

Decálogo de Seguridad del Paciente en Urgencias y Emergencias

Patient Safety Decalogue in Emergency Care in Spain

Fernando Benlloch Llopis¹, Chabier Brosed Yuste², Ana María Cintora-Sanz³, Carlos Herraiz de Castro⁴, Josu Lavandeira Pazos⁵, Jose Manuel Martín Bastardo⁶, Ana Mato Rivera⁷, Maite Maza Vera⁸, Catalina Nadal Galmés⁹, Ángela Núñez Jaldón¹⁰, Victoria Olalla Martín¹¹, Rodrigo Pacheco Puig¹², Charo Peinado Clemens¹³, Iliá Rey Paraños⁷, Belén Rodríguez Hermida⁷, Toni Ruíz García¹⁴, Laura Sánchez Suarez¹⁵, Oihane Vieira Galán¹⁶, en representación del Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

Introducción y objetivos

La medicina de urgencias se desarrolla en un entorno propicio para la aparición de eventos adversos¹⁻³. En el estudio EVADUR se determinó la frecuencia de aparición de incidentes de seguridad, encontrando que en el 12 % de los pacientes que acudían a urgencias, independientemente de si ingresaban o eran dados de alta, ocurría al menos un incidente, con o sin daño⁴.

El Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), elaboró un documento de consenso de expertos con el fin de identificar diez puntos esenciales sobre la seguridad de pacientes (SP) en urgencias.

Se realizó una búsqueda bibliográfica dirigida entre abril y mayo de 2025 con la revisión de documentos procedentes de guías internacionales (OMS, Organización Panamericana de la Salud, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia, Ministerio de Sanidad España y SEMES), así como la literatura científica encontrada en PubMed/Medline, con el fin de identificar los puntos principales además de las buenas prácticas y recomendaciones asociadas que sirvieron como base para la elaboración del decálogo. Los documentos se seleccionaron dentro de los últimos 10 años, aunque en algunos casos debido a su importancia se admitieron estudios con un periodo de referencia mayor.

El consenso se desarrolló mediante tres reuniones virtuales que tuvieron lugar durante el mes de abril y mayo

de 2025. En la primera se acordaron los diez puntos del decálogo, en la segunda se presentaron los borradores de cada punto desarrollados por los integrantes del grupo y finalmente en la tercera se consensó la redacción final. El documento fue aprobado por la Junta Directiva de SEMES.

El decálogo resultante aborda diez ámbitos esenciales de la SP en urgencias: identificación inequívoca, triaje estructurado, comunicación efectiva, atención centrada en la persona, prevención de infecciones, medicación segura, práctica de 'no hacer', actualización del conocimiento, conciencia situacional y la proactividad en la cultura de seguridad del paciente. Cada uno de estos puntos representa un área prioritaria en la que los profesionales pueden intervenir para reducir el riesgo de daño y fortalecer la seguridad asistencial (Figura 1).

El Decálogo de Seguridad del Paciente en Urgencias y Emergencias representa un consenso español que refuerza la cultura de seguridad en la práctica clínica. Su aplicación pretende fomentar una atención más segura, eficiente y centrada en la persona, disminuir el número de eventos adversos y ayudar a mejorar la coordinación interprofesional²⁰⁻²³. Se recomienda su difusión y uso como herramienta formativa y de evaluación continua en los servicios de urgencias y emergencias del sistema sanitario español. No obstante, además de la limitación de la falta de participación de pacientes en la elaboración del decálogo, son precisos estudios que evalúen la implementación del mismo y su impacto en indicadores de seguridad asistencial.

Filiación de los autores: ¹Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario de Valencia, España. ²061 SVAE. Zaragoza, España. ³Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla León, España. ⁴Servicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, España. ⁵Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España. ⁶SAMUR-Protección Civil, Madrid, España. ⁷Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de A Coruña, España. ⁸Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Vigo, España. ⁹Servicio de Urgencias, Hospital de Manacor, Baleares, España. ¹⁰Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ¹¹Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España. ¹²Servicio de Urgencias, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ¹³Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Badajoz, España. ¹⁴Sistema de Emergencias Médicas, Cataluña. ¹⁵Servicio de Urgencias, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España. ¹⁶Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

Correspondencia: Fernando Benlloch Llopis. Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Av. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia, España.


E-mail: benlloch_fer@gva.es

Información del artículo: Recibido: 4-11-2025. Aceptado: 10-11-2025. Online: 8-1-2026.

Editor responsable: Guillermo Burillo-Putze.


DOI: 10.55633/s3me/REUE002.2026

DECÁLOGO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE



IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA

Hasta un 12,3% de los eventos graves en la atención sanitaria se relacionan con errores en la identificación del paciente. Nunca asumas identidades e identifica a tus pacientes de forma inequívoca. Etiqueta las muestras frente al paciente y verifica que coincidan con su solicitud ⁽¹⁾.



TRIAJE ESTRUCTURADO

Su utilización es clave para la seguridad del paciente. Permite priorizar la atención, favorece la toma de decisiones objetiva y establece un lenguaje común. Apóyate en un método validado para garantizar un triaje ágil y seguro. Fórmate en la herramienta e identifica a los pacientes en situación de riesgo o potencial riesgo vital ^(2,3).




COMUNICACIÓN EFECTIVA

La comunicación es un punto crítico en la atención del paciente, estrechamente relacionada con los incidentes de seguridad. Comunícate de forma estructurada en cada una de las transferencias. Escucha al paciente y a su familia ⁽⁴⁾.




ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Cada paciente es único y su atención también merece serla. Tu nombre es el primer paso hacia una atención segura y humana. Considera su fragilidad, dolor, vulnerabilidad... ^(5,6,7)



PREVENCIÓN DE INFECCIONES

El 56,6% de las infecciones nosocomiales se pueden evitar. Implementa precauciones estándar, pon el foco en la higiene de manos, sigue las precauciones basadas en la transmisión y utiliza una técnica aséptica correcta para la manipulación de dispositivos invasivos ^(8,9,10,11).



DECÁLOGO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE



MEDICAMENTO SEGURO

El 50% de los daños evitables en la atención médica están relacionados con la medicación y un 25% de ellos son graves o potencialmente letales. Comprueba que sean el "paciente" correcto, el "fármaco" correcto, la "dosis" correcta, la "vía" correcta y el "momento" correcto ⁽¹²⁾.



NO HACER

Hasta el 30% de los procedimientos médicos pueden ser innecesarios, lo que aumenta el riesgo de eventos adversos. Realiza solo las intervenciones necesarias y evita las pruebas o tratamientos que no aporten valor al proceso ^(13,14).



FOMENTAR EL CONOCIMIENTO

Un conocimiento clínico actualizado, seguir los protocolos y utilizar listas de verificación reduce los errores médicos. Mantente actualizado en las últimas recomendaciones y aplícalas en tu práctica clínica ^(15,16).



CONCIENCIA DE SITUACIÓN

En los servicios de urgencias y emergencias las decisiones son tomadas en condiciones de incertidumbre y tiempo limitado. Entrénate para trabajar bajo presión, fomenta y respeta el liderazgo, apóyate en el equipo y no dudes en pedir ayuda cuando la necesites ⁽¹⁷⁾.



CULTURA DE SEGURIDAD

La identificación y gestión de riesgos de forma proactiva son claves para evitar y/o minimizar los posibles daños. Reconoce errores, comunícalos, analízalos y aprende de ellos sin culpabilizar. Notifica. Lo que te ocurrió a ti nos enseña a todos ^(18,19).





SEGURIDADPACIENTE@GRUPOSEMES.ORG

BIBLIOGRAFÍA

Figura 1. Infografías del Decálogo Seguridad del Paciente en Urgencias y Emergencias.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación con el presente artículo.

Responsabilidades éticas: Los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes, acuerdo

de publicación y cesión de derechos de los datos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Disponibilidad de datos en abierto: Los datos están disponibles bajo solicitud al autor asignado para la correspondencia.

Contribuciones a la autoría del artículo (CRediT): Todos los componentes del Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES) cumplen los requisitos para figurar como autores/-as siguiendo las pautas del Comité on Publication Ethics (COPE).

Específicamente el aporte según los criterios y taxonomía CRediT (Contributor Roles Taxonomy) se detalla a continuación: Todo el grupo de trabajo: Conceptualización – Ideas; formulación o evolución de los objetivos y metas generales de la investigación. Análisis formal – Aplicación de técnicas estadísticas, matemáticas, u otras técnicas formales para analizar o sintetizar datos de estudio. Investigación – Realización de una investigación y proceso de investigación, realizando específicamente los experimentos, o la recolección de datos/evidencia. Metodología – Desarrollo o diseño de la metodología; creación de modelos.

FBL, IRP, ACS, LSS: Redacción – borrador original – Preparación, creación y/o presentación del trabajo publicado, específicamente la redacción del borrador inicial (incluyendo la traducción sustantiva). FBL, IRP, ACS, LSS, BRH: Redacción – revisión y edición – Preparación, creación y/o presentación del trabajo publicado por los miembros del grupo de investigación original, específicamente revisión crítica, comentario o revisión – incluyendo las etapas previas o posteriores a la publicación. El diseño del decálogo se hizo entre todos los miembros del grupo de trabajo, se dividieron los puntos del decálogo entre los miembros del grupo que fueron los encargados de hacer la búsqueda bibliográfica y la redacción del punto del decálogo correspondiente. La redacción/maquetación final del decálogo se perfiló en reuniones del GdT hasta su redacción final. El artículo enviado a la revista lo preparan cuatro personas, lo revisa la coordinadora del GdT y recibe el visto bueno del resto del grupo.

Uso de herramientas de inteligencia artificial generativa: Los autores declaran no haber utilizado las herramientas de IA en la elaboración de este artículo.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

Agradecimientos: El Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente de SEMES agradece a la Junta Directiva de SEMES por su apoyo y revisión del documento, así como a todos los profesionales de urgencias y emergencias que contribuyen diariamente al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente en España.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. 72.ª Asamblea Mundial de la Salud. Acción mundial en pro de la seguridad del paciente: Resolución WHA72.6 [Internet]. Ginebra: OMS; 2019. (Consultado 16 Octubre 2025). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/patient-safety>
- Organización Mundial de la Salud. 72.ª Asamblea Mundial de la Salud. Acción mundial en pro de la seguridad del paciente: Resolución WHA72.6 [Internet]. Ginebra: OMS; 2019. (Consultado 16 Octubre 2025). Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-sp.pdf
- Slawomirski L, Klazinga N. The economics of patient safety: from analysis to action [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2020. (Consultado 16 Octubre 2025). Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>
- Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T; Grupo de Trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010;22:415-28.
- De Rezende HA, Melleiro MM, Shimoda GT. Interventions to reduce patient identification errors in the hospital setting: a systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2019;17:37-42.
- Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Alvarez A. [Triage: a key tool in emergency care]. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33 Suppl 1:55-68.
- Fekonja Z, Kmetec S, Fekonja U, Mlinar Reljic N, Pajnikar M, Strnad M. Factors contributing to patient safety during triage process in the emergency department: A systematic review. *J Clin Nurs*. 2023;32:5461-77.
- de Lange S, Heyns T, Filmalter C. A Concept Analysis of Person-Centred Handover Practices: The Meaning in Emergency Departments. *Int Emerg Nurs*. 2024;74:101446.
- ECRI, Top 10 Patient Safety Concerns 2024. [Internet] 2024. (Consultado 17 Mayo 2025). Disponible en: Top 10 Patient Safety Concerns 2024 (ecri.org).
- Saidinejad M. The Patient-Centered Emergency Department. *Adv Pediatr*. 2018;65:105-20.
- Jensen AN, Andersen O, Gamst-Jensen H, Kristiansen M. Short Communication: Opportunities and Challenges for Early Person-Centered Care for Older Patients in Emergency Settings. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:12526.
- Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional Sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización: ENEAS 2005. Primera edición. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2006.
- Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017.
- Global report on infection prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2022.
- Minimum requirements for infection prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2019.
- Medication without harm: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2023.
- Canadian Institute for Health Information. Unnecessary Care in Canada. Ottawa.ON: CIHI; 2017.
- Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017;390:156-68.
- Rodziejwicz TL, Houseman B, Vaqar S, et al. Medical Error Reduction and Prevention. (Consultado 12 Abril 2025). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mergullador.sergas.es/books/NBK499956/>.
- Al-Khafaji J, Townshend RF, Townsend W, Chopra V, Gupta A. Checklists to reduce diagnostic error: a systematic review of the literature using a human factors framework. *BMJ Open*. 2022;12:e058219.
- Cooper S, Connell C, Cant R. Review article: Use of the Team Emergency Assessment Measure in the rating of emergency teams' non-technical skills: A mapping review. *Emerg Med Australas*. 2023;35:375-83.
- Mistri IU, Badge A, Shahu S. Enhancing Patient Safety Culture in Hospitals. *Cureus*. n.d.;15:e51159. doi 10.7759/cureus.51159
- Wagner C, Kristensen S, Sousa P, et al. Patient safety culture as a quality strategy. In: Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al., editors. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. (Health Policy Series, No. 53.). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mergullador.sergas.es/books/NBK549280/>