

Boletín incidentes en los Servicios de Urgencias 2025



Los servicios de urgencias hospitalarias constituyen uno de los **entornos asistenciales con mayor complejidad** y vulnerabilidad para la seguridad del paciente, debido a factores inherentes a su organización y funcionamiento, como:

- Elevada presión asistencial
- Alta rotación de profesionales
- Decisiones diagnósticas y terapéuticas en condiciones de incertidumbre y tiempo limitado
- Atención simultánea de pacientes con niveles muy diferentes de gravedad y complejidad clínica

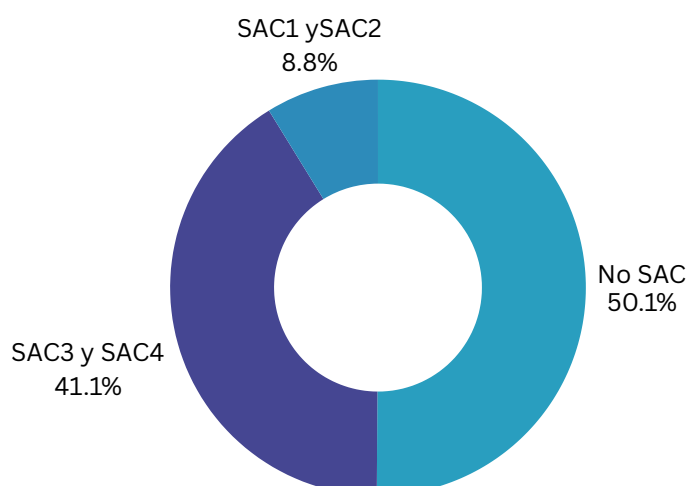
Incidentes notificados en SiNASP

1.072
incidentes en
los servicios
de urgencias

La mitad han
sido **situaciones
de riesgo**
(No SAC)

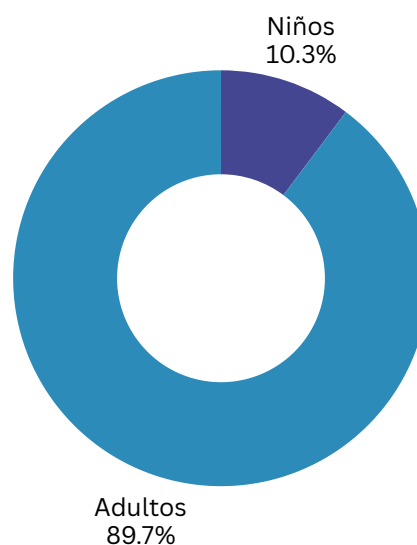
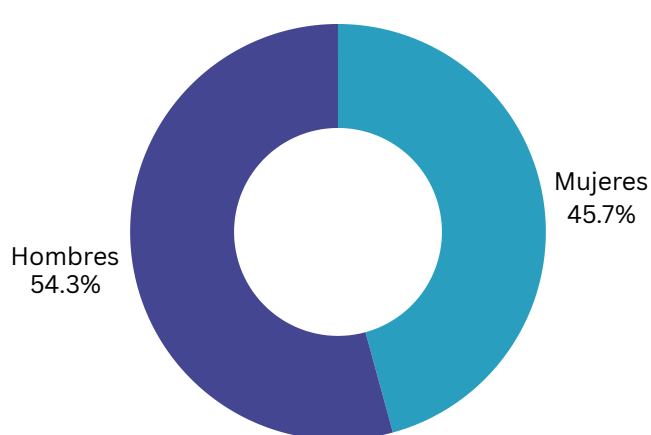
41% causaron **daño
menos grave** (SAC 3 y 4)

9% ocasionaron **daño
grave** (SAC 1 y 2)



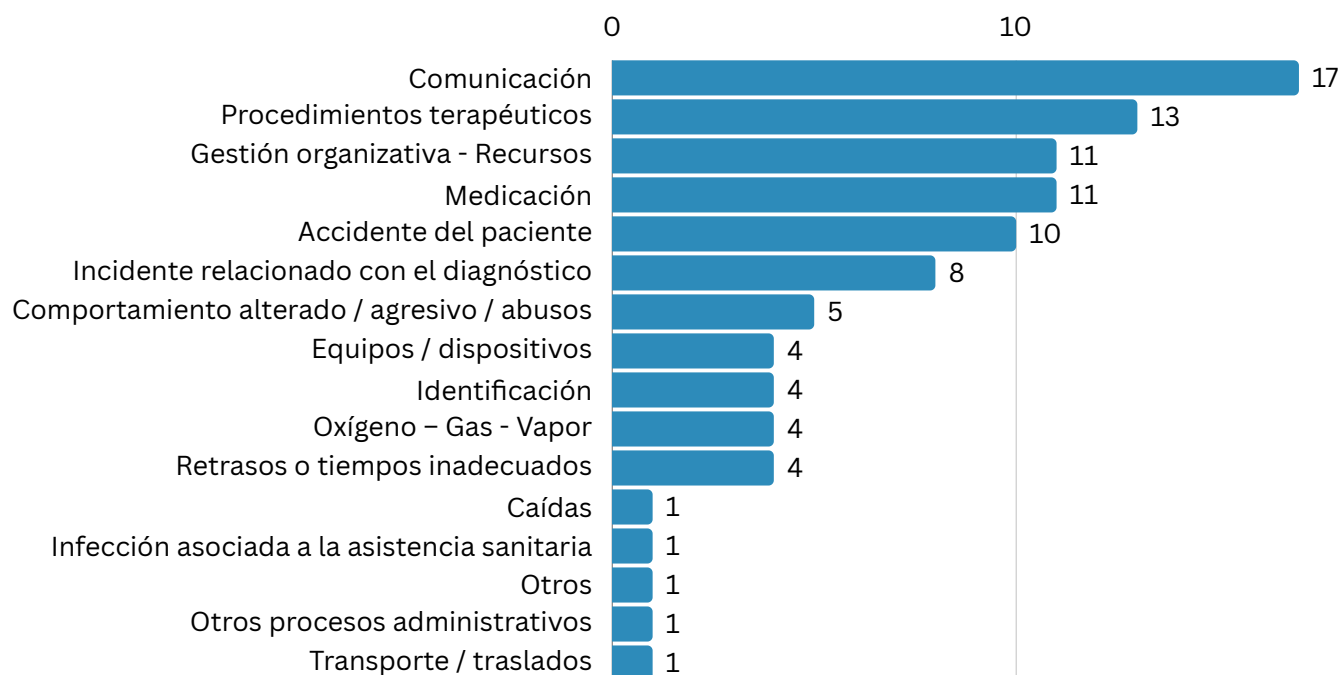
ANÁLISIS INCIDENTES SAC1 y SAC2

Incidentes notificados N = 96.



Tipo de incidentes

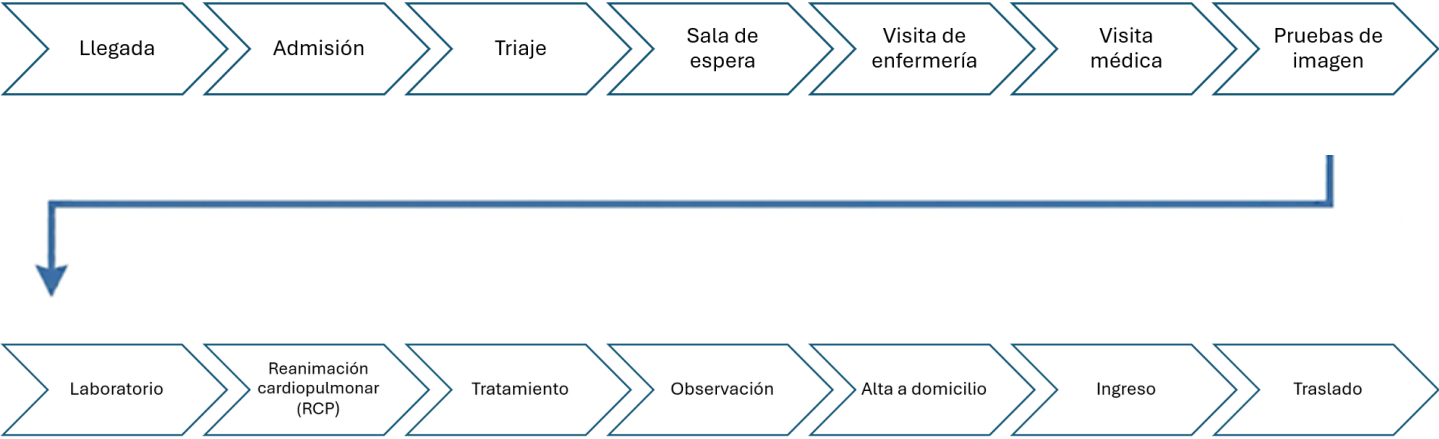
Frecuencia de incidentes según el tipo :



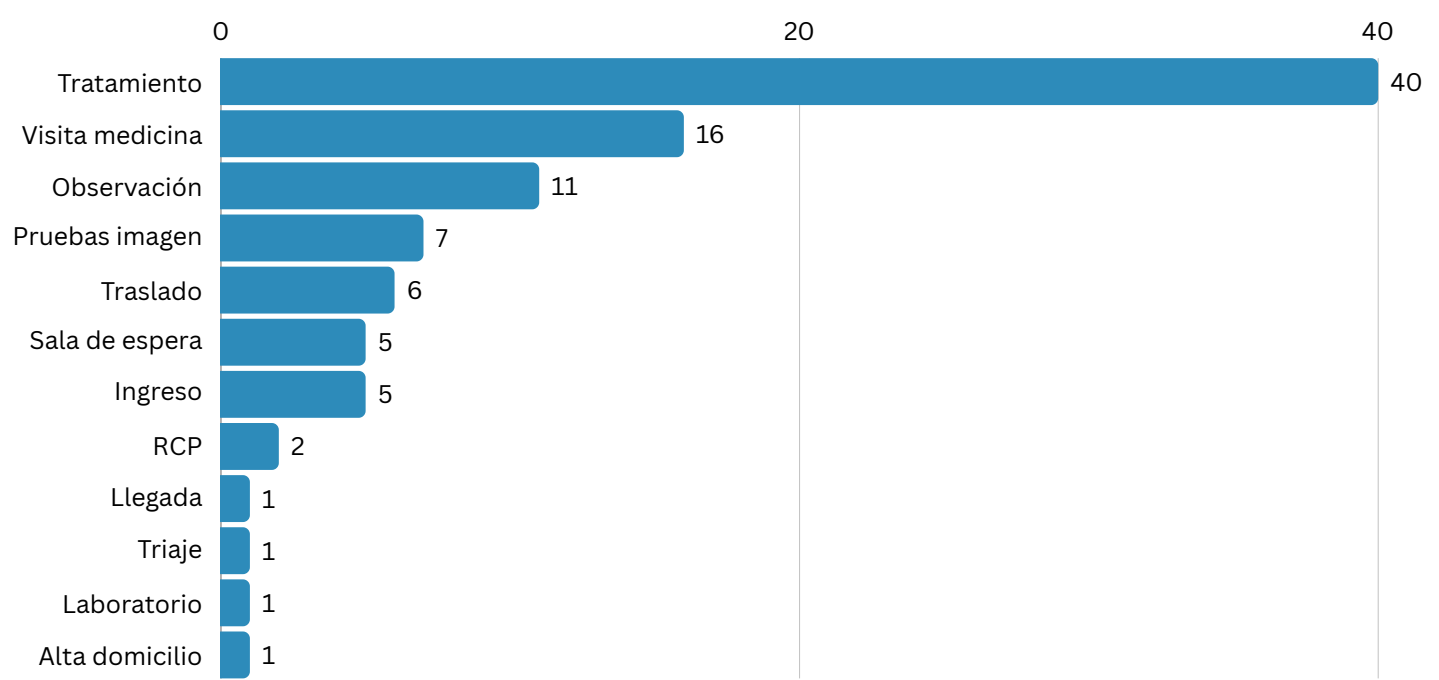
Incidentes según la fase del proceso

Los incidentes se han categorizado en las siguientes **fases** según los momentos de la trayectoria de la atención del paciente en el servicio de urgencias:

- Otras fases o elementos utilizados fueron:
- Quirófanos/procedimientos intervencionistas
 - Instalaciones/entorno
 - Otro centro.



Frecuencia de incidentes agrupados según las fases del proceso de atención:



Ejemplos de incidentes según la fase:

SALA DE ESPERA

Tiempo prolongado para la atención del paciente

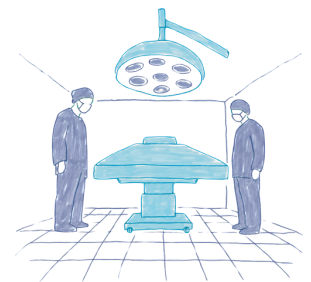
Paciente con deterioro mental es remitido desde atención primaria por insuficiencia respiratoria. Acude a urgencias, en donde pasadas 5 horas se marcha. Esa noche el paciente fallece.



VISITA MEDICINA

Interconsulta no comunicada

Paciente con dolor testicular, orientado como orquiepididimitis por el servicio de urgencias. Se realizó una interconsulta informática al servicio de urología pero no se acompañó de una llamada al busca de urología, únicamente se notificó mediante un SMS. Dicho SMS no se escuchó. La valoración se demoró 2 horas. Al paciente se le diagnosticó de torsión testicular y se le tuvo que practicar una orquiectomía lateral.



PRUEBAS DE IMAGEN

Informe de radiología patológico informado como normal

Paciente atendido en urgencias en el mes 1 por dolor abdominal. Se realiza TAC, informado como normal. Presenta varias asistencias posteriores en urgencias y en digestivo por mismos síntomas. En el mes 2 acude a endoscopias. Revisan TAC realizado en primera asistencia y comprueban trombo de arteria mesentética que no había sido descrito inicialmente.



TRATAMIENTO

Aporte de oxígeno mal conectado

Al valorar las constantes del paciente, se aprecia saturación baja a pesar de llevar colocadas las gafas nasales. La enfermera se da cuenta de que están conectadas al aire medicinal en lugar de a la toma de oxígeno. Inmediatamente se colocaron correctamente y la saturación del paciente mejoró.



OBSERVACIÓN

Caída

El paciente se precipita al suelo tras sufrir una crisis epiléptica. Se evidencia que las barandillas están bajadas. Se comprueba que fueron bajadas por el acompañante y se marchó sin ponerlas correctamente.



INGRESO

No se atiende alerta del monitor

Paciente que acude por bajo nivel de conciencia, colocándose un monitor. Durante la mañana se solicita valoración del servicio de neumología, decidiéndose finalmente el ingreso del paciente y colocación de un ventilador por encefalopatía hipercápnica. Tras ser reevaluado, se encuentra al paciente saturando al 65%, con el monitor pitando desde hace varios minutos sin recibir algún tipo de soporte. Se ajusta la ventilación, teniendo que dirigir al paciente de forma emergente a UCRI, finalmente requiriendo ingreso en UCI para intubación orotraqueal.



TRASLADO

Traslado de otra paciente

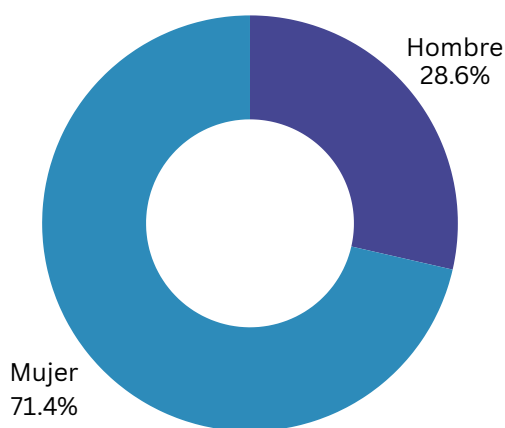
Se avisa a celadores para pasar a un paciente a otra unidad. Al llegar el celador, la enfermera identifica con nombre y ubicación al paciente correspondiente, pero el celador lleva a otra paciente. La paciente que tenía que haber sido trasladada se sincopa sufriendo trauma craneo-encefálico y herida en barbilla.



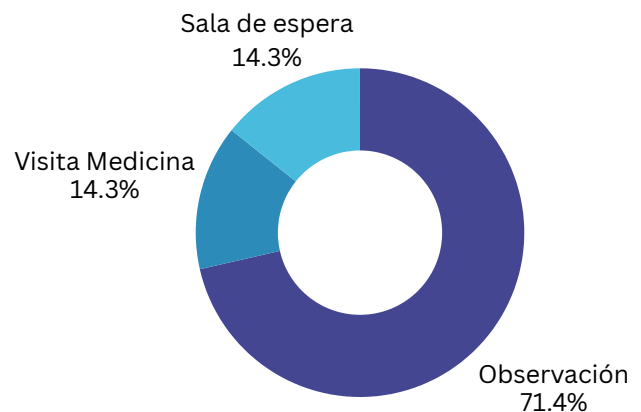
Subanálisis: pacientes con valoración por psiquiatría

Incidentes notificados N = 7:

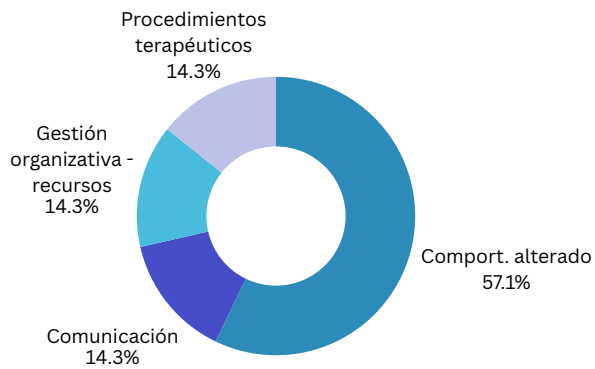
Distribución por sexo:



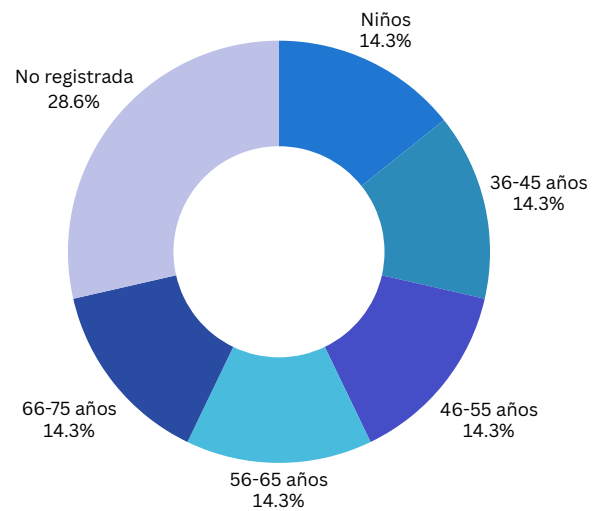
Distribución por fase:



Distribución por tipo de incidente:



Distribución por grupos de edad:



Ejemplos de incidentes notificados:

Patología orgánica

Paciente en brote psicótico que es traído a urgencias por la UVI móvil desde el domicilio y se fuga sin ser atendido. Posteriormente aparece fallecido en el descansillo de su domicilio. En el informe incluyen como causa probable un suicidio pero se le realiza autopsia y se sospecha una psicosis tóxica y un fallo cardiaco sobre infarto reciente previo.



Tiempo prolongado con inmovilización terapéutica

Paciente ingresa en urgencias, se indica inmovilización terapéutica. Desde entonces ha sido valorada en 2 ocasiones por parte de psiquiatría durante la tarde. Volviéndose a agitar con la consecuente necesidad de tratamiento ansiolítico y volviendo a quedar de nuevo " pendiente de nueva valoración ". Inmovilizada en un box de urgencias durante al menos 43h.



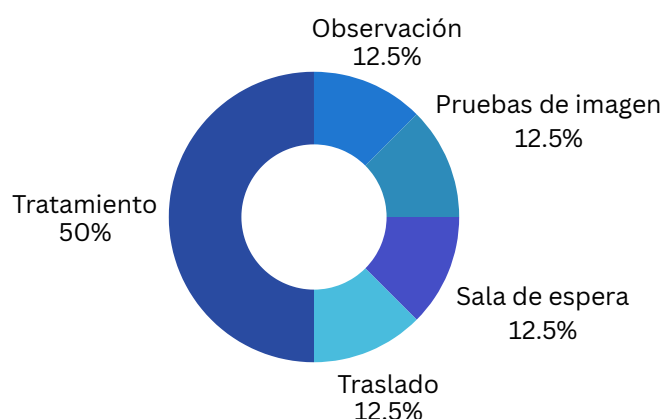
Subanálisis: pacientes pediátricos

Incidentes notificados N = 8

Distribución por sexo:



Distribución por fase:



Ejemplos de incidentes notificados:

Solicitud de informe de radiología por vía incorrecta

Paciente que acude por dolor y tumefacción en rodilla. Traumatismo leve remoto. Se realiza radiografía que detecta imagen lucente en 1/3 tibia proximal. Se solicita informe a radiología por vía no adecuada (interconsulta electrónica en lugar de aplicativo de rayos). Alta de urgencias sin informe. El paciente acude 3 días después, siendo valorado por traumatología. Entienden que todavía está pendiente de informe. Se deriva a las consultas. Se solicita RMN, informada como probable sarcoma.



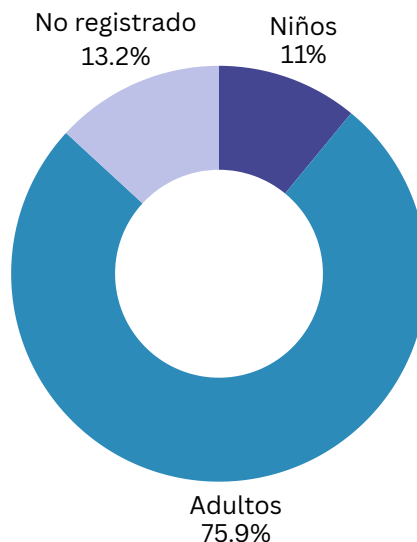
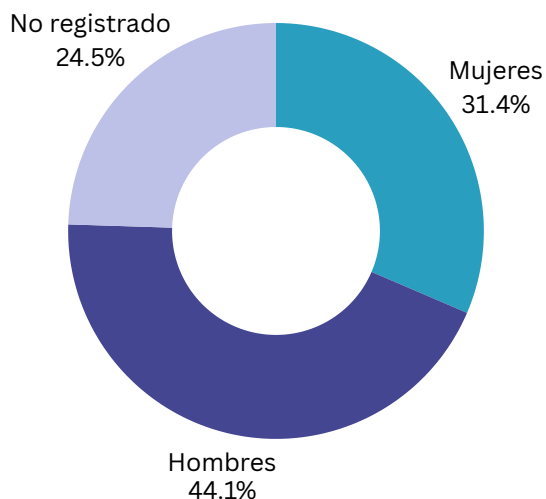
Sobredosis de paracetamol

Niña que se deriva a urgencias por administración de paracetamol a dosis tóxica de forma subaguda. Se administró dosis incorrecta durante 36 horas. Dosis iniciada por la familia por iniciativa propia. No obstante, recibieron visita médica domiciliar que indicó que la dosis era correcta y lo reflejó en su historia clínica.

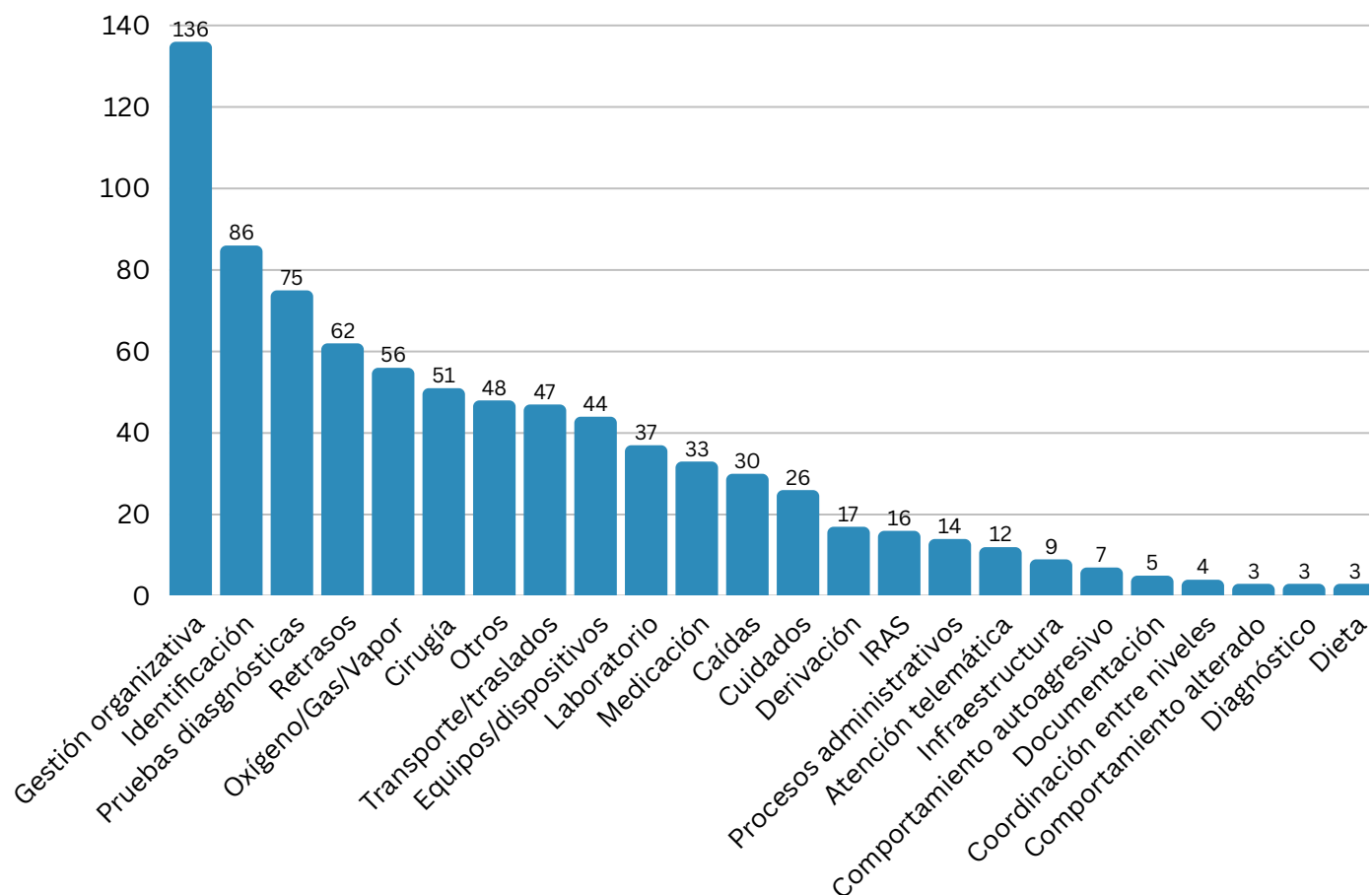


ANÁLISIS INCIDENTES NO SAC

Incidentes notificados N = 547



Tipo de incidentes



Incidentes según la fase del proceso

Frecuencia de incidentes agrupados según las fases del proceso de atención (selección de incidentes categorizados como “Frecuentes” y “Probables” N = 277) :



Factores Contribuyentes

Factores organizativos y de gestión

- Saturación estructural de los servicios de urgencias
- Recursos humanos limitados
- Número de camas convencionales y de servicios específicos muy ajustados
- Permanencia de tiempo mayor al recomendado en sala de espera así como en observación

Factores del entorno de trabajo

Falta de espacios adecuados que favorecen directamente la aparición de eventos adversos:

- Pacientes en pasillos
- Falta de espacios específicos para pacientes psiquiátricos
- Falta de vigilancia visual

Factores relacionados con tareas y procedimientos

Falta de estandarización y cumplimiento de los procedimientos de seguridad del paciente:

- Identificación inequívoca
- Prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria
- Prevención del riesgo autolítico
- Solicitud de pruebas radiológicas a través de circuitos erróneos
- Omisión de la medicación habitual
- Falta de reevaluación clínica

Factores de comunicación

- Interconsultas no confirmadas
- Confusión durante traslados
- Falta de comunicación estructurada

Factores individuales del profesional

- Omisiones diagnósticas
- Interpretaciones incorrectas de pruebas de imagen
- Inadecuada identificación del paciente

Déficit de equipamiento adecuado como:

- Ausencia de pruebas rápidas de coagulación

Factores de equipamiento y tecnología	• Equipamiento con sistemas de alertas insuficientes, especialmente relacionados con los pacientes que requieren oxígeno
Factores relacionados con el paciente	Factores de riesgo que condicionan mayor riesgo de incidentes como: • Deterioro cognitivo • Agitación psicomotriz • Conductas suicidas • Barreras idiomáticas • Patologías complejas
Factores externos	• Incidentes en atención primaria • Incorrecto traslado • Deficiencias en la coordinación entre niveles asistenciales

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

FACTORES DE LOS PROFESIONALES

COMUNICACIÓN EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES



- Uso de herramientas estandarizadas para la transmisión de la información
- Adecuado registro de la transferencia de información y de las tareas realizadas
- Confirmación de recepción en valoraciones urgentes

FORMACIÓN



- Entrenamiento de situaciones de alto riesgo y nuevos equipos. La simulación permite desarrollar habilidades, practicar situaciones críticas sin riesgo para pacientes y detectar amenazas latentes en equipos, procesos y entornos
- Formación en la correcta aplicación de los protocolos clínicos del servicio de urgencias
- Formación en metodologías de comunicación estructurada

PRÁCTICAS SEGURAS

IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA Y TRAZABILIDAD DE PACIENTES Y MUESTRAS

- Utilizar al menos dos identificadores inequívocos
- Etiquetar las muestras en presencia del paciente (si es posible) y en el momento de la extracción
- Evitar preetiquetado y etiquetado posterior
- Utilizar sistemas automatizados y códigos de barras cuando sea viable

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

- Aplicación correcta de los protocolos de caídas: ajuste de barandillas, avisar al personal sanitario para acompañamiento a los pacientes de alto riesgo
- No ubicar pacientes en los pasillos



USO SEGURO DEL MEDICAMENTO

- Utilizar prescripción estructurada
- Evitar órdenes ambiguas y texto libre innecesario
- Diferenciar y separar medicamentos de apariencia o nombre similar
- Realizar una correcta conciliación de la medicación
- Identificar correctamente al paciente y al medicamento previo a su administración
- Diseñar alertas clínicas en los sistemas de prescripción y evaluarlas periódicamente

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO

- Revisión de los 5 correctos del uso seguro de medicamentos especialmente en la conciliación de la medicación al ingreso del paciente

FACTORES ENTORNO DE TRABAJO/ INSTALACIONES/ EQUIPAMIENTO

ENTORNO DE TRABAJO



- Desarrollar protocolos para el uso seguro de instalaciones y equipamiento que incluyan situaciones específicas como los criterios de aislamiento y manejo del paciente agitado
- Adecuada visibilidad de los monitores
- Incrementar recursos estructurales

INSTALACIONES ESPECÍFICAS

Incrementar recursos estructurales:



- Dotación de personal flexible de acuerdo con la demanda de servicios
- Habilitar boxes de aislamiento respiratorio para pacientes con sospecha o confirmación de enfermedades transmisibles por vía aérea
- Acondicionar una unidad de observación psiquiátrica específica para la atención de pacientes psiquiátricos con agitación o riesgo de conducta violenta

EQUIPAMIENTO



- Incrementar la disponibilidad de sistemas de monitorización continua mediante telemetría
- Dotación de desfibriladores suficiente con revisión diaria de funcionamiento/carga adecuada
- Mantener carros de parada completos, precintados, con revisiones después de cada uso y periódicas



MATERIALES CORTOPUNZANTES

Adecuado cumplimiento de los protocolos del manejo de objetos cortopunzantes

FACTORES DE LA ORGANIZACIÓN

CULTURA DE SEGURIDAD

REDISEÑO DE PROCESOS



- Establecer reevaluaciones de pacientes en la sala de espera con mucho tiempo de espera
- Introducción de procesos automatizados o de barreras físicas
- Reducir interrupciones evitables en actividades de alto riesgo
- Diseñar mecanismos de cobertura durante pausas
- Protocolos de doble verificación en procedimientos de riesgo

NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES

- Identificación de incidentes de seguridad del paciente y promover la notificación en el sistema
- Difundir los análisis realizados y las acciones de mejora propuestas
- Enfoque no punitivo desde el abordaje sistémico del error y la cultura justa
- Revisión de casos centinela mediante análisis causa-raíz

GESTIÓN DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL

PLANES DE RESPUESTA ANTE LA ALTA DEMANDA



- Disponer de planes diseñados previamente
- Activación del plan para todo el hospital, no únicamente para los servicios de urgencias
- Designación de recursos flexible, teniendo en cuenta los picos de actividad
- Asignación clara de responsabilidades

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- Prescripción con apoyo a la decisión, comunicación entre profesionales, seguimiento de resultados, mantenimiento del sistema y contingencias.

PACIENTES PEDIÁTRICOS

- Seguir los protocolos específicos para el manejo de los pacientes pediátricos (Debut diabético, protocolo prequirúrgico, etc.)
- Comunicación de los tratamientos administrados durante los traslados interhospitalarios
- Cálculo correcto de dosis de medicación ajustadas al peso del paciente

PACIENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

- Aplicar los protocolos específicos según patología
- Restringir la aplicación del protocolo de inmovilización terapéutica, revisando periódicamente la indicación
- Vigilancia y acompañamiento de los pacientes
- Implantar protocolo de prevención de fugas

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2025-2035. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2025/docs/estrategia_seguridad_paciente_T25_35_accesible.pdf
- Tomás S, Astier MP, Villán YF, et al. Cultura de la Seguridad del Paciente en España. Estudio SECA-FIDISP. Barcelona: Fundación FIDISP y Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2024.
- 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(6):415-428
- Ministerio de Sanidad y Política Social, SEMICYUC. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2010.
- Croskerry P, Sinclair D. Emergency medicine: a practice prone to error? *CJEM*. 2001;3(4):271-276.
- Schull MJ, Ferris LE, Tu JV, Hux JE, Redelmeier DA. Problems for clinical judgement: thinking clearly in an emergency. *CMAJ*. 2001;164(8):1170-1175.
- World Health Organization. Medication Without Harm: Global Patient Safety Challenge on Medication Safety [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017
- Redmond P, Grimes TC, McDonnell R, Boland F, Hughes C, Fahey T. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;8(8):CD010791.
- The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC). SAFER Guides: Safety Assurance Factors for EHR Resilience [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services. 2025.
- Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: a systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS One*. 2018;13(8):e0203316. doi:10.1371/journal.pone.0203316.
- Ali AA. Pearls for Caring for the Boarding Psychiatric Patient in the Emergency Department. *J Emerg Med*. 2024;67(1):e42-e49. doi:10.1016/j.jemermed.2024.03.018.
- Cheung DS, Kelly JJ, Beach C, Berkeley RP, Bitterman RA, Broida RI, et al. Improving Handoffs in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2010;55(2):171-180. doi:10.1016/j.annemergmed.2009.07.016.