

La Seguridad de pacientes como prioridad en las Políticas Sanitarias en Atención Urgente

Por el grupo de trabajo para la calidad y la seguridad clínica en las urgencias y emergencias, de la SEEUE.

Introducción

Se estima, que los **eventos adversos asociados a la asistencia sanitaria** son los que más vidas perdidas por año producen y más costes permanentes generan al sistema sanitario y a la sociedad.

Los **efectos adversos** en centros sanitarios y sociosanitarios representan más del 65 % de la **carga de la enfermedad** y costes asociados¹.

Los **eventos adversos** dan lugar a daños innecesarios y prevenibles o incluso muertes que generan sobrecargas desproporcionadas a los sistemas de salud.

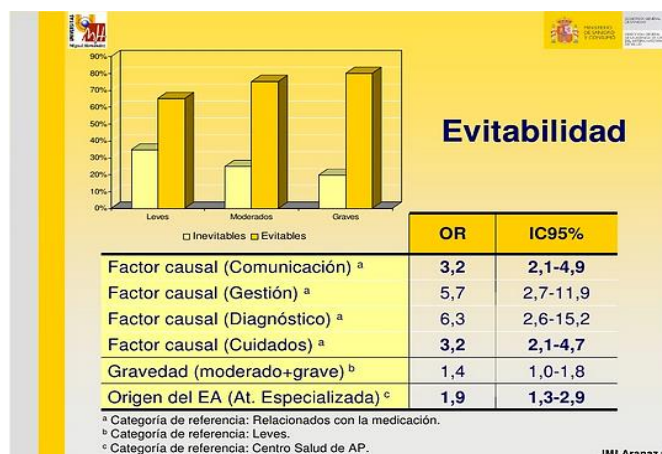
Se estima que 1 de cada 10 pacientes sufre un evento adverso durante su atención, y según datos publicados por la OMS cada año, más de 3 millones de personas fallecen como consecuencia de ello.

La mayoría de estos incidentes se producen como consecuencia de fallos o errores durante el proceso asistencial, como las infecciones nosocomiales, caídas, transfusiones de sangre y hemoderivados, o como consecuencia de procedimientos quirúrgicos, así como a lesiones de piel como UPP, tromboembolismos vasculares y especialmente en la prescripción, administración y efectos de los medicamentos, como las reacciones adversas, las intoxicaciones medicamentosas, o las resistencia microbianas (AMR); y también se han identificado un significativo número de eventos adversos relacionados con fallos en la identificación de pacientes que provoca errores diagnósticos y por tanto un efecto nominó en la cadena asistencial.

De acuerdo a la estadística sanitaria registrada como pertinencia en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020 (nn) los eventos adversos no deseados se producen tanto en atención primaria o especializada a nivel ambulatorio como durante el ingreso hospitalario.

El punto de partida para conocer la magnitud y los factores determinantes del riesgo asistencial en España han sido los estudios ENEAS, APEAS, EARCAS y SYREC, promovidos por el MSSSI.

El estudio EVADUR, desarrollado por la Sociedad Española de Medicina Urgencias y Emergencias, ha aportado también información útil en el ámbito de las urgencias.



Fuente: Ministerio de Sanidad 2018. España

El Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización (Estudio ENEAS), ha sido uno de los más significativos sobre el impacto d los EA en la clínica hospitalaria y que junto a otros estudios como el EPINE de infección nosocomial, sientan las bases para ahondar y trabajar en la cultura de seguridad clínicas, especialmente con las IRAS (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria).

También el estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria (Estudio APEAS): significó, que, en este campo, también existía una prevalencia de errores que pudieran haber sido evitados y que provoca un impacto muy negativo en la morbimortalidad asociada a la cronicidad, por ejemplo, la prevalencia observada de eventos adversos fue de un 11,18% de las consultas de atención primaria.

Tipos de EAs

NATURALEZA DEL PROBLEMA	Totales (%)	Evitables (%)
Relacionados con un procedimiento	25,0	31,7
Relacionados infección nosocomial	25,3	56,6
Relacionados con la medicación	37,4	34,8
Relacionado con los cuidados	7,6	56,0
Relacionados con el diagnostico	2,7	84,2
Otros	1,8	33,4
Total	655 (100%)	278 (42,6%)

Fuente: Ministerio de Sanidad 2018. España

Todos los expertos en seguridad clínica concluyen que el 80% de estos incidentes podían haber sido evitados, y que su producción influye negativamente en los costes sanitarios con un alto impacto, que afecta no solo a la economía sanitaria sino su derivación en consecuencias indirectas sobre el trabajo, pensiones, etc. y por supuesto el coste personal de las familias, las comunidades, la sociedad en general.

Por lo que la seguridad clínica es uno de los objetivos prioritarios de todos los responsables sanitarios, ya que invertir en prevenir estos daños va a generar beneficios de forma global.

¿Qué es la seguridad clínica?

La **seguridad clínica dirigida a los pacientes** es un “sistema de prevención de errores y eventos adversos (o incidentes críticos) asociados a intervenciones sanitarias”

La OMS define la **seguridad del paciente** como la “ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción hasta un mínimo aceptable del riesgo de causarles innecesariamente daños al atenderlos” (1)



A nivel asistencial, la seguridad de los pacientes supone una planificación integrada de la prevención prevenir la aparición de daños evitables, reducir la probabilidad de causarlos y mitigar sus efectos cuando se producen; se trata de una gestión de coordinación integrada, implicando a todos los que actúan en línea asistencial, incluyendo al propio paciente; se trata, de generar una cultura de calidad y seguridad en los profesionales, en las unidades, en los centros y en la propia administración. Desde la gestión estratégica a la gestión operativa, se trata de establecer actividades protocolizadas y controladas con un mismo sistemas de valores, comportamientos, tecnologías y criterios de evaluación, con los que reducir los riesgos de forma constante y sostenible

Desde la OMS, se insta a los gobiernos, dentro de los modelos de salud, al **compromiso con la calidad asistencial y con la seguridad del paciente**, siendo necesario la implantación de una cultura de calidad.

En nuestro sistema sanitario, la responsabilidad de la seguridad del paciente, ha sido una prioridad, que se establece a partir específicamente de la [Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud](#) que insta al Ministerio de Sanidad, y a todos los servicios de salud de las comunidades autónomas a asumir la responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, de forma continuada, y ello ha permitido a través de la coordinación en el Consejo Interterritorial, situar la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave viene desarrollando desde el 2005 en coordinación con las Comunidades Autónomas, las Sociedades Científicas y las Asociaciones de Pacientes la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS.

Las estrategias de cada Consejería de Salud de las CCAA, se adecuan a la idiosincrasia de cada una de ellas; pero, todas están orientadas a mejorar la cultura de la seguridad y la gestión del riesgo sanitario, la formación de los profesionales, la implementación de prácticas seguras, la implicación de los pacientes y ciudadanos y la participación internacional, con la finalidad de minimizar los riesgos asistenciales y reducir el daño asociado a la asistencia sanitaria, teniendo en cuenta las evidencias disponibles de las recomendaciones efectuadas, la factibilidad de su implementación, la equidad y la sostenibilidad del sistema. (nn)

Errores adversos: ¿De qué hablamos...

- Infecciones hospitalarias
- Úlceras de decúbito,
- Complicaciones anestésicas
- Caídas
- Errores y retrasos diagnósticos
- Cirugía inadecuada
- Dehiscencias de sutura
- Cuerpo extraño tras intervención
- Reingresos
- Fallecimientos
- Confusión de historiales
- Errores de medicación
- Radiografía a una embarazada
- Sobreutilización terapéutica
- Cirugía del sitio equivocado
- Variaciones injustificadas
- Litigios y reclamaciones
- Casi-errores
- Yatrogénesis en cascada....
- Catástrofes hospitalarias
- Incidentes
- Sucesos centinela
-

Conceptos en seguridad clínica

- **Riesgo asistencial:** Cualquier situación no deseable o factor que puede contribuir a aumentar la probabilidad de que se produzca, que está en relación con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas para los pacientes y el sistema.
- **Error:** Acción desafortunada o equivocada durante la asistencia al paciente y que puede haber contribuido a provocar un efecto adverso.

- **Evento adverso:** Acontecimiento que se ha producido por un error o una acción no adecuada, durante la asistencia al paciente y que puede provocar un efecto adverso en las personas.
- **Efecto adverso:** Consecuencias clínicas que se ha producido tras la intervención sanitaria, como fallecimiento, incapacidad, lesión, prolongación de la estancia hospitalaria o incremento de consumo de recursos asistenciales.
- **Incidente crítico:** Evento adverso que por diferentes circunstancias o por una acción rápida determinada no se ha producido; pero hubiera podido producirse.
- **Near miss o casi - error:** Evento adverso cuyo efecto adverso ha sido evitado por poco, o cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias, suceso grave en el que una acción ha conseguido minimizar los efectos fatales, acontecimiento peligroso que no ha producido daños personales, pero si inversión en materiales y costes no programados.
- **Mala praxis:** Práctica clínica deficiente o no ajustada a los procedimientos clínicos recomendados en la evidencia científica actualizada. Cuando no se ha aplicado, las bases doctrinales del conocimiento que debería tener y utilizar y con relación a otros profesionales de la misma disciplina y cualificación, hubieran procedido con técnicas o procedimientos diferentes en idénticas circunstancias, y que no están ajustada a una buena práctica profesional.
- **Negligencia:** Error difícilmente justificable ocasionado por desidia o descuido, abandono, apatía, mala praxis, falta de diligencia u omisión de precauciones debidas, de acuerdo a la intervención necesaria para la atención del paciente. Puede conllevar la imputación de un delito.

- ayudan a proporcionar servicios más seguros;
- ayudan a reaccionar adecuadamente cuando las cosas no van bien;
- ayudan a alcanzar los objetivos de gestión clínica y gestión de riesgos de cada organización.



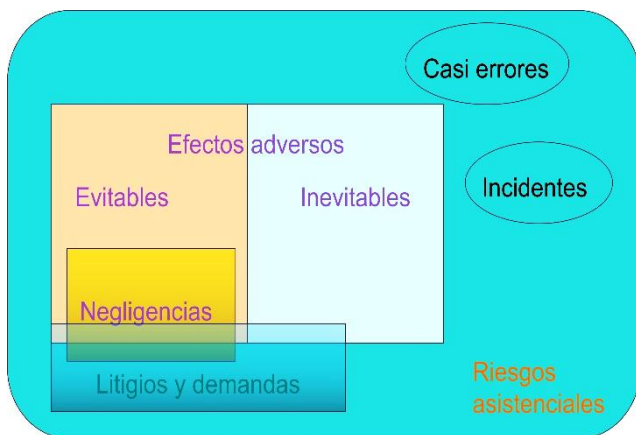
La cultura de seguridad en la atención a pacientes, debe ser un **sistema no punitivo** (no pretende sancionar), sino crear una conciencia personal y colectiva, para entender que las acciones tienen efectos y que éstos pueden tener consecuencias fatales y por tanto realizar el trabajo de forma correcta, genera menos posibilidad de error, y si estos se producen, hay que reconocerlos, investigar porque se ha producido y buscar la manera que no se vuelva a producir.

Si alguien sin intención comete un error, otro también lo puede cometer, la pregunta es *¿Por qué se ha producido?, ¿Qué ha influido en que no me diera cuenta?, ¿Cómo podemos evitar que se produzca de nuevo ese error?*

La cultura de calidad debe ser algo sistémico, que afecte a todos los implicados y por ello, es importante que haya un potente liderazgo, y una voluntad para que esta conciencia se arraigue como parte de la organización.

Los responsables deben buscar formas de involucrar a los diferentes actores (profesionales, pacientes, familiares...), formar e implementar soluciones que reduzcan el riesgo mediante cambios en prácticas, proceso o sistema.

La gestión de riesgos obliga a una identificación de los mismos en todos los niveles del procesos asistencial, incluso aquellos que no son estrictamente del ámbito sanitario como la gestión administrativa y económica, que afecta a compras, contratación, recursos humanos, instalaciones, mantenimiento, sistemas informáticos, comunicaciones, tecnología.



Cultura de seguridad clínica

Generar una **"cultura de seguridad"**, no es fácil; pero, no imposible.

La cultura de calidad se define como el conjunto de **valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización** e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un **objetivo común** a perseguir[14]. Un ejemplo de esta cultura sería el seguido por el Sistema Nacional de Salud[15] (NHS) de Reino Unido para cuya implantación se han seguido una serie de fases que:

Factores que influyen en la seguridad de pacientes

Existen múltiples factores de eventos adversos asociados a la actividad sanitaria, que clasificamos en **internos y externos** al sistema sanitario:

→ Factores internos:

- ✓ Escasos y limitados recursos
- ✓ Escasez de personal y rotación de turnos
- ✓ Complejidad en la implantación de medidas de seguridad
- ✓ Ausencia de estandarización y control de procesos
- ✓ Falta de coordinación entre departamentos y servicios
- ✓ Falta de formación y competencia profesional
- ✓ Inadecuada gestión de la información de los profesionales
- ✓ Falta de concienciación de profesionales y pacientes
- ✓ Tecnologías e instalaciones obsoletas.

→ Factores externos:

- ✓ Envejecimiento de la población
- ✓ Tasas altas de pacientes con multipatologías y cronicidad
- ✓ Necesidades asistenciales más complejas y de más coste
- ✓ Restricciones económicas que no priorizan la calidad y seguridad en los sistemas sanitarios
- ✓ Tecnología avanzada en lugares de tratamiento
- ✓ Uso generalizado de antibióticos en la comunidad

Estrategias y objetivos en la seguridad de pacientes

La estrategias en seguridad clínica se basan en unos principios básicos que deben ser comunes a todos los sistemas sanitarios:

- Inversión tecnológica e investigación científica en gestión de la calidad asistencial.
- Medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel de atención primaria y terciaria.
- Equilibrar los presupuestos y mejorar la eficiencia y productividad
- Gestión organizacional para una atención sanitaria segura, efectiva y sostenible

Los objetivos en seguridad clínica:

- Optimizar los resultados de salud poblacional
- Reducir las tasas de infección nosocomial (asociadas a cirugía – manejo de críticos – dispositivos terapéuticos y fármacos vía parenteral)
- Reducir el índice de caídas en hospitales y centros sanitarios.
- Reducir las tasas de eventos adversos asociados a errores en la medicación

- Reducir las tasas de eventos adversos asociadas a la terapia transfusional
- Conseguir un cambio positivo en la prevención de enfermedades y promover una vida más saludable.



Unidades de gestión de riesgos y seguridad de pacientes.

Una de las estrategias clave en la seguridad clínica, son la creación de las **Unidades de gestión de riesgos y seguridad de pacientes** en todas las administraciones sanitarias.

Estas unidades están compuestas por un conjunto de profesionales, incluidos directivos, y tienen **como objetivo identificar, evaluar, analizar y tratar los riesgos sanitarios para mejorar la seguridad de los pacientes.**

La función básica es la creación de un **plan de prevención de eventos adversos** en la seguridad de pacientes, debe formar parte de la planificación estratégica, táctica, logística y obviamente operativa; en general los expertos definen una serie de líneas básicas a seguir:

- Impulsar y difundir la cultura de seguridad.
- Crear una estructura organizativa.
- Establecer líneas de información.
- Establecer una formación continuada para los profesionales.
- Desarrollar herramientas.
- Establecer medidas para prevenir, reducir y eliminar los riesgos sanitarios.

Actualmente las **áreas de seguridad clínica** de pacientes se centran:

1. **Identificación de pacientes** en las organizaciones sanitarias.
2. **Sistemas de notificación de sucesos o eventos adversos** o incidentes críticos.
3. **Sistemas de análisis y evaluación** de riesgos asociados a la atención sanitaria
4. **Procedimientos preventivos y de control en las incidencias** que afectan a la seguridad de pacientes durante el ingreso:

- **Infección zero:** Prevención de la infección nosocomial y otras infecciones relacionadas con la práctica clínica.
- **Seguridad en otras prácticas asistenciales:**
 - Farmacoterapia
 - Proceso quirúrgico
 - Transfusiones
 - Caídas
 - UPP

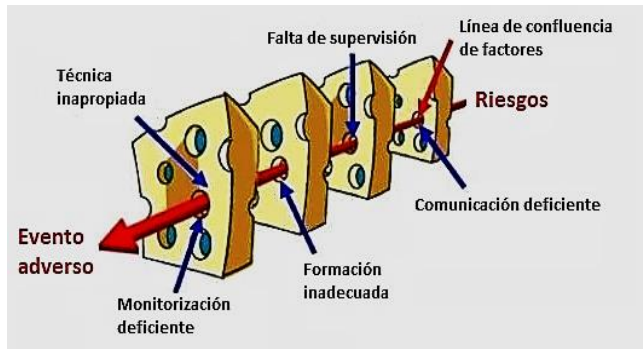


Imagen: Fuente: Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769

Sistemas de notificaciones de incidentes críticos

Una de las acciones más importantes en las estrategias de seguridad clínica, son la **notificaciones y análisis de incidentes críticos**.

(Se debe promover la garantía jurídica de confidencialidad para la identificación y firma de la notificación)

Lo **sistemas de notificación de sucesos o eventos adversos o incidentes críticos**, han supuesto uno de los objetivos más ambicioso en materia de seguridad clínica, dada la repercusión y la compleja aplicabilidad en centros sanitarios y sociosanitarios, ya que las consecuencias derivadas de la notificación, genera una incertidumbre en los profesionales superior al interés de evitar que pueda suceder, por ello hay que instaurar una cultura de responsabilidad y de mejora.

Las **notificaciones** pueden ser:

- ▶ Comunicaciones verbales y telefónicas a la unidad o personas responsables de la seguridad clínica en el centro.
- ▶ Comunicaciones de resultados y valores críticos generalmente por escrito y normalizado a la unidad o personas responsables de la seguridad clínica en el centro.
- ▶ Comunicaciones durante el cambio de guardia o transferencia de pacientes (de urgencias a planta – de transporte sanitario a centro, etc...), para el control y la supervisión del/la paciente.

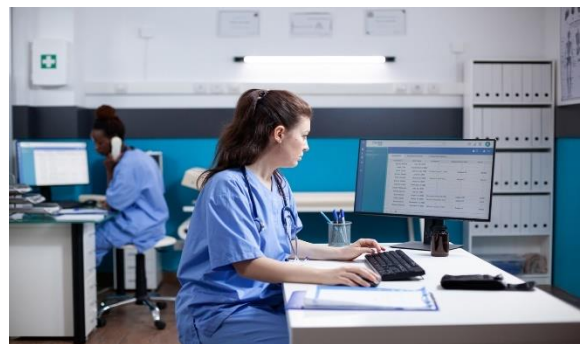
Conceptos clave:

1. Identificar y analizar los eventos adversos
2. Prevenir los errores y los eventos adversos derivados de la actividad sanitaria.
3. Aprender de los errores con la finalidad de ofrecer una atención primaria más segura. (Reducir los efectos)

Un elemento estratégico para conseguir esta meta es el hecho de tener un **sistema de notificación y aprendizaje**, ya que se trata de una herramienta que sirve para reforzar la infraestructura de investigación, aprendizaje e intercambio de información, garantizando que los incidentes relacionados con la seguridad del paciente se transformen en mejoras para el sistema.

Las notificaciones las pueden hacer los **profesionales sanitarios y no sanitarios** de forma **voluntaria, anónima, confidencial y no punible** (Principio básicos de la notificación de efectos adversos).

Puede ser notificado cualquier evento adverso derivado de la actividad sanitaria, tanto por lo que se refiere al **uso de medicamentos, como relacionado con la identificación inequívoca de pacientes o de eventos que ocurren el proceso de cuidado**.



Un sistema de notificaciones de eventos adversos nos ayuda a conocer los puntos débiles del sistema y qué factores han contribuido a la falta de seguridad. Con el objetivo de establecer medidas específicas de mejora que nos ayuden a evitar que estas situaciones se repitan.

🔗 Principales problemas o barreras para la notificación de EA:

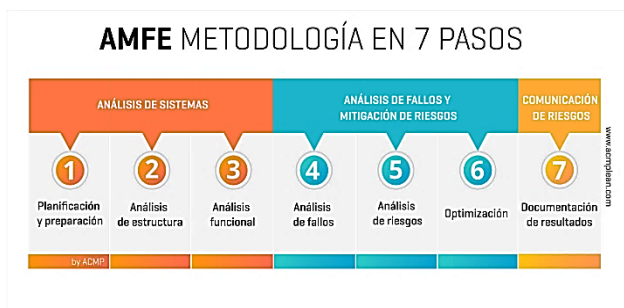
- La falta de conciencia de que un error ha ocurrido.
- La falta de conciencia de qué se debe documentar y porqué.
- La percepción de que el paciente es indemne al error.
- Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias.
- La falta de familiaridad con los mecanismos de notificación.
- Pérdida de autoestima.
- Los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar.
- La falta de “feedback” cuando se produce un registro.

Técnicas de análisis y evaluación de riesgos.

Someter los eventos adversos e incidentes críticos a **técnicas de análisis y evaluación de riesgos**, que se han mostrado como muy eficaces para identificar los problemas y necesidades en la actividad determinada y así establecer nuevas medidas de prevención más específicas basadas en la práctica y la experiencia previa, además de la evidencia científica.

Las técnicas de análisis y evaluación con eficacia demostrada son:

👉 **AMFE de modos de fallo y efectos**, es una metodología que nos ayuda a estimar y predecir los fallos que puede tener un producto que está en fase de diseño, con la finalidad de incorporar, desde el inicio, los componentes y funciones del producto que garanticen su fiabilidad, seguridad y el cumplimiento de los parámetros de las funciones que los clientes exigirán de ese nuevo producto.



👉 **(Walkrounds – Debriefing – Cuestionamiento)**, la *gestión itinerante o rondas de seguridad de los líderes o directivos (Walkrounds)* y los **debriefing** (análisis focal), así como la técnica grupal “**cuestionamiento**”, son herramientas grupales para la mejora de la cultura de la seguridad clínica, a través del debate, autocritica y gestión de riesgos clínicos, entre los responsables o directivos y el personal operativo a través de las notificación de sucesos adversos (SA) y sucesos críticos (SC)

Estas técnicas de seguridad clínica tienen efectos positivos sobre el equipo:

- Fomenta la participación y la autoevaluación del desempeño.
- Involucra a todos los intervinientes de una situación, desde directivos a operativos.
- Son preguntas abiertas y cerradas pero las respuestas pueden ser complementadas
- Permite la crítica constructiva y la autonomía, dado que la persona tiene la oportunidad de justificar su acción
- Lenguaje no crítico
- Basado en la práctica real
- Fomenta la reflexión
- Permite avanzar, desarrollar y diseñar nuevas formas de trabajo.



Prácticas seguras

Trabajar con procedimientos estandarizados, basados en la evidencia científica, consensuados, y aceptados por todos los profesionales permite la protocolización de las intervenciones necesarias en todo el proceso asistencial, desde la diagnosis, decisión y prescripción terapéutica hasta los cuidados y las técnicas involucradas.

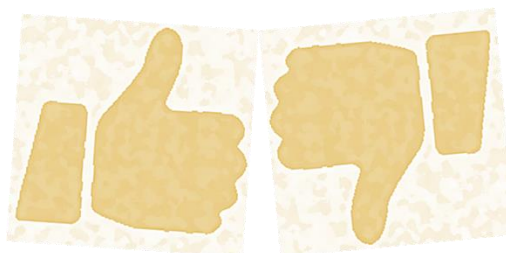
Trabajar con una política de práctica clínica segura de efectividad y recomendadas por evidencia científica, reduce la posibilidad de error.

La estandarización de las intervenciones, se derivan en una actividad controlada y con posibilidad de evaluación continua, que implica marcar objetivos, indicadores y resultados esperados, que, tras una evaluación objetiva, permitirá mejorar aquellas áreas débiles y seguir trabajando en las fuertes.

En todas las organizaciones del sistema sanitario, es fundamental:

- Promover la evidencia científica en la práctica clínica.
- Promover los equipos de trabajo y el trabajo en equipo.
- Promover la comunicación eficaz vertical y horizontal.
- Promover un sistema de notificaciones de eventos adversos y su evaluación
- Promover unidades de calidad y seguridad del paciente que promueva los sistemas de notificaciones y evaluación de los mismos con un plan de calidad integral e integrado.

NO existe probabilidad 0 errores, pero si se trabaja de forma segura se reducen las probabilidades de error.



La Seguridad Clínica en la atención urgente

Tanto a nivel extrahospitalario como en el ámbito intrahospitalario, sabemos que la idiosincrasia de las condiciones que afectan a la asistencia de pacientes en situaciones no esperadas y que implican riesgos vitales, aumentan la probabilidad de efectos adversos, debido a las condiciones medioambientales en las que se producen, como entorno no seguros (domicilio, calle, fábricas, instalaciones deportivas...) que muchas veces quedan enmascarados por la situación clínica no controlada, siendo complicado discernir entre el error o la compilación; a esto se le añade situaciones en las que la acción se prioriza por encima de cualquier otra circunstancias, y éstas no siempre son realizadas con prácticas seguras.

Desde el punto de vista de la seguridad clínica, los errores que puedan producirse en este ámbito afectan de forma específica a todo el engranaje asistencial, ya que clínicamente pueden confundirse sintomatología base de la derivada del error de medicación, de la implementación de dispositivos terapéuticos, de las intervenciones terapéuticas, etc.; pero, sobre todo las relacionadas con la infección que ha podido producirse debido a las manipulaciones externas, y que se presentan, aunque se hayan realizado en el medio extrahospitalario, finalmente van sumando, hasta llegar al centro hospitalario en el que las condiciones medioambientales favorecen el descontrol de las actuaciones, algo que no deberíamos permitirnos como profesionales.

Aunque los sistemas de urgencias sanitarias tienen dentro de sus líneas estratégicas la cultura de seguridad, actualmente se evidencia una falta de protocolos específicos y herramientas a disposición de los profesionales con relación a la notificación de eventos adversos, de una planificación de procesos asistenciales con resultados objetivos de la evaluación y la generación de una cultura de calidad en los profesionales.

Aunque se ha avanzado mucho en los últimos años, en las Checklist para el control del material en unidades de transporte y mochilas sanitarias, en la implementación de protocolos tiempo-dependientes para incidentes graves como “código infarto”, “código Ictus”, “código trauma”; o en la implementación de programas informáticos para el triaje o la unificación de la historia clínica de los pacientes; no hemos encontrado en la bibliografía de los últimos 5 años, un número de estudios de nivel I – II, significativos, relacionados con la seguridad de pacientes específicamente al respecto en los servicios de urgencias ni extrahospitalario

ni intrahospitalario que permitan una validez externa (*Búsqueda bibliográfica entre mayo-junio 2024, de la literatura publicada entre enero de 2019 y marzo de 2024, utilizando las bases de datos PubMed, EMBASE, PsycINFO y el Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS). Las palabras clave incluyeron “Seguridad clínica”, “urgencias”, “emergencias”, “evento adverso”, “error clínico”, “Sistemas de urgencias”, “Sistemas de emergencias”, “Servicios de urgencias intrahospitalarios”, “sistemas de notificación de eventos adversos”, “estrategias de seguridad de pacientes”, se incluyeron estudios en inglés y español, pero realizados dentro del SNS).*

Por tanto, y en espera de los resultados que obtengamos, de una revisión sistemática que hemos realizado como grupo de trabajo en calidad y seguridad clínica de la SEUE, ampliado a 10 años atrás desde 2014 hasta agosto 2024; podemos decir, que la bibliografía consultada adolece de actualización de estudios sobre la seguridad del paciente en servicios de urgencias, que nos permita establecer resultados significativos al respecto; pero que nos lleva a la sospecha, que en la actualidad y en general en la atención urgente de nuestro sistema de salud, no existe como tal una cultura de seguridad de pacientes implementada, con relación al control de la calidad en cuanto a la trazabilidad de pacientes, resultados asistenciales, identificación de eventos adversos asociados, etc., y consideramos que uno de los motivos pueda ser, que actuamos entre los niveles asistenciales de primaria y especializada, con problemas de coordinación entre niveles, con muchas dificultades para el intercambio de información, y por tanto existen muchas dificultades de asociar la etiología del problema y relacionarla con una práctica concreta asistencial.

Por ello en esta mesa, consideramos que fundamental establecer las bases de una estrategia de control de la calidad, y seguridad de pacientes, en los servicios de urgencias y sistemas de emergencias sanitarias, con indicadores homogéneos y criterios únicos que permitan trabajar con procedimientos y prácticas seguras y sistemas para la detección de riesgos para evitarlos; por ello es fundamental el control del desempeño, la estandarización de la atención, los sistemas de notificaciones de eventos adversos, el control de la trazabilidad de pacientes y la coordinación entre niveles asistenciales para paciente atendidos en servicios y unidades de urgencias, porque solo trabajando con criterios clínicos validados y unificados, podremos enfrentar un sistema sostenible, y eficiente.

Bibliografía

1. Seguridad de pacientes. Página web OMS en español. Visto en julio 2024: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
2. Estrategia de seguridad de pacientes 2015-2020 Ministerio de Sanidad. Vito página web Ministerio de Sanidad – España en julio 2024: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf
3. Ponte Portela, A.C., Castro Olimpio, M.A., Vasconcelos Ponte, M.A., dos Santos, F.D., Gomes de Paiva, A.F., & Carvalho de Sousa, V.E. (2017). Percepción de los enfermeros sobre seguridad del paciente en el servicio de emergencia: un estudio cualitativo. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(49). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.03> Visto agosto 2024 en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72908/1/CultCuid_49_03.pdf
4. Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical error reduction and prevention. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023. Visto en julio 2024 en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
5. Raoofi S, Kan FP, Raffei S, Hosseinipalangi Z, Mejareh ZN, Khani S et al. Global prevalence of nosocomial infection: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2023;18(1): e0274248. Visto en julio 2024 en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36706112/>
6. Alberto Martín Sánchez, Asunción Sánchez Donaire, Jose Luis Párraga Bermejo, Tomás Carlos Barquero García. *Cultura de seguridad del paciente en emergencias sanitarias*. *Revista Nure investigación*, 18(110). Consultado en agosto 2024. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/artic/e/view/2>
7. Lourdes Cillero Jiménez; Marité Alonso Argul; Carolina Muñoz Rubio. La seguridad del paciente, responsabilidad de todos. Artículo publicado 2020, en web hospitecna.com. Visto agosto 2024 en: <https://hospitecna.com/arquitectura/diseno-y-reflexion/seguridad-paciente-responsabilidad-todos/>
8. Zamora JA, Maturana V, Castejón ME, García N, Lillo M. Utilización e implementación de indicadores de calidad para evaluar la atención en las emergencias extrahospitalarias: revisión sistemática. *Emergencias*. 2019; 31(5): 346-352.
9. J.M. de la Fuente Rodríguez; E. Ignacio García; O.O. Rodríguez Aguado; G. Ruiz Benítez; J. Sánchez Salado; R. Chagas Fernández. La seguridad en los cuidados de los pacientes en las emergencias Extrahospitalarias. *Rev Calid Asist*. 2013;28(2):117---123. Consultado en Julio 2024.
10. Tejedor M, Ferrer MJ, Tejedor R. Seguridad del paciente, resultados clínicos y eficiencia en los servicios de emergencias. *Emergencias* 2016; 28:141-142.
11. Tomas S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Cepeda T. Estudio EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010; 415-428.

Recomendaciones científicas SEEUE



CLAVES ASISTENCIALES DE CALIDAD

Estamos revisando todas las recomendaciones científicas de la SEEUE.

Te invitamos a participar en ello, junto al comité científico, para la actualización de criterios de calidad en la atención de enfermería en servicios de urgencias y emergencias.

Participa:

secretaria@enfermeriadeurgencias.org