopta el Sistema Español de Triage (SET), una adaptación del modelo Andorrano de Triage (MAT). Basado en 5 niveles de priorización cuenta con un programa informático de ayuda a la decisión clínica en el triaje.

Nivel de urgencias	Tiempo de espera
<b>I Emergencia</b>	Inmediato

<b>II Muy urgente</b>	10 minutos
<b>III Urgente</b>	60 minutos
<b>IV Menos urgencia</b>	120 minutos
<b>V No urgente</b>	240 minutos

Tabla 6: Triage en Urgencias

Ante las inquietudes de los profesionales debido a lo mencionado en los estudios, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), inició el Programa SEMES-Seguridad Paciente<sup>34</sup> (2008) una estrategia en los Servicios de Urgencias como respuesta a las inquietudes de los profesionales y para la mejora de la seguridad del paciente.

Este programa establece líneas de actuación estratégicas a desarrollar en los SUE destinadas a la mejora de la seguridad del paciente: 1. Seguir creando y manteniendo la cultura de SP en los SU, 2. Medir lo que está ocurriendo, 3. Describir, notificar y analizar los incidentes que ocurren, 4. Diseñar e implantar en los SUE herramientas proactivas para la detección de riesgos y 5. Impulsar estrategias o programas específicos basados en los riesgos detectados.

1. Crear y mantener la cultura de seguridad.

Se recomienda fomentar la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad. Ello supone establecer y mantener un liderazgo que promueva una cultura de seguridad, evaluar periódicamente la cultura de seguridad de la institución, comunicar los resultados y tomar medidas para mejorarla, formar a los profesionales en técnicas de trabajo en equipo y de los principios de reducción de errores y establecer programas de notificación y aprendizaje, para identificar y analizar los incidentes que se producen y las situaciones de riesgo, y aplicar y evaluar acciones de mejora en relación con los mismos. La creación de una cultura de seguridad se considera que es un paso decisivo para lograr la mejora de la seguridad del paciente y constituye la primera



práctica segura recomendada por el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, el National Quality Forum y estudios.

2. Medir lo que está ocurriendo, mediante el desarrollo de proyectos dirigidos a conocer la situación de los servicios de urgencias, en aspectos de seguridad del paciente, el nivel de cultura de los profesionales sanitarios, el tipo de incidentes, causas y condiciones latentes así como la evitabilidad de los eventos adversos.
3. Describir, notificar y analizar los incidentes que ocurren. Las tasas de notificación de incidencias es realmente baja, a pesar de contar con modelos de notificación. Un ejemplo de modelo de notificación es el Sistema Nacional de Notificación de Eventos Adversos (SINASP) el cual pretende homogeneizar la comunicación de sucesos adversos para facilitar su análisis. Existen alternativas útiles y sencillas a la notificación como es el caso de los briefings y los triggers, sin embargo, tienen escaso valor si no se acompañan de acciones de análisis de casos. Para ello, el Programa SEMES ha apostado por el Protocolo de Londres de incidentes clínicos, una forma más práctica para los SUE que permite un análisis más sistémico de los factores causales y de las condiciones latentes.
4. Diseñar e implantar en los SUE herramientas proactivas para la detección de riesgos.

El desarrollo de herramientas proactivas facilitan la mejora continua de la calidad y de la SP en los SU españoles. En ese sentido, la fundación SEMES en colaboración con Mapfre a consecuencia de sus estudios, vio la necesidad de realizar un mapa de riesgos<sup>35</sup>. Este se define como instrumento informativo dinámico que permita conocer los factores de riesgo y los probables o comprobados daños en un ámbito de trabajo. Es el principal proyecto validado en 23 hospitales españoles.

El documento, denominado «Mapa de Riesgos Completo» (tabla 7), recoge, tras su validación, un total de 13 procesos, 118 subprocesos, 271 fallos

posibles y 1.368 riesgos. Atendiendo a la puntuación de la mediana se elaboraron dos versiones reducidas:

- «Mapa de Riesgos Recomendado», con los riesgos por encima de la mediana del índice de probabilidad de riesgos (IPR) que supone el 55% del documento original, Formado por 13 procesos, 108 subprocesos, 217 fallos posibles y 748 riesgos

- «Mapa de Riesgos Imprescindible», con los riesgos >280 puntos de IPR que representa el 13% de los riesgos sobre el documento completo. Formado por 10 procesos, 54 subprocesos, 79 fallos posibles y 180 riesgos.

La herramienta obtenida es proactiva homogénea y valida, que analiza todos los procesos asistenciales urgentes y que permite la gestión de riesgos en cualquier SU.

Proceso	Subproceso	Fallos	Causas	Riesgo	%	Moda	Mediana
---------	------------	--------	--------	--------	---	------	---------

global							
Llegada	4	13	34	56	4,1	1	28
Admisiones	6	14	47	64	4,7	16	40
Triaje	9	23	69	116	8.5	112	112
Visita enf-med	14	27	102	196	14.3	280	112
Pruebas de imagen	10	33	54	112	8.2	112	112
Laboratorio	14	22	66	105	7.7	280	160
ECG	6	11	29	52	3.8	112	112
Tratamiento	12	28	152	192	14.0	112	160
Observación	10	32	127	181	13.3	112	160
Alta domicilio	6	12	42	56	4.1	112	112
Ingreso	7	16	49	67	4.9	280	160
traslado	7	15	37	53	3.9	112	100
Quirófano	13	25	76	118	8.6	112	112
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>271</b>	<b>884</b>	<b>1.368</b>			

Tabla 7. Mapa de Riesgos de la Atención Urgente<sup>34</sup>

5. Impulsar estrategias o programas específicos basados en los riesgos detectados.

Este programa elabora una serie de estrategias basadas en las del Ministerio de Sanidad<sup>36</sup>, dirigidas a la seguridad en la medicación, prevención de la infección, la comunicación, prevención de caídas e identificación del paciente.

- Seguridad medicación: la medicación es una de las principales causas de efectos adversos en la asistencia sanitaria. La implantación de prácticas para reducir los errores de medicación en el Servicio de Urgencias tendrá una gran repercusión en la mejora de la calidad y seguridad de su asistencia.

Se seguirá los procedimientos generales establecidos en el hospital para garantizar la seguridad en los procesos de prescripción, almacenamiento, preparación y administración de medicamentos. Prestándose especial atención a los medicamentos de alto riesgo que se manejen en el SU, para los que, anualmente, se revisarán las condiciones de almacenamiento y se establecerán directrices que aseguren la estandarización de su preparación y administración (concentraciones de las soluciones para infusión, velocidades de administración, criterios para utilización de bombas de infusión, etc.).

Se debe fomentar desde este servicio, la implantación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, especialmente la disponibilidad de historia clínica informatizada y de sistemas de prescripción farmacológica asistida electrónica. Además debe incluir alertas sobre alergias, dosis máximas, medicamentos inapropiados en ancianos, interacciones medicamento-medicamento y medicamento-enfermedad. Se dispondrá de guías de uso de medicamentos basados en la evidencia y/o protocolos actualizados de tratamiento, sobre las principales enfermedades tratadas en el SU, con el fin de estandarizar la prescripción y el seguimiento de la eficacia y seguridad de los tratamientos.

Al ingreso del paciente se debe obtener un perfil farmacoterapéutico completo que incluya los medicamentos que toma con y sin receta, así

como las plantas medicinales y tratamientos alternativos o complementarios. Al alta hospitalaria le se proporcionará al paciente (o cuidador) información oral y escrita sobre los medicamentos que se prescriban. La información será clara y comprensible.

- Prevención de la infección: La medida clave para minimizar el riesgo de infecciones nosocomiales es el lavado de manos, mediante la realización de talleres que impliquen a todo el personal del SU, siguiendo las recomendaciones de todos los departamentos en los que se atiende al paciente. El Servicio de Urgencias debe disponer de equipamiento para la higiene de manos del personal (solución hidroalcohólica), como elemento básico para la prevención de la transmisión de la infección.
- Comunicación durante el traspaso del paciente: A lo largo del proceso asistencial, un paciente puede ser atendido por más de un profesional sanitario. La comunicación entre las unidades y los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial, o podría interpretarse incorrectamente. Se recomienda estandarizar la comunicación entre los profesionales en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención en el transcurso del traslado de un paciente a otra unidad. Para ello se recomienda la asignación de tiempo suficiente para comunicar la información importante, para formular y responder preguntas sin interrupciones y el uso de la técnica SBAR: modelo de lenguaje común para comunicar la información crucial, estructurada en cuatro apartados: situación, antecedentes, evaluación y recomendación. También la estandarización de la planificación al alta para garantizar que, el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria obtengan la información clave del diagnóstico, el tratamiento, cuidados y los resultados de las pruebas. Por último, también se recomienda el uso de checklist para verificar la transferencia de la información importante.
- Prevención de caídas: La caída del paciente en los servicios de atención sanitaria representa un importante problema de salud, siendo más

frecuente en personas mayores. La prevención primaria (evitar que se produzcan) y secundaria (evitar el daño si se producen) de la caída constituyen una de las líneas estratégicas internacionales básicas en Seguridad del Paciente. El Servicio de Urgencias, en el área de observación, debe desarrollar e implantar un programa para la prevención de las caídas que incluya la identificación del paciente con riesgo de caída y de las situaciones relacionadas con ella: paso a cama, eliminación de excreciones y espera de pruebas radiológicas.

- Identificación del paciente. Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre, etc. Por ellos es necesario utilizar una pulsera identificativa donde se indique nombre y apellidos, fecha de nacimiento y número de historia clínica del paciente, además de incorporar activamente al paciente y a su familia en el proceso de identificación.

Transmitir a los profesionales la necesidad de comprobar la identidad de los pacientes y certificar que se trata del paciente correcto y el procedimiento indicado antes de realizarlo.

Elaborar y difundir protocolos que contemplen criterios claros para la diferenciar pacientes con el mismo nombre y la identificación del paciente no identificable.

Promover el etiquetado de las muestras del paciente en el mismo momento de la extracción y formar al personal en el procedimiento adecuado para la identificación del paciente.

Como fruto de este programa se ha generado una red de instructores de SP para servicios de urgencias hospitalarias, compuesta actualmente por 176 profesionales.

Para finalizar me gustaría citar una frase de Confucio la cual tiene estrecha relación con el presente trabajo: quien ha cometido un error y no lo corrige, comete otro error mayor.

## 5. CONCLUSIONES.

- Debido a la escasez de estudios sobre seguridad del paciente en urgencias, existen pocos datos respecto a este tema. Los cuatro estudios hallados y analizados (estudio EVADUR, estudio ENEAS, estudio en un Servicio de Urgencias de Canadá y el estudio en el Servicio Regional de Salud de Murcia), concluyen que la mayoría de los efectos adversos que acontecen en un servicio de urgencias tienen que ver principalmente con errores de medicación, seguido de la falta de comunicación entre el personal sanitario y de los procedimientos realizados. La mayoría de estos efectos adversos estudiados son evitables.
- La seguridad del paciente es clave para mejorar la calidad. Por ello la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES) en base a las estrategias en seguridad del paciente establecidas por el Ministerio de Sanidad, propone una serie de líneas de actuación para mejorar la seguridad del paciente en este servicio y evitar así eventos adversos. Siguiendo la misma línea, la Junta de Castilla y León, elaboró un Plan de Gestión de calidad y seguridad del paciente.
- Siguiendo los pasos del programa SEMES, es necesario seguir implantando paulatinamente una conciencia y cultura de la seguridad entre los profesionales de la atención urgente así como el desarrollo de iniciativas de investigación, con la consiguiente mejora de resultados y eficiencia en la prevención de riesgos.



## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Tomas, S. Introducción a la seguridad clínica del paciente. Monografías de la sociedad española de medicina de urgencias y emergencias: [Internet]. 2007 Oct [Acceso 20 Febrero 2016]; 1(3): 1-6. Disponible en: [http://gruposdetrabajo.sefh.es/faster/documentos/SEMES\\_SP\\_en\\_Urgencias.pdf](http://gruposdetrabajo.sefh.es/faster/documentos/SEMES_SP_en_Urgencias.pdf)
2. Di Leo Liray. A. Seguridad de Paciente en el Servicio de Urgencias y Emergencias. Seguridad del Paciente. s.f., SUPPL 4. 4-9 Disponible en: <http://docplayer.es/15541275-Dr-angel-gilardoni-lic-cesar-gotta-dpto-comercial-seguridad-de-paciente-en-el-servicio-de-urgencias-y-emergencias.html>
3. Villarreal Cantillo E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte. [Internet] 2007; [Acceso 15 Diciembre 2016] 23, (1): 112-119. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v23n1/v23n1a11.pdf>
4. VV.AA. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. World Health Organization, World Health Alliance for Patient Safety; 2009 ENE. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
5. Simón Lorda P. Ética y seguridad de los pacientes. Humanitas, Humanidades Médicas. [Internet] 2005; [Acceso 22 Febrero 2016] 8:145-60. Disponible En: [https://www.google.es/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.fundacionmh.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo10.pdf&ved=0ahUKEwjliZbEqOTMAhWBOxQKHdQ5DHEQFggaMAA&usg=AFQjCNFeWP0amlju1YX3V6tQ7d\\_\\_Ns2mPQ](https://www.google.es/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.fundacionmh.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo10.pdf&ved=0ahUKEwjliZbEqOTMAhWBOxQKHdQ5DHEQFggaMAA&usg=AFQjCNFeWP0amlju1YX3V6tQ7d__Ns2mPQ)
6. Vega Cobo M G. Seguridad Clínica: errores de medicación en los servicios de urgencias. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. [Internet]. 2012 Nov-Dic. [Acceso 15 Diciembre 2016]; 28: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2012/pagina3.html>

7. Martín M C, Cabré L. Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. *Revista de Bioética y Derecho*. [Internet] 2009 Ene [Acceso 22 Febrero 2016]; 15: 6-14. Disponible en: [http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/RByD15\\_ArtMartin&Cabre.pdf](http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/RByD15_ArtMartin&Cabre.pdf)
8. Martínez Unkauf Á. Gestión sistémica del error: el enfoque del Queso Suizo en las auditorías. *Innotec Gestión: Revista del Laboratorio Tecnológico el Uruguay*. [Internet]. 2012 [Acceso 16 Enero 2016]; 4: 13-21. Disponible en: <http://ojs.latu.org.uy/index.php/INNOTEC-Gestion/article/view/164/pd>
9. Kohn L T, Corrigan J M, Donaldson M S. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. [Internet]. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000. [Acceso 3 Marzo 2016]. Disponible en: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Jj25GILKXSgC&oi=fnd&pg=PT25&dq=To+Err+is+Human:+Building+a+Safer+Health+System&ots=bHlj0sJ65L&sig=4vjVvt8wD\\_aallS7cKqNhA9VJEk#v=onepage&q=To%20Err%20is%20Human%3A%20Building%20a%20Safer%20Health%20System&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Jj25GILKXSgC&oi=fnd&pg=PT25&dq=To+Err+is+Human:+Building+a+Safer+Health+System&ots=bHlj0sJ65L&sig=4vjVvt8wD_aallS7cKqNhA9VJEk#v=onepage&q=To%20Err%20is%20Human%3A%20Building%20a%20Safer%20Health%20System&f=false)
10. World Health Organization. *World Health Alliance for Patient Safety. Forward Programme*. Geneve: World Health Organization, 2004. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)
11. Ceriani Cernadas J M. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". *Archivos argentinos de pediatría*. [Internet]. 2009 Oct [Acceso 22 Febrero 2016]; 107(5): 385-386. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752009000500001](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500001)
12. VV.AA. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020*. [Internet]. Sanidad 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Acceso 18 Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.seguriddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>
13. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [Internet] Castilla y León, s.f. [actualizado s.f.; citado 2016]. Institución. Planes y Estrategias. Plan en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente; [aprox. 1 pantalla]. Disponible

en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-gestion-calidad-seguridad-paciente>

14. Artículo 43. Constitución Española 1978. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29 Diciembre 1978)
15. Ley general de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de Abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29 Abril 1986).
16. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15 Noviembre 2002).
17. Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley 15/1999, de 13 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14 Diciembre 1999).
18. Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003, de 28 de mayo. Boletín Oficial de Estado, nº 128, (29 Mayo 2003).
19. AENOR Asociación Española de Normalización y Certificación [Internet]. Madrid.; 2010 [actualizado s.f.; Acceso 4 Abril 2016]. Certificación Riesgos y Seguridad. Sistema de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente UNE 179003. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: [https://www.aenor.es/aenor/certificacion/seguridad/seguridad\\_pacientes.asp#.VzzKfSgaGf0](https://www.aenor.es/aenor/certificacion/seguridad/seguridad_pacientes.asp#.VzzKfSgaGf0)
20. Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias: Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [Internet]. 2006 [Acceso 13 Marzo 2016]; 18(3) 156-164. Disponible en: <http://www.triajeset.com/acerca/archivos/Constructo.pdf>
21. Manual CTO Enfermería. Concepto de urgencia y emergencia, valoración y cuidados de enfermería ante situaciones críticas, parada cardiorrespiratoria, RCP en adultos y en pediatría, cuidados postresucitación [Internet]. Madrid; 2011 [Acceso 18 Marzo 2016]. Disponible en: [http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN\\_OPECan\\_CapM.pdf](http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN_OPECan_CapM.pdf)

22. RIVAS M. Manual de urgencias. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
23. Tomás S, Gimena I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2010 [Acceso 13 Marzo 2016 ]; 33 (Suppl 1 ): 131-148. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272010000200015](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200015)
24. Forster A J, Rose Nicholas G W, Van Walraven C, Stiell I. Adverse events following an emergency department visit. Qual Saf Health Care. [Internet]. 2007 Feb [Acceso 13 Marzo 2016]; 16(1): 17-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464922/>
25. Tomás S, Chánovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T; Grupo de Trabajo Evadur-Semes. Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. [Internet]. 2010 Dic [Acceso 18 Marzo 2016]; 22(6): 415-428. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5447191>
26. Alcaraz-Martínez J, Aranaz-Andrés J M, Martínez-Ros C, et al. Regional Study of Patient Safety Incidents (ERIDA) in the Emergency Services. Revista de calidad asistencial: órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. En prensa. Publicación electrónica 8 Abr 2016. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27068392>
27. VV.AA. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Febrero 2006. [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. [Acceso 20 Marzo 2016]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp2.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf)
28. Roqueta egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borrás M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30

hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. [Internet]. 2011 [Acceso 18 Marzo 2016]; 23: 356-364. Disponible en: [http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo\\_21.pdf](http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_21.pdf)

29. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2005 [Acceso 15 Febrero 2016]; 5-15. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
30. Jaraba Becerril C, Sartolo Romeo M T, Villaverde Royo M V, Espuis Albas L, Rivas Jiménez M. Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. Anales del sistema sanitario de Navarra. [Internet]. 2013 [Acceso 8 Abril 2016]; 36(3): 471-477. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4549621>
31. Tomás Vecina S, García Sánchez J L, Pascual Arce B, Riera Paredes I. Programa de intervención farmacéutica en el servicio de urgencias para mejorar la seguridad del paciente. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. [Internet]. 2010 [Acceso 4 Abril 2016]; 22(2): 85-90. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3172878>
32. Chanovas Borràs M, Campodarve I, Tomás Vecina S. Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente? Monografías de la sociedad española de medicina de urgencias y emergencias: [Internet]. 2007 Oct [Acceso 16 Febrero 2016]; 1(3): 7-13. Disponible en: [https://scholar.google.es/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=ca&user=gNMqgCMAAAAJ&citation\\_for\\_view=gNMqgCMAAAAJ:d1gkVwhDpl0C](https://scholar.google.es/citations?view_op=view_citation&hl=ca&user=gNMqgCMAAAAJ&citation_for_view=gNMqgCMAAAAJ:d1gkVwhDpl0C)
33. Triajeset.com [Internet]. s.f. [actualizado s.f.; citado 2016]. Disponible en: <http://www.triajeset.com/acerca/index.html>

34. Tomás S, Chánovas M, Roqueta F, Toranzo T. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. [Internet]. 2012 Jun [Acceso 4 Abril 2016]; 24(3): 225-233. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5445047>
35. Tomás Vecina S, Bueno Domínguez M J, Chánovas Borrás M, Roqueta Egea F; Grupo de Trabajo Mapa de Riesgos SEMES. Diseño y validación de un mapa de riesgos para la mejora de la seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Trauma Fund. MAPFRE* [Internet]. 2014 [Acceso 26 Marzo 2016]; 25(1): 46-53. Disponible en: <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v25n1/docs/Articulo8.pdf>
36. VV.AA. Unidad de urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones. [Internet]. *Informes, Estudios e Investigación 2010*. Ministerio de Sanidad y Política Social. [Acceso 18 Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>