

TRABAJO FIN DE GRADO

SEGUNDAS VÍCTIMAS TRAS UN EVENTO ADVERSO

Autora: David Guerra Pérez
Tutora: Aythamy González Darias
Cotutora: María Ángeles Tirado Trujillos

AGRADECIMIENTOS

A mi pareja y familia por su apoyo incondicional durante estos cuatro años de andadura universitaria. Por confiar en mí y ser mi motor.

A todos los profesores y compañeros que me han acompañado durante este tiempo y que han formado parte de esta maravillosa etapa de mi vida. A mi tutora Aythamy González Darías y cotutora María Ángeles Tirado Trujillos por guiarme e implicarse tanto durante este último trayecto que ha sido este proyecto.

También agradecer a la supervisión y compañeros de la planta de neurocirugía del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias por su ayuda y apoyo, que me ha permitido recabar la información necesaria para conocer más en profundidad la problemática de las segundas víctimas.

ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
AP	Atención primaria
EA	Evento adverso
CHUC	Complejo Hospitalario Universitario de Canarias
OMS	Organización Mundial de la Salud
RISE	Resilience in stressful events
SiNASP	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
TCAE	Técnico en cuidados auxiliares de enfermería

ÍNDICE

1. Resumen y palabras clave	1
2. Abstract and keywords	1
3. Introducción	3
3.1 Concepto de seguridad del paciente y segundas víctimas	3
3.2 Datos epidemiológicos de los eventos adversos.....	3
3.3 Segundas víctimas.....	5
3.4 Fases de recuperación después de un evento adverso.....	7
3.5 Soporte institucional a las segundas víctimas.....	11
3.5.1 Modelo de apoyo de Scott.....	12
3.5.2 Programa RISE: resilience in stressful events.....	14
3.6 TRUST: los 5 derechos de las segundas víctimas.....	16
4. Objetivos	18
5. Metodología	18
6. Resultados	21
7. Discusión	26
8. Conclusión	27
9. Anexos	28
10. Bibliografía	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Eventos adversos declarados en Canarias (2013-2019).....	4
Tabla 2: Número de notificaciones recibidas sobre EA de pacientes.....	5
Tabla 3: Participantes del estudio de Scott.....	6
Tabla 4: Registro de los síntomas físicos y psicosociales más comunes en el estudio de Rinaldi.....	7-8
Tabla 5: Los 5 derechos de las segundas víctimas.....	17
Tabla 6: Datos estadísticos de la planta de neurocirugía del CHUC.....	20
Tabla 7: Grupos Relacionados por el Diagnóstico más frecuentes en el servicio.....	20
Tabla 8: ¿Cuál es su categoría profesional?.....	21
Tabla 9: ¿Qué edad tiene?.....	22
Tabla 10: ¿Cuántos años lleva desarrollando su profesión?.....	22
Tabla 11: ¿Qué secuelas psicológicas le ha provocado la presencia de eventos adversos en pacientes a su cargo?.....	23
Tabla 12: Resultados de sintomatología física y psíquica en mujeres.....	24
Tabla 13: Resultados de sintomatología física y psíquica en hombres.....	24
Tabla 14: Herramientas online creadas a disposición de los profesionales que presencias un evento adverso.....	29

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Sintomatología más habitual en las segundas víctimas.....	6
Figura 2: Fases de recuperación tras un EA.....	10
Figura 3: Esquema de intervenciones de Aranaz.....	12
Figura 4: Modelo de apoyo de Scott.....	14
Figura 5: Fase de desarrollo del programa RISE.....	15
Figura 6: ¿Cuál es su género?.....	21
Figura 7: ¿Algún paciente a su cargo ha sufrido algún evento adverso?	22
Figura 8: ¿Se ha planteado alguna de las siguientes opciones después de que un paciente a su cargo haya sufrido un evento adverso?.....	25
Figura 9: ¿Por parte de quién ha sentido mayor apoyo después de sufrir un evento adverso?.....	25

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Después de un evento adverso (EA), no solo los pacientes y familiares, sino también los profesionales de cualquier categoría involucrados en el evento se convierten en víctimas. Más del 50% de todos los profesionales de la salud sufren emocional y profesionalmente después de verse envueltos en un evento adverso. Se necesita apoyo para esta “segunda víctima” con la intención de evitar o reducir un mayor impacto negativo en la atención al paciente. En este estudio abordaremos el impacto que producen estos eventos en las y en los profesionales sanitarios y qué elementos son fundamentales trabajar a la hora de reducir dicho efecto. También analizaremos como afectan los EA a los profesionales que los presencian.

En nuestro entorno hay multitud de trabajos en relación con el estudio de los eventos adversos y sus víctimas primarias pero hay poca evidencia sobre cómo afectan estos eventos a los profesionales sanitarios que lo padecen. Nuestros resultados reflejan la variedad de secuelas que padecen las segundas víctimas como pudieran ser el estrés, frustración o dudas. De ahí la importancia de estudiar cuál es la percepción de los profesionales en cuanto al apoyo o acompañamiento de las segundas víctimas en nuestro marco.

Palabras clave: “Segundas víctimas”, “hospital”, “angustia emocional”, “eventos adversos”, “intervenciones de apoyo”, “seguridad del paciente”, “errores profesionales”.

2. ABSTRACT AND KEYWORDS

After an adverse event (AE), not only patients and relatives secondary victims, but also professionals of any category involved in the event become victims. More than 50% of all health professionals suffer emotionally and professionally after being involved in an adverse event. Support for this “second victim” is needed in order to avoid or reduce further negative impact on patient care. In this study we will address the impact that these events have on health professionals and what elements are essential to work on when it comes to reducing said effect. We will also analyze how AEs affect the professionals who witness them.

In our setting, there are many works related to the study of adverse events and their primary victims, but there is little evidence on how these events affect the health professionals who suffer from them. Our results reflect the variety of consequences suffered by second victims, such as stress, frustration or doubts. Hence the importance of studying the perception of professionals regarding the support or accompaniment of second victims in our framework.

Keywords: “Second victims”, “hospital”, “emotional distress”, “adverse events”, “supportive interventions”, “patient safety”, “professional issue”.

3. INTRODUCCIÓN

3.1 Concepto de seguridad del paciente y evento adverso

El concepto de seguridad del paciente está descrito por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la reducción de riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria 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 presta la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o dispensar otro”.

Por otro lado, un incidente relacionado con la seguridad del paciente es “un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente”. Estas circunstancias se pueden dividir en:

- Circunstancia notificable. Es un evento que podría causar daños pero no se produce ningún percance.
- Cuasiincidente. Es un hecho que no llega a afectar al paciente.
- Incidente sin daños. Es un suceso que afecta al paciente pero no le causa ningún daño importante.
- Incidente con daños (evento adverso). Es un episodio que causa daño al paciente y tiene como efecto una lesión, una incapacidad, una prolongación de su estancia o la muerte del mismo¹.

Cuando un profesional sanitario se decide por su profesión lo hace por un deseo de intentar mejorar la vida a las personas que se encuentran en un estado desfavorable. Por ello, cuando un paciente experimenta un evento adverso^{2,3}, el profesional se ve afectado desde el punto de vista psíquico y físico.

3.2 Datos epidemiológicos de los eventos adversos

Para poder describir y analizar las causas de estos eventos, estudios como el EVADUR, ENEAS, APEAS Y SYREC se crearon para obtener una relación entre la seguridad del paciente a través de la observación de eventos adversos en nuestro Sistema Nacional de Salud.

En España, extrapolando los datos nacionales de EA en hospitales⁵ y atención primaria⁶, se ha estimado⁷ que un 15 % de los profesionales sanitarios se ven implicados en este tipo de eventos al año.

En nuestro entorno hay multitud de trabajos en relación con el estudio de los eventos adversos y sus víctimas primarias pero hay poca evidencia sobre cómo afectan estos eventos a los profesionales sanitarios

que lo padecen. En algunos hospitales de Cataluña ya han comenzado a tratar este tema, creando protocolos de trabajo para abordar este problema.

Estos estudios en hospitales y atención primaria (AP)^{5,6}, afloraron que los eventos adversos perjudican a casi el 10% de los pacientes hospitalizados al año, determinando que 1 de cada 10 eventos tienen consecuencias permanentes o mortales, mientras que el 6,7% de los pacientes con patologías crónicas sufren más de 1 evento adverso al año. Sin embargo, no hay datos del problema en relación a las segundas víctimas o del impacto sobre los profesionales sanitarios.

Debido a la dificultad del entorno laboral sanitario, como la sobrecarga de pacientes, la complejidad tecnológica, el estrés laboral, etc., muchos profesionales se ven envueltos en fallos del sistema que provocaron algún error que comprometió al paciente. En estudios donde se les ha preguntado a los profesionales de atención primaria y hospitales, entre un 55 y un 89% declararon que sí se habían visto implicados en errores que habían causado daño al paciente⁸⁻¹⁰.

En cuanto al entorno de notificación de los EA, los profesionales poseen el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la seguridad del Paciente (SiNASP). Su objetivo es analizar las situaciones, problemas o incidentes que pudieron o podrían provocar un daño en el paciente. Para ello se disponen de dos documentos de notificación: uno para atención primaria y otro para hospitales. Dicha notificación de incidentes es totalmente voluntaria y anónima, intentando que los profesionales se impliquen para mejorar en la seguridad del paciente y en el aprendizaje.

Gracias a los datos registrados por la Dirección General de Programas Asistenciales se pudo determinar el siguiente número de incidentes de enfermeras/os en Canarias:

Tabla 1: Eventos adversos declarados en Canarias (2013-2019).

AÑO	AE CANARIAS	AP CANARIAS	CANARIAS
2013	418	2	420
2014	157	1	158
2015	874	36	910
2016	32	20	52
2017	50	46	96
2018	2149	204	2353
2019	350	60	410

Fuente: Servicio de Atención Especializada de la Dirección General de Programas Asistenciales.

Tabla 2: Número de notificaciones recibidas sobre EA de pacientes.

CANARIAS	HOSPITAL	A. PRIMARIA	TOTAL
2013	124		124
2014	162		162
2015	151	8	159
2016	115	0	115
2017	96	25	121
2018	151	29	180
2019	306	29	335
TOTAL	1105	91	1196

Fuente: Servicio de Atención Especializada de la Dirección General de Programas Asistenciales.

3.3 Segundas víctimas

El profesor Wu AW⁴ definió, en el año 2000, el concepto de segundas víctimas como “ los profesionales sanitarios implicados en un evento adverso que han quedado traumatizados por esa experiencia o que no han sido capaces de afrontar emocionalmente esta situación”.

En un estudio de Scott et al.¹¹ en el año 2009 se identificaron varias fases en la recuperación de los profesionales afectados por EA, formulando una evolución del resarcimiento consistente en 6 fases:

- Caos y respuesta al accidente.
- Pensamientos intrusivos.
- Restaurar la integridad personal.
- Soportar la inquisición.
- Conseguir apoyo emocional.
- Seguir adelante resuelto con el abandono, supervivencia o superación.

Tabla 3: Participantes del estudio de Scott.

Categoría profesional	N.º de participantes potenciales	N.º de sujetos que participaron	N.º de participantes que completaron la entrevista.
Médico	12	12	10
Enfermera	17	14	11
Otro	14	12	10
Total	43	38	31

Fuente: Scott et al¹¹.

Durante estos estudios, Sue Scott y su equipo, formularon una encuesta sobre el clima de seguridad interna en los hospitales¹² en el que 1 de cada 7 profesionales había experimentado un accidente al que el paciente le provocado daños, lo que había acarreado problemas personales como ansiedad, depresión o dudas sobre su capacidad profesional durante la realización de sus tareas.

Figura 1: Sintomatología más habitual en las segundas víctimas.



Fuente: Scott et al¹¹.

3.4 Fases de recuperación después de un evento adverso

Fase 1: Caos y respuesta al accidente.

Esta fase discurre cuando se detecta el EA; cuando el paciente se encuentra dañado en menor o mayor medida y necesita unos cuidados específicos. El apoyo de los compañeros suele ser fundamental a la hora de realizar las prácticas necesarias para atender al paciente. Las segundas víctimas suelen encontrarse en shock y desorientadas, a la vez de que se sienten en la obligación de atender al paciente. Se suele delegar en los colegas los cuidados ya que no se es capaz de pensar con coherencia durante este periodo de confusión y agitación.

Tabla 4: Registro de los síntomas físicos y psicosociales más comunes en el estudio de Rinaldi.

Síntomas físicos	N	%	Síntomas psicosociales	N	%
Fatiga extrema	18	56	Dudas	29	88
Aumento de la frecuencia respiratoria	20	61	Recuerdos intrusivos	28	85
Taquicardia	17	52	Aflicción/desagrado	26	79
Aumento de la tensión arterial	13	40	Frustración	26	79
Trastornos del sueño	13	40	Dificultad para concentrarse	26	79
Dolor de cabeza	5	15	Miedo al daño a la reputación	25	76
Gastralgia	4	12	Disminución de la satisfacción laboral	24	73

Tabla 4: Registro de los síntomas físicos y psicosociales más comunes en el estudio de Rinaldi. (Continuación).

Síntomas físicos	N	%	Síntomas psicosociales	N	%
			Tristeza extrema	22	67
			Flashback	22	67
			Remordimiento	21	64
			Ira	20	61
			Pérdida de confianza	18	56
			Ansiedad por volver al trabajo	14	42
			Evitar el área de atención al paciente	12	36
			Depresión	11	33
			Segundos autodiagnósticos	9	27
			Excitabilidad excesiva	7	21

Fuente: Rinaldi et al¹³.

Fase 2. Pensamientos intrusivos.

Suelen ser los pensamientos rumiantes en los que se ven envueltos después de la primera etapa. No son voluntarios ni deseados y se convierten en ideas desagradables que pueden llegar a convertirse en obsesiones. La víctima se encuentra en la situación de revisión continua de los que ha sucedido buscando una explicación lógica con preguntas del tipo “qué hubiera pasado si”.

Fase 3. Restauración de la integridad.

Durante la tercera etapa el personal comienza la búsqueda de apoyo por parte de personas que tengan su confianza como pudiera ser un compañero, el supervisor, un amigo o la familia. Existe la confusión de a quién acudir ya que existe la duda de comunicarse con alguien que sea capaz de comprender su experiencia y su impacto personal. También recoge la falta de confianza que se genera en sí mismo y la dependencia de apoyo que se recibe por parte del servicio donde se realizan sus funciones. Esto último es fundamental a la hora de que el profesional sienta que se desencadenan comentarios negativos a cerca de él menos cavando todavía más su confianza.

Fase 4. Soportando la inquisición.

Después de que el paciente ya se encuentre estabilizado de su accidente, se crea la incertidumbre sobre como actuará la institución o que repercusiones legales podrá tener sobre su carrera el hecho acaecido. Existe un claro temor y estrés a la posible pérdida del trabajo, juicios por mala praxis, repercusión mediática, etc.

Fase 5. Consiguiendo apoyo emocional.

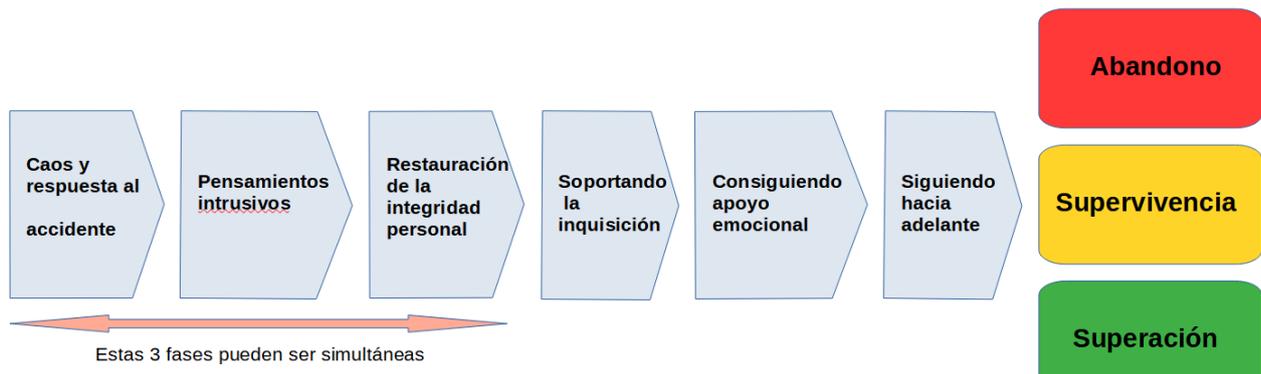
La búsqueda de personas de confianza se vuelve clave en esta fase. La gran mayoría busca apoyo en sus seres queridos, aunque con la idea de que no son capaces de comprender la situación a la que se enfrentan. Por otro lado, y en menor medida, el apoyo de los compañeros de trabajo o jefes es otro pilar al que acceder, sin embargo, las limitaciones a la hora de comunicar información debido a que el EA se encuentra en investigación provocan que el soporte pueda ser insuficiente y persistir sentimientos negativos.

Fase 6. Siguiendo hacia adelante: Abandono, supervivencia o superación.

Esta etapa refleja las consecuencias finales del evento sobre el profesional y su lucha por continuar hacia adelante con el apoyo de sus compañeros y supervisores. No obstante, aquellos que produjeron errores con consecuencias graves sobre el paciente tienen una difícil recuperación. En esta etapa, la recuperación puede derivar en tres caminos: abandono, supervivencia y superación.

- Abandono. El personal involucrado directamente abandona la profesión o se cambian de lugar ya que estas víctimas dudan de su capacidad profesional y piensan que un cambio les puede llegar a ser útil y no cuestionarse sus habilidades.
- Supervivencia. El individuo realiza una adaptación para continuar trabajando, aunque sin llegar a superar el evento y culpabilizándose de las consecuencias que tuvo.
- Superación. La superación completa de evento desencadena una experiencia positiva en el sujeto, que es capaz de aprender y asimilar nuevas formas de trabajo para evitar nuevos errores en el futuro.

Figura 2: Fases de recuperación tras un EA.



Fuente: Scott et al 2009.

El profesor Wu⁴ llegó a reconocer que las enfermeras, debido a la estructura jerárquica en las instituciones donde desempeñan su trabajo, tienen una capacidad mínima para gestionar los errores producidos durante sus tareas que otros profesionales que se ven afectados por eventos adversos.

Un estudio de Krich Baum et al.¹⁴ reflejaba la impotencia por la falta de control que perciben las enfermeras en su entorno de trabajo. En dicho estudio, se detectaron que el principal factor de insatisfacción, frustración, estrés y sentimientos de impotencia era la falta de valoración de sus opiniones o incluso la nula solicitud de ellas. Además, en una encuesta de la American Nurses Association¹⁵ (ANA) acerca de como se encontraban después de abandonar sus puestos de trabajo todos los días y el resultado arrojó como respuestas principales: Exhaustas y desanimadas, desalentadas y tristes por lo que no podían aportar a sus pacientes e impotentes a la hora de ofrecer calidad y seguridad a sus pacientes.

Actualmente ya se reconoce que la seguridad del paciente está íntimamente ligada a las enfermeras, y que incluso existe un vínculo ético y legal¹⁶.

Todos estos factores repercuten en la probabilidad de que se produzca un evento adverso y de como lo asimilan los profesionales. También es cierto que hay elementos que pueden reforzar al personal a la hora de afrontarlos, pudiendo ser factores intrínsecos a la persona y extrínsecos.

Podríamos enumerar algunos factores intrínsecos:

- Sexo.
- Edad.

- Experiencia profesional.
- Carácter.
- Resiliencia.

Siendo factores extrínsecos:

- Entorno laboral.
- Colegas de trabajo.
- Supervisión.
- Protocolos institucionales.

E. Van Gerven et al.¹⁷ narra como las víctimas emplean estrategias de enfrentamiento centradas en el problema y la emoción después de presenciar un evento adverso durante la realización de sus tareas.

- Estrategia de afrontamiento centradas en el problema. El profesional hace un análisis de la causa de lo sucedido para que se produjera el evento. El apoyo de los colegas se vuelve fundamental a la hora de compartir información y experiencias que sirven para forjar una manera de actuar acorde con los acontecimientos.
- Estrategia de afrontamiento centradas en la emoción. Una de las mejores herramientas que puede obtener un profesional después de evidenciar un evento es compartirlo con sus compañeros, ya que con ello se descarga emocionalmente la víctima con personas de su confianza y que tienen conocimiento de las circunstancias en las que se haya podido suceder. También se plantea la negación de los hechos y la actuación como si no hubiera sucedido nada. Por último, hay profesionales que deciden el cambio de lugar de trabajo, de compañeros o incluso el abandono de su profesión sanitaria.

3.5 Soporte institucional a las segundas víctimas

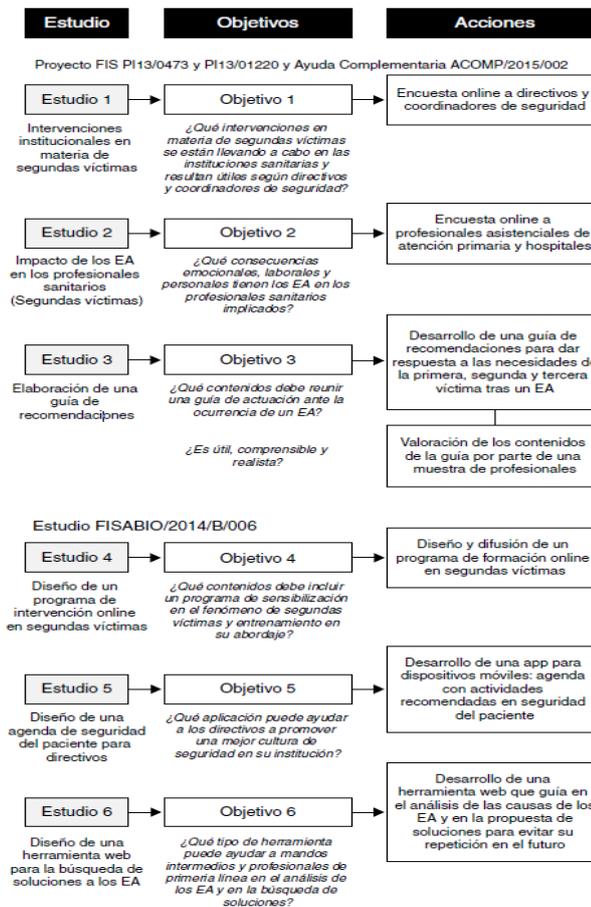
Pese a los nuevos estudios que analizan la repercusión en los profesionales de los EA y la influencia personal y profesional que conllevan, seguimos sin unos protocolos claros a nivel general por parte de las instituciones que nos rigen. Por ello, se somete a un abandono y aislamiento sin que se ofrezca herramientas útiles que apoyen y sean efectivos. Se denota indispensable un soporte desde el primer momento en que se comete el error para ofrecer asistencia a las segundas víctimas desde ese instante.

En nuestro país, Aranaz et al.¹⁸ realizó un estudio en 8 comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y País Vasco), que representaron el 75,3% de las consultas ordinarias de AP en el año 2014¹⁹ y significaron el 76% de las altas hospitalarias en el año 2013²⁰. En dicho análisis un grupo de expertos diseñó un conjunto de recomendaciones para el apoyo a la segunda víctima, el asesoramiento legal y la aplicación de la comunicación institucional tras el acontecimiento de un EA, que dió lugar a un decálogo de buenas prácticas dirigido a directivos, jefes de servicio y profesionales para conducir sus intervenciones.

Por todo ello se diseñó un cuestionario online con 45 intervenciones aglomeradas en 5 categorías:

- Cultura de seguridad.
- Plan de crisis en un caso grave de EA.
- Comunicación y transparencia con el paciente y su familia.
- Atención a las segundas víctimas.
- Comunicación e imagen institucional.

Figura 3: Esquema de intervenciones de Aranaz.



Fuente: Aranaz et al¹⁸.

3.5.1 Modelo de apoyo de Scott

En 2009 se desarrolló en el Sistema de Salud de la Universidad de Missouri (MUCH) un programa llamado “Rapid Response Team forYou Team”. Dicho estudio realizado por Scott, Hirschinger et al.²¹ analiza los fenómenos que se producen sobre las segundas víctimas y su experiencia y poder así formular un protocolo de ayuda a los profesionales, para poder normalizar las secuelas físicas y psíquicas y poder llevar un seguimiento a tiempo real del proceso de victimización. Además fomenta el apoyo de los compañeros de profesión como “primeros auxilios” emocionales en cuanto la víctima es identificada.

El modelo creado por Scott se divide en tres bloques:

Nivel 1. Apoyo local (servicio o unidad).

Es el primer paso y el primer contacto con el profesional afectado. Los compañeros del servicio o supervisores son los encargados de dar apoyo a la persona que cometió el error dando unos “primeros auxilios emocionales”. Los jefes deben estar entrenados para gestionar el fenómeno de las segundas víctimas y conocer las intervenciones a realizar como pudieran ser el consuelo o las críticas constructivas. La empatía se vuelve fundamental a la hora de estimular, pero sin minimizar la importancia del hecho. Es importante saber cómo se siente y saber cómo está llevando la situación.

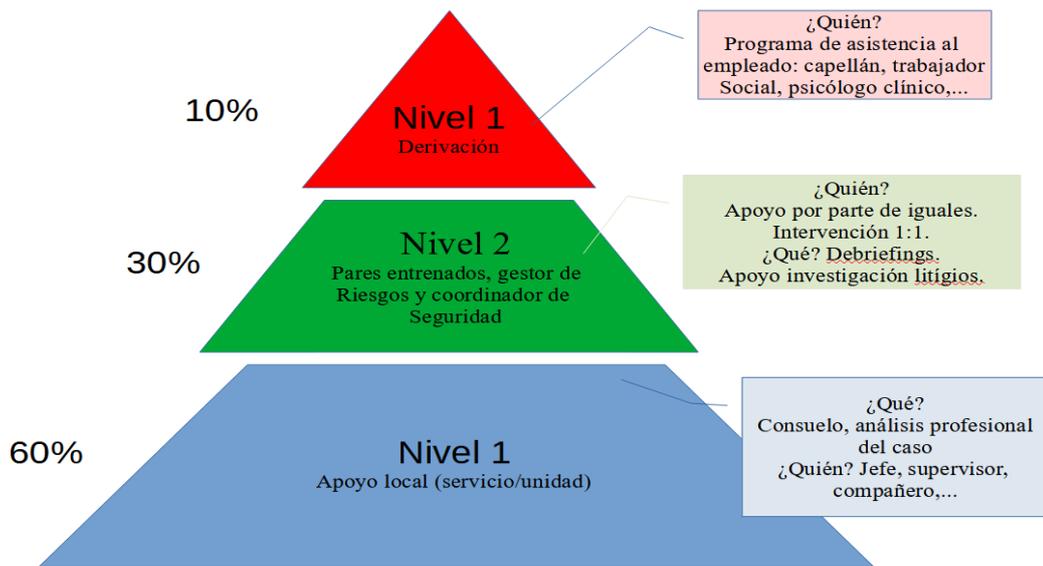
Nivel 2. Pares entrenados, gestor de riesgos y coordinador de seguridad.

En el segundo nivel deben intervenir por profesionales adiestrados en seguridad del paciente y el análisis de los eventos adversos. Se realizarán intervenciones personales de tú a tú de forma confidencial aunque también se pueden promover de forma grupal con todas las personas involucradas en el evento. Scott se cercioró de que el apoyo inicial e inmediato a las segundas víctimas posibilita que el análisis por parte de los especialistas en seguridad sea más rápido. Una vez investigados los hechos, se le solicita a la persona involucrada a que forme parte de la revisión del hecho para que ayude a identificar los posibles errores y poder crear protocolos para evitar posibles repeticiones. La participación en este proceso será completamente voluntaria y se promoverá para reflexionar sobre los errores sin buscar culpables y con la misión de cerrar heridas. Debemos tener en cuenta que en esta fase podremos recrudecer el trauma que tiene la segunda víctima por lo que debemos ser empáticos y claros con ella.

Nivel 3. Derivación profesional.

En este nivel se pone a disposición de las segundas víctimas un equipo multidisciplinar para la recuperación de la sintomatología que presente. Puede estar formada por: psicólogos, trabajadores sociales, etc. que intentarán complementar la labor de apoyo que ofrecen los compañeros entrenados para esta labor.

Figura 4: Modelo de apoyo de Scott.²



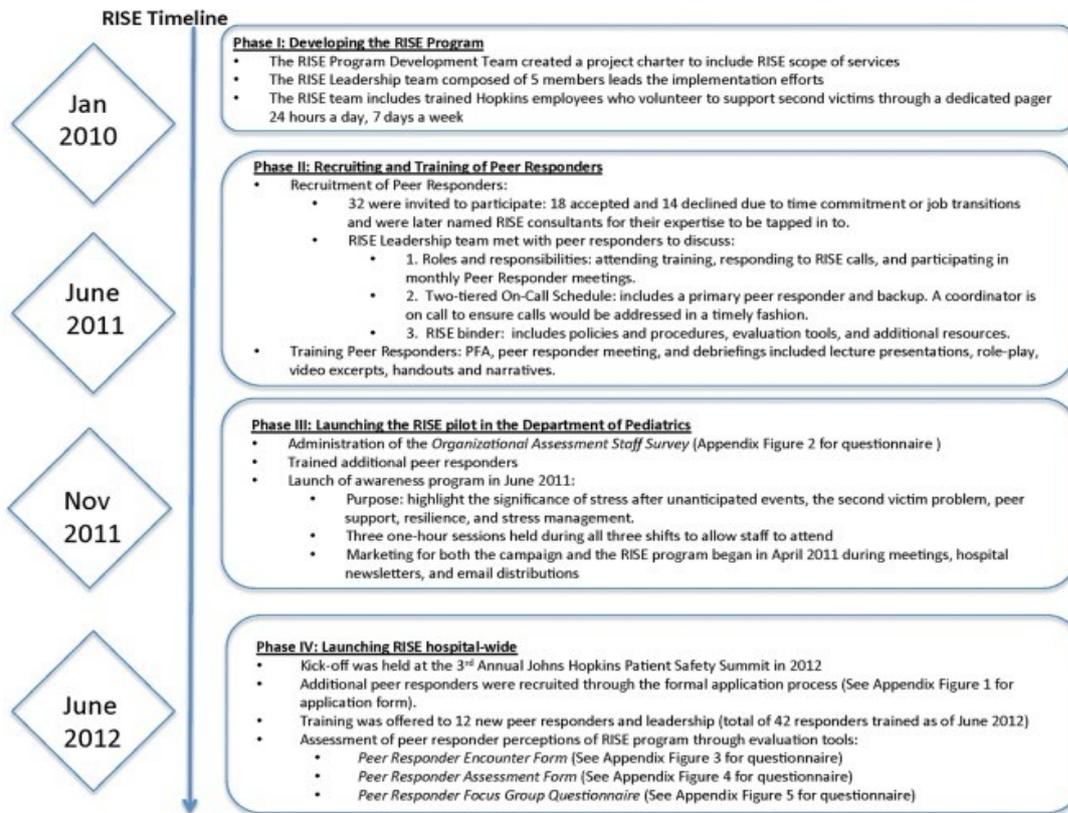
Fuente: Scott, Hirschinger et al.²¹

3.5.2 Programa RISE: resilience in stressful events

Este programa se desarrolló en el hospital Johns Hopkins entre los años 2010 y 2016 por H. Edrees, C. Connors et al.²² y por H Edrees, L Paine, R Feroli et al²³ para ofrecer soporte a los profesionales del departamento de pediatría y que luego se extendió a todo el hospital. Se llevó a cabo en 4 fases:

- Desarrollo del programa (enero de 2010).
- Reclutamiento y formación de los intervinientes (junio de 2011).
- Programa piloto RISE en el departamento de pediatría (noviembre de 2011- Junio de 2012).
- Extensión del programa a todo el hospital (junio 2012- Marzo 2016).

Figura 5: Fase de desarrollo del programa RISE.



Fuente: Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study.

El objetivo de este protocolo era ofrecer apoyo a los profesionales que se habían encontrado involucrados en un evento adverso y que tenía los siguientes objetivos:

- Fomentar la conciencia sobre el fenómeno de la segunda víctima en un entorno de riesgo.
- Brindar apoyo multidisciplinar, de tú a tú o en grupo, con un ambiente crítico constructivo.
- Formar a los profesionales y jefes de herramientas para afrontar los efectos de los eventos adversos y promover el bienestar. Además proporcionar consejos de “primeros auxilios emocionales” a todos los profesionales antes, durante y después de un evento.
- Generar herramientas de desarrollo de los profesionales en sus funciones. Realizar un enfoque no punitivo para gestionar eventos estresantes relacionados con el paciente.

3.6 TRUST: los 5 derechos de las segundas víctimas

La Dr. Charles R. Denham²⁴ propuso una guía de 5 derechos para los profesionales sanitarios que los gerentes de salud deberían integrar en una cultura justa cuando los pacientes son dañados durante sus cuidados. Los errores al realizar las tareas propias del personal sanitario son humanos y no intencionales y pueden ser el reflejo de errores en el sistema. Sin embargo, muchas veces se culpabiliza al personal involucrado en estos errores provocándoles incluso el abandono²⁵⁻²⁸.

Cuanto se aborda el impacto de estos errores también debemos plantearnos que existen unas terceras víctimas, que corresponde a la institución médica, que sufre una disminución de su reputación y que puede empeorar o mejorar según la actuación de sus gerentes.

Por ello, los 5 derechos que se deben tener en cuenta por parte de los profesionales sanitarios y sus gerentes pueden ser reflejados con el término TRUST (confianza) y que viene a determinar los siguientes puntos:

- Trato justo. Debemos dar un margen de confianza al profesional y no asignar completamente la responsabilidad de los errores a los cuidadores ya que el sistema predispone a que sucedan fallos humanos. Se debería adoptar un enfoque no sancionador, que intente reflexionar donde se ha cometido el error y mejorar el sistema para que no vuelva a ocurrir. También se pueden analizar los daños colaterales tanto para el cuidador como para la organización.
- Respeto. Los equipos de cualquier disciplina sanitaria son propensos a cometer errores y suelen estar indefensos contra ellos y sus consecuencias. En los momentos posteriores al evento debemos ser respetuosos con nuestros compañeros igual que quisiéramos que lo fueran con nosotros. En muchos casos nuestros colegas son testigos de estos eventos y se encuentran en una encrucijada de lealtad que entra en conflicto con el paciente, institución o el resto del equipo. En esta situación entra en juego el papel de los supervisores, que deben alentar a las organizaciones a mantener el mayor respeto posible hacia las personas afectadas por el evento.
- Comprensión y compasión. Como definió la enfermera Julie Thao, “en el mismo instante en que le ocurre a un paciente un daño prevenible e involuntario, sus cuidadores se convierten en pacientes”. Por esa razón, se necesita tiempo y apoyo para superar las etapas descritas por Klüber-Ross²⁹: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Para ayudar a sus compañeros se debe atender a las segundas víctimas con la misma solidaridad con la que atienden a sus pacientes, y con una

personalización adecuada a las necesidades, por lo que se sugiere que no se suceden las fases tal y como describe esta autora.

- Cuidados de apoyo. Se debe ofrecer una atención personalizada, profesional y organizada como si tratáramos a cualquier paciente. Las segundas víctimas⁴ se encuentran en una posición traumática después del error y tiene derecho a servicios psicológicos y de apoyo.
- Transparencia y oportunidad de contribuir. La transparencia es clave para la divulgación del error. Con ello, reconocemos como algo inevitable como los fallos en el mundo de la medicina³⁰. La seguridad de los pacientes depende en gran medida de identificar, divulgar e informar de los errores médicos³¹. Es indispensable apoyar al profesional para que no se sienta culpable y coopere con la institución para evitar posibles errores recurrentes³². Hay que crear un entorno en el que se comparta información entre los involucrados y la institución para gestionar protocolos para evitar posibles futuros errores y obtener un mayor conocimiento de estos eventos.

Tabla 5: Los 5 derechos de las segundas víctimas.

TRUST – Five Rights of the Second Victim	TRUST – Cinco derechos de las Segundas Víctimas
Treatment that is just – deserve the presumption that their intentions were good.	Trato que es justo – merece la presunción de que sus intenciones eran buenas.
Respect – should not be shamed for human fallibility.	Respeto - no debe avergonzarse de la falibilidad humana.
Understanding and compassion- compassionate help to grieve and heal.	Comprensión y compasión- ayuda compasiva para llorar y sanar.
Supportive Care- entitled to pshychological and supportive services.	Cuidados de apoyo- derecho a servicios psicológicos y de apoyo.
Transparency and opportunity to contribute- the right to participate in the learning gathered from the error.	Transparencia y oportunidad de contribuir- el derecho a participar en los aprendizajes derivados del error.

Fuente: Dr. Charles R. Denham²⁴.

4. OBJETIVOS

- Identificar el efecto físico y psicológico que padecen las segundas víctimas.
- Conocer qué papel juegan los compañeros de trabajo en la recuperación de las segundas víctimas.

5. METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional, transversal, acompañado de un pilotaje de intervención donde se explora la opinión de los y las profesionales sobre los eventos adversos y las segundas víctimas. La recogida de la información se realizó mediante un cuestionario (ad hoc) acerca de la sensibilización, conocimientos y posibles repercusiones sobre el abordaje de los eventos adversos.

La búsqueda bibliográfica para la realización de esta revisión de tipo narrativo, se ha realizado empleando diversas bases de datos y recursos electrónicos de libre acceso tales como National Library of Medicine, Journal of Patient Safety, Researchgate, BMJ Open, Patient Safety Network, ANA Enterprise, Pubmed, BMC Health Services Research y Sci-Hub.

En cuanto al cuestionario, ha sido realizado en la planta de neurocirugía del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). Dicha planta posee 13 habitaciones, de las cuales 3 son individuales. La habitación número 13 queda reservada para la unidad de epilepsia, única en Canarias, y para la que hay adscritos 5 enfermeros específicamente. El resto de la planta se gestiona con 9 enfermeros más y 15 técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Todos estos profesionales están a cargo de un supervisor que organiza y gestiona la planta según las necesidades de los y las pacientes.

El formulario cuenta con las siguientes características:

- Es anónima a los profesionales sanitarios que trabajan en la planta de neurocirugía en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, situada en la 9 planta impar.
- El cuestionario constará de 14 ítems con varias opciones de elección única y de obligatoriedad de cumplimiento en todos los casos.
- Los encuestados son profesionales de las categorías de enfermería y técnico auxiliar en cuidados de enfermería.
- La encuesta se ha realizado durante el mes de junio de 2022.

- Se definieron los conceptos de segundas víctimas y eventos adversos para mayor claridad a la hora de obtener las respuestas.
- Se realizará un análisis estadístico descriptivo de los datos recogidos.
- Se ha realizado mediante la plataforma Google Forms y también de forma presencial realizando las entrevistas durante varias jornadas.

Criterios de inclusión para el análisis de opinión

Ser profesional sanitario Enfermero/a y TCAE suscrito a la unidad 9 impar del CHUC.

Criterios de exclusión para la encuesta

No encontrarse en la planta realizando tareas de sustitución de un compañero.

Encontrarse de vacaciones, baja o permiso laboral durante el momento de la encuesta.

Criterios de inclusión en la bibliografía

Los criterios de inclusión utilizados en la búsqueda de información son los siguientes:

- Artículos completos y de acceso libre.
- El rango de las publicaciones se sitúa entre 2010 y 2016.
- Se hizo una selección de información de artículos y estudios en castellano e inglés.
- Estudios que determinan factores de riesgo y consecuencias en profesionales que evidencian eventos adversos.

Como datos estadísticos relevantes de esta planta, extraídos de la memoria publicada en el año 2022 por el CHUC³³ sobre la información recopilada en 2019 y 2020, podemos destacar los siguientes :

Tabla 6: Datos estadísticos de la planta de neurocirugía del CHUC.

Área de Hospitalización	2019	2020	Variaciones	
			Absolutas	%
Camas funcionales	27,3	25,4	-1,9	-7%
Ingresos	749	792	43	6%
Estancia media	11,5	9,1	-2,4	21%
Estancia media prequirúrgica (ingresos programados)	1,0	0,8	-0,2	-21%
Índice de ocupación	86%	77%	-9%	
Presión de urgencias	32%	24%	-8%	
Calidad de Hospitalización				
Tasa Bruta de mortalidad	2,3%	3,0%	0,8%	
Resultado encuesta de satisfacción al alta hospitalaria	8,6	8,9		
Gestión de la Hospitalización – Indicadores por GRDs				
Número de casos (altas)	661	743	82	12%
Estancia media	14,1	12,4	-1,7	-12%
N.º Casos depurados	566	683	117	21%
Estancia media depurada	8,0	7,5	-0,5	-6%

Fuente: Memoria del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias del año 2022.

Tabla 7: Grupos Relacionados por el Diagnóstico más frecuentes en el servicio.

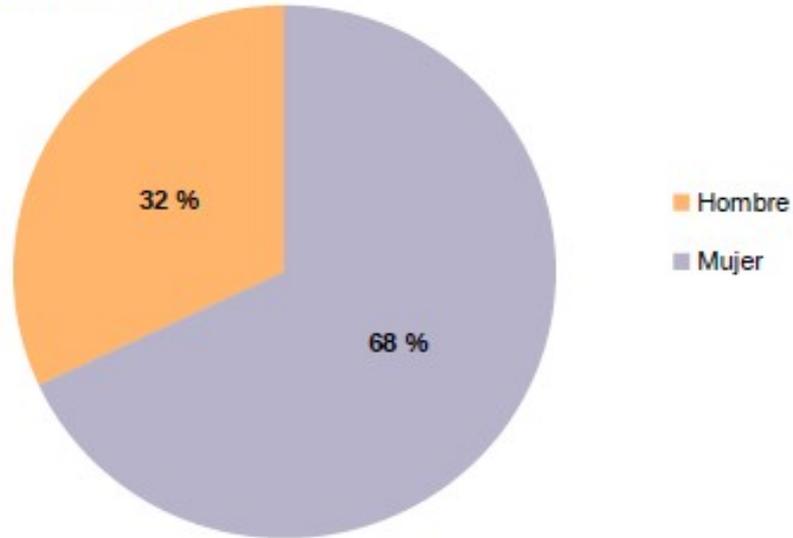
Distribución de altas en los GRDs más frecuentes del Servicio					
GRDs y descripción	N.º	Estancias	EM	EM dep	PM GRD
310 ESCISIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL	158	700	4,4	4,4	0,8982
21 CRANEOTOMÍA EXCEPTO POR TRAUMA	157	2939	18,7	18,7	1,7343
304 PROCEDIMIENTOS DE FUSIÓN DORSAL Y LUMBAR EXCEPTO POR ESCOLIOSIS	88	518	5,9	5,9	2,3592
58 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	59	176	3,0	3,0	0,5474
321 FUNSIÓN ESPINAL CERVICAL Y OTROS PROC. DE LA ESPALDA/CUELLO EXCEPTO ESCISIÓN/DESCOMP. DISCAL	46	358	7,8	7,8	1,3226
55 TRAUMATISMO CRANEAL CON COMA > 1H O HEMORRAGIA	19	674	35,5	35,5	0,7682
862 OTROS CUIDADOS POSTERIORES Y CONVALENCIA	18	35	1,9	1,9	0,4232
22 PROCEDIMIENTOS SOBRE SHUNT VENTRICULAR	17	205	12,1	12,1	1,1947
20 CRANOTOMÍA POR TRAUMA	14	641	45,8	45,8	1,9464
44 HEMORRAGIA INTRACRANEAL	13	149	11,5	11,5	0,7557
Total Servicio	743	9207	12,4	7,5	1,8134

Fuente: Memoria del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias del año 2022.

6. RESULTADOS

En la muestra han participado 70% profesionales de los 28 que componen la plantilla en la planta de neurocirugía. Por sexo, la componen un 68% mujeres y un 32% los hombres.

Figura 6: ¿Cuál es su género?



Por categorías profesionales, hemos obtenido respuesta del 100% de los enfermeros y el 40% de los TCAE. Realizando una división por sexos en estos grupos, en el grupo de enfermeras obtenemos un 62% de mujeres y un 38% de hombres, mientras que en el grupo de TCAE, el 83% son mujeres y el 17% son hombres.

Tabla 8: ¿Cuál es su categoría profesional?

	Total	Hombres	Mujeres
Enfermeras	68%	38%	62%
TCAE	32%	17%	83%

En cuanto al campo de la edad y años de experiencia hemos obtenido los siguientes resultados:

Tabla 9: ¿Qué edad tiene?

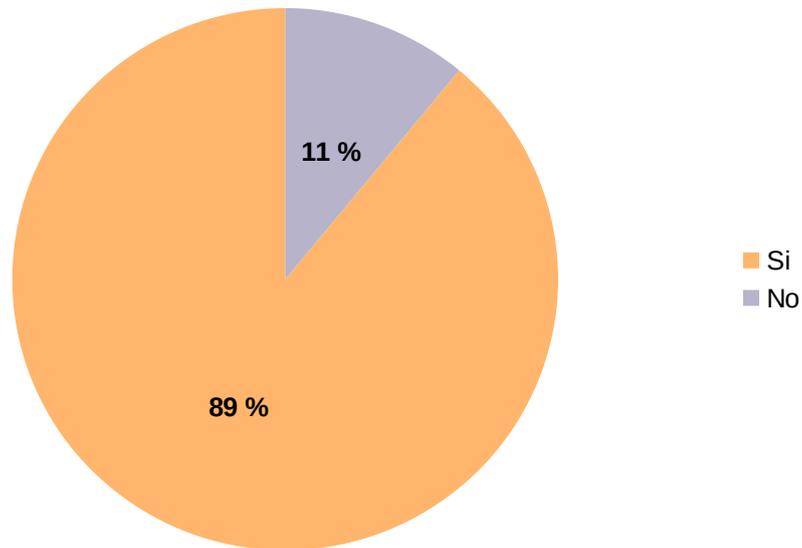
Edad	Menos de 30	Entre 30 y 50	Más de 50
Profesionales sanitarios	21%	74%	5%

Tabla 10: ¿Cuántos años lleva desarrollando su profesión?

Años de profesión	Menos de 3 años	Entre 3 y 5 años	Entre 5 y 20 años	Más de 20 años
Profesionales sanitarios	11%	21%	63%	5%

En cuanto a la pregunta sobre si algún paciente a su cargo ha tenido un evento adverso el 89% ha respondido que sí y el 11% no. También estimó un 68% que pudo evitar dicho incidente y un 32% pensó que no pudo hacer nada para eludirlo.

Figura 7: ¿Algún paciente a su cargo ha sufrido algún evento adverso?



En el apartado de sintomatología física hemos obtenido como predominante el dolor de cabeza con un 24%, la fatiga física y la taquicardia con un 16% y el trastorno del sueño. Un 20% de los encuestados determinan otros síntomas como predominantes. En cuanto a la sintomatología psíquica han sido relevantes la frustración con el 38% y el estrés y las dudas con un 25%.

Tabla 11: ¿Qué secuelas psicológicas le ha provocado la presencia de eventos adversos en pacientes a su cargo?

Sintomatología física y psíquica			
Síntomas físicos	%	Síntomas psíquicos	%
Fatiga física	16%	Ira	-
Aumento de la tensión arterial	8%	Ansiedad por volver al trabajo	-
Dolor de cabeza	24%	Estrés	25%
Trastorno del sueño	12%	Dudas	25%
Taquicardia	16%	Frustración	38%
Otros	20%	Recuerdos repetitivos	-
Ninguno	4%	Miedo al daño en la reputación	4%
		Falta de concentración	-
		Depresión	-
		Remordimientos	8%

Profundizando en este último apartado y realizando un análisis por sexos obtenemos que en las mujeres las dudas son el síntoma psíquico más relevante con un 35%, el estrés con un 24%, la frustración con un 18%, los remordimientos con un 17% y el miedo a la reputación con un 6% son los resultados obtenidos. Por otro lado, en los hombres obtenemos como problema fundamental la frustración con un 56%, el estrés y las dudas con un 22% forman el trinomio de problemas principales que exponen los hombres.

En cuanto a los problemas físicos, en las mujeres el dolor de cabeza se encuentra en primer lugar con un 26% seguido de la fatiga física con el 18%, la taquicardia con un 17%, la subida de la tensión arterial con un 9% y el trastorno del sueño con un 4%. Los hombres exponen no padecer ninguna secuela física con el 29%; el trastorno del sueño, el dolor de cabeza y otros síntomas obtienen un 18% mientras que la fatiga física y el aumento de la tensión arterial tienen un 9% y 8% respectivamente.

Tabla 12: Resultados de sintomatología física y psíquica en mujeres.

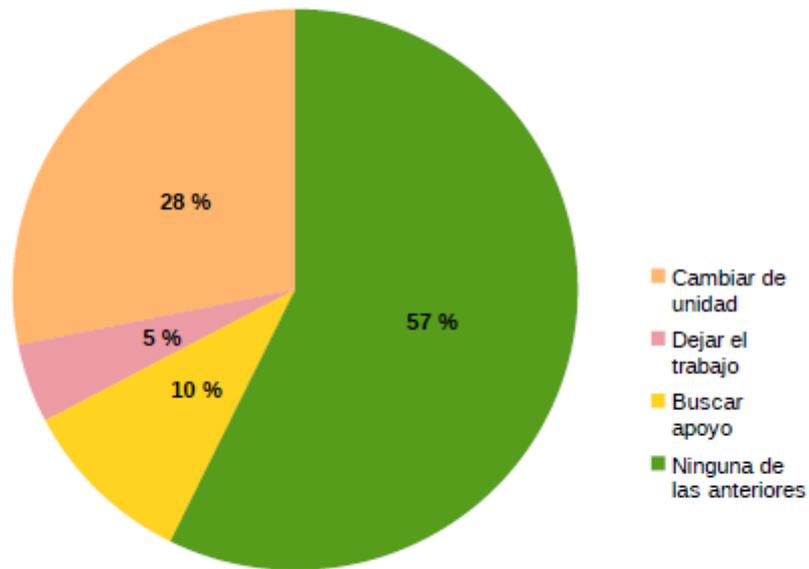
Sintomatología física y psíquica en las mujeres			
Síntomas físicos	%	Síntomas psíquicos	%
Fatiga física	18%	Ira	-
Aumento de la tensión arterial	9%	Ansiedad por volver al trabajo	-
Dolor de cabeza	26%	Estrés	24%
Trastorno del sueño	4%	Dudas	35%
Taquicardia	17%	Frustración	18%
Otros	13%	Recuerdos repetitivos	-
Ninguno	13%	Miedo al daño en la reputación	6%
		Falta de concentración	-
		Depresión	-
		Remordimientos	17%

Tabla 13: Resultados de sintomatología física y psíquica en hombres.

Sintomatología física y psíquica en los hombres			
Síntomas físicos	%	Síntomas psíquicos	%
Fatiga física	9%	Ira	-
Aumento de la tensión arterial	8%	Ansiedad por volver al trabajo	-
Dolor de cabeza	18%	Estrés	22%
Trastorno del sueño	18%	Dudas	22%
Taquicardia	-	Frustración	56%
Otros	18%	Recuerdos repetitivos	-
Ninguno	29%	Miedo al daño en la reputación	-
		Falta de concentración	-
		Depresión	-
		Remordimientos	-

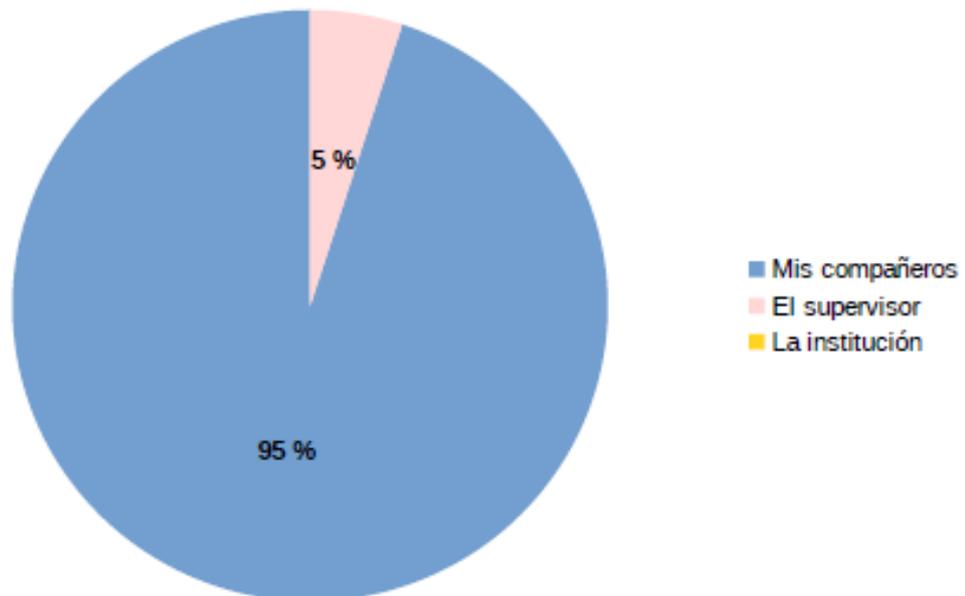
Cuando preguntamos que opciones habían barajado después de que un paciente a su cargo hubiera sufrido un evento adverso, un 63% determinó que ninguna de las opciones, un 21% se planteó cambiar de unidad, un 11% buscar ayuda de profesionales para enfrentar las secuelas y solo un 5% dejar su puesto de trabajo.

Figura 8: ¿Se ha planteado alguna de las siguientes opciones después de que un paciente a su cargo haya sufrido un evento adverso?



En el momento de buscar apoyo un 95% creen que no existe y un 5% piensa que si hay, siendo este apoyo dado por sus compañeros en un 95%, el supervisor en un 5% y por parte de la institución ser nulo.

Figura 9: ¿Por parte de quién ha sentido mayor apoyo después de sufrir un evento adverso?



En relación con la formación con respecto a las segundas víctimas un 79% dijo que no y un 21% que sí. En cuanto a la formación sobre seguridad del paciente un 58% respondió que si había recibido y un 42% que no.

En la última pregunta de la encuesta hubo una respuesta unánime por parte de los profesionales sanitarios, un 100% cree que se debería investigar más sobre la repercusión en la salud de las segundas víctimas.

Como observaciones, varios profesionales reflejaron la necesidad de “la creación de protocolos de apoyo y asesoramiento con respecto a las segundas víctimas”. Se advierte una clara “falta de información acerca del concepto de segundas víctimas y la falta de información y formación acerca de ello”.

7. DISCUSIÓN

A la vista de los resultados obtenidos y realizando una comparativa con el estudios de C. Rinaldi et al¹³ podemos ver reflejado la gran disparidad de secuelas que pueden provocar los EA a las segundas víctimas. En los estudios previos existe un gran abanico de sintomatología expresada por los encuestados, por contra, en el nuestro, hemos detectado que los profesionales expresan como efectos principales en el aspecto psicológico el estrés, las dudas y la frustración. En cuanto a los síntomas físicos es cierto que no hay un patrón común en los encuestados y las respuestas son diversas como en el estudio que comparamos, de ahí que debemos tener presente la personalización de los cuidados de las segundas víctimas.

En cuanto a la personalización de los cuidados, hemos de tener en cuenta la diferenciación que se observa en cuanto a la somatización de las secuelas por los diferentes sexos. En cuanto a las mujeres existe una evidente variedad de síntomas reflejados sin que prevalezcan claramente algunos, por otro lado, en los hombres existe una mayor uniformidad en los datos obtenidos. No podemos realizar una comparativa en este caso con el análisis que realizó C. Rinaldi ya que no desglosó por sexos sus resultados pero en nuestra muestra hay una clara diferenciación entre sexos.

Con respecto al papel que juegan los compañeros en la recuperación de las segundas víctimas el resultado es prácticamente unánime, al contrario, C. Rinaldi obtuvo como principal opción de los profesionales el no afrontar el problema. Casi en su totalidad, los profesionales que hemos encuestado, buscan apoyo en sus compañeros, principalmente al carecer de protocolos o soporte desde la institución, y ser la forma más eficaz y cercana de obtener ayuda. Poder solicitar consuelo en una persona que conoce de

primera mano en cuál es el problema y poderlo tratar de tú a tú es la herramienta por la que optan la mayoría de las segundas víctimas. Todo esto deja en evidencia que se le ha prestado poca atención a este problema desde el punto de vista institucional y de que se ha creado una necesidad de ello.

Podemos reafirmar los datos obtenidos por Sue Scott con respecto a la seguridad de los pacientes en los hospitales, coincidiendo en que la gran mayoría de los profesionales que han participado en nuestra muestra han padecido accidentes de sus pacientes, provocándoles problemas personales. También coincidimos con las estrategias de afrontamiento planteadas por E. Van Gerven et al¹⁷ en las que las víctimas secundarias realizan un afrontamiento centrado en las emociones. Los problemas que padecen las segundas víctimas son compartidos en la mayoría de los casos con sus compañeros, ya que son personas de su plena confianza y tienen conocimiento de primera mano de las circunstancias. Por el contrario, nuestros entrevistados, en su mayoría, exponen que no se han planteado el cambio de lugar de trabajo o el abandono de su profesión.

8. CONCLUSIÓN

Viendo la falta de información reflejada con la encuesta acerca de las segundas víctimas y la inexistencia de protocolos encaminados al asesoramiento tanto personal de los profesionales, queda claro que queda mucho camino para dar a conocer esta problemática. Los profesionales pueden encontrar herramientas online de soporte para las segundas víctimas, pero falta un canal comunicativo claro para hacerles llegar esta información y que pueda ser eficaz. Se ha consultado y se ha confirmado que en Canarias no existen recomendaciones, como en otras comunidades, para el seguimiento/acompañamiento de las segundas víctimas.

Por otro lado, existe una clara diferenciación entre hombres y mujeres sobre las repercusiones que tiene en la salud haber sido una segunda víctima, de tal forma, que éstas últimas tienden a somatizar más cuando han pasado un EA, hecho que nos puede hacer reflexionar sobre las posibles ausencias o bajas laborales desencadenadas por dichas repercusiones en la salud, presentando una mayor incidencia en las mujeres.

9. ANEXOS

Anexo I.

Entrevista para segundas víctimas realizada por Escoto et al.² en su investigación.

Datos demográficos de los participantes (se pueden determinar antes de la entrevista):

1. Sexo.
2. Título profesional (médico adjunto, médico residente, enfermero registrado, gerente de departamento, asistente médico, estudiante de medicina, terapeuta respiratorio, fisioterapeuta, técnico quirúrgico, trabajador social).
3. Años de experiencia.

Detalles del evento:

5. Piense en un evento clínico de su pasado que lo haya impactado tanto profesional como personalmente. Comparta, lo que recuerda de la manera más específica posible, desde el momento en que se descubrió que algo andaba mal. ¿Cómo respondiste a este evento? ¿Cómo te impactó?

Entrevistador: Si no lo recuerda el participante, y según corresponda, determine:

5. ¿Cuánto tiempo hace que ocurrió este evento?
6. Tipo de evento (error médico versus resultado médico inesperado).
7. Describa su rol específico en el evento.
8. El resultado del paciente (sin daño, daño temporal, daño permanente, muerte).
9. Ocurrencia de eventos en esta instalación versus otras instalaciones.

Impacto profesional y personal de esta experiencia:

10. Gracias por compartir los detalles del evento conmigo. Ahora me gustaría centrarme en las necesidades que experimentó inmediatamente después este evento tanto personal como profesionalmente.
11. ¿Qué necesidades se abordaron?
12. ¿Cómo se abordaron estas necesidades?
13. ¿Qué necesidades tenía que no fueron atendidas?
14. ¿Qué recomendaría para atender estas necesidades?

Experiencias de los participantes o reacciones normales al estrés:

15. Cuando está preocupado o estresado por algo que sucede en el trabajo, ¿cómo maneja normalmente ese tipo de estrés o situaciones?

16. ¿A quién recurre normalmente cuando necesita consejo, tranquilidad o apoyo sobre un problema relacionado con el trabajo?
17. En su formación profesional, ¿cómo aprendió a responder a los eventos adversos de los pacientes a nivel profesional y/o personal?
18. ¿Cuál cree que es el mejor lugar o enfoque para que los profesores y el personal aprendan cómo manejar los eventos adversos?

Estructuras de apoyo:

19. Según su experiencia, ¿qué haría diferente si estuviera apoyando a un compañero o colega que está pasando por la misma cosa por la que pasaste?
20. ¿Cómo describiría el ambiente en el Sistema de Salud de la Universidad de Missouri en términos de apoyo/ayuda versus no apoyo/no ayuda después de un evento que tiene un impacto emocional en un miembro del equipo?
21. ¿Cuál es su consejo para nosotros mientras planeamos el diseño de un "mundo perfecto" donde se brinde el mejor apoyo/orientación posible cuando un miembro del equipo se ve afectado emocionalmente después de un resultado inesperado o un evento adverso?
22. ¿Qué más te gustaría compartir sobre tu experiencia?
23. Revise esta lista de síntomas que han informado algunos miembros del personal. Si experimentó alguno de estos, dígame cómo ese síntoma lo afectó tanto personal como profesionalmente.
24. ¿Hay algún síntoma que no esté en esta lista que crea que debería incluirse en esta lista?
25. ¿Hay algún comentario adicional que le gustaría hacer con respecto a su experiencia?

Anexo II

Tabla 14: Herramientas online creadas a disposición de los profesionales que presencias un evento adverso.

Recurso/fuente	Atributos/contenidos	Acceso
Web oficial de segundas víctimas	Presentación del proyecto, equipo investigador, definiciones, publicaciones de interés, revisiones y comentarios, resultados del proyecto y acceso al programa de intervención online. Este portal ha recibido un total de 2.579 visitas en un periodo de un año.	http://www.segundasvictimas.es/
Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Inglesias F, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. BMC Health Serv Res. 2015;15:341	Experiencia personal de seguridad del paciente. Experiencia previa en comunicar EA a pacientes. Experiencia de segunda víctima: respuesta emocional, consecuencias laborales y dificultades de relación.	https://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0994-x
Mira JJ, Carrill I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. BMC Health Serv Res. 2015;15:151	Conjunto de intervenciones recomendadas a nivel institucional en materia de seguridad del paciente, plan de crisis, comunicación franca con los pacientes, apoyo a la segunda víctima, y comunicación externa y reputación de la organización. Grados de implantación y utilidad percibida por profesionales del Sistema Nacional de Salud.	https://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7
Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas.	Comportamiento ético con el paciente (información del EA). Quién informa. Ayuda a la segunda víctima (tipo y proveedor de apoyo, asesoramiento jurídico, participación en el análisis del incidente, etc.) Respuesta institucional y análisis del incidente.	Accesible a través del programa de formación online. Alojado en módulo demostrativo.
Agenda para la seguridad del paciente	Herramienta para al día acciones de seguridad del paciente. Dirigido a directivos de atención primaria y hospitales. Permite obtener informe de cumplimiento.	Descarga disponible en: https://itunes.apple.com/es/app/agenda-para-la-seguridad-del/id1008897674?l=en&mt=8
BACRA	Aplicación web basada en el análisis causa-raíz (ACR) y en el análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Está encaminada a identificar qué ha sucedido, cómo, cuándo, dónde, por qué y cómo se podría haber evitado.	http://bacra.segundasvictimas.es/

Recurso/fuente	Atributos/contenidos	Acceso
Programa online de sensibilización	Información escrita sobre conceptos básicos. Presentaciones con voz en off sobre temáticas concretas (comunicación franca al paciente, protocolo de Londres, ACR, comunicación de crisis, programas de apoyo a la segunda víctima, etc.) Vídeos de presentación de situaciones en 2 modalidades de actuación: mejorable y deseable. Documento guía y aplicaciones virtuales.	Accesible mediante registro gratuito en : http://www.segundasvictimas.es/acceso.php

Fuente: Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales¹⁸.

Anexo III

Encuesta de elaboración propia para obtener los resultados del estudio.

Trabajo fin de grado: Profesionales sanitarios como segundas víctimas de los eventos adversos.

Esta encuesta es anónima y sobre segundas víctimas en eventos adversos. Definiremos evento adverso como "cualquier incidente que resulta en un daño no intencional a un paciente, como un resultado clínico inesperado de la asistencia sanitaria, pero que puede o no estar relacionado con un error clínico".

Determinaremos segundas víctimas como "todo profesional, proveedor de servicios sanitarios, que participa en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente no esperada y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso". Muchas gracias por tomarse el tiempo en participar en esta encuesta, será de gran ayuda para comprender la experiencia que sufren los profesionales durante estos eventos.

1. ¿Cuál es su género?

- Hombre.
- Mujer

2. ¿Cuál es su categoría profesional?

- Técnico de cuidados auxiliares de enfermería.
- Enfermera/o.

3. ¿Qué edad tiene?

- Menos de 30.
- Entre 30 y 50.
- Más de 50.

4. ¿Cuántos años lleva desarrollando su profesión?

- Menos de 3 años.
- Entre 3 y 5 años.
- Entre 5 y 20 años.
- Más de 20 años.

5. ¿Algún paciente a su cargo ha sufrido algún evento adverso?

- Si.
- No.

6. ¿Qué secuelas psicológicas le ha provocado la presencia de eventos adversos en pacientes a su cargo?

- Ira.
- Ansiedad por volver al trabajo.
- Estrés.
- Dudas.
- Frustración.
- Recuerdos repetitivos.
- Miedo al daño en la reputación.
- Falta de concentración.
- Depresión.
- Remordimientos.

7. ¿Cree que pudo evitar al paciente sufrir ese evento adverso?

- Si.
- no.

8. ¿Qué síntomas físicos recuerda haber sufrido después de haber estado involucrado en la ocurrencia de un evento adverso?

- Fatiga física.
- Aumento de la tensión arterial.
- Dolor de cabeza.
- Trastorno del sueño.
- Taquicardia.
- Otros.

9. ¿Se ha planteado alguna de las siguientes opciones después de sufrir un paciente a su cargo un evento adverso?

- Cambiar de unidad.
- Dejar el trabajo.
- Buscar apoyo profesional para enfrentar las secuelas.
- Ninguna de las anteriores.

10. ¿Cree que falta apoyo al personal sanitario después de sufrir un evento adverso?

- Si.
- No.

11. ¿Por parte de quién ha sentido mayor apoyo después de sufrir un evento adverso?

- Mis compañeros.
- El supervisor.
- La institución.

12. ¿Ha recibido algún tipo de formación con respecto a segundas víctimas?

- Si.
- No.

13. ¿Ha sido formado sobre seguridad del paciente?

- Si.
- No.

14. ¿Cree que sería importante la investigación sobre la repercusión en la salud de las segundas víctimas?

- Si.
- No.

15. Observaciones.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. The conceptual framework for the international classification for patient safety, versión 1.1. Geneva WHO [Internet]. 2009; Available from: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
2. Schwappach DLB, Boluarte TA. El impacto emocional de 5 Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, et al. ¿Los oficiales de la casa aprenden de sus errores? JAMA 1991;265:2089–94.
3. Seys D, Scott S, Wu A, et al. Apoyo a los profesionales de la salud involucrados (segunda víctima) después de un evento de salud adverso: una revisión de la literatura. Int J Nurs Stud 2013;50:678–87.
4. Wu AW. Medical error: The second victim. BMJ. 2000;320: 726---7.
5. Aranaz-Andrés JM, Limón R, Mira JJ, Aibar C, Gea MT, Agra Y, et al. ¿Qué hace que los pacientes hospitalizados sean más vulnerables y aumenta su riesgo de sufrir un evento adverso? Int J Qual Health Care. 2011;23:705–11.
6. Aranaz J, Aibar C, Limon R, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, et al. Estudio de prevalencia de eventos adversos en atención primaria en España. Europ J Pub Salud. 2012;22:921–5.
7. Aranaz JM, Mira JJ, Guilabert M, Herrero JF, Vitaller J y Grupo de Trabajo Segundas Víctimas. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. Fondo de Trauma MAPFRE. 2013; 24:54–60.
8. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2007;33:467---76.
9. Saura-Llamas J, Martínez-Pastor A, Leal-Hernández M, Gómez-Portela J. Percepción de los residentes de medicina familiar sobre sus errores clínicos tras dos años de formación. Semergen. 2011;37:280---6.
10. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. BMC Health Serv Res. 2015;15:151.
11. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider second victim after adverse patient events. Qual Saf Health Care. 2009;18:325---30.
12. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010;36:233---40.
13. Rinaldi C, Leigh F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. Becoming a “second victim” in health care: Pathway of recovery after adverse event. Rev Calid Asist. 2016;31(S2):11-19

14. Krichbaum, K., Diemert, C., Jacox, L., Jones, A., Koenig, P., Mueller, C., & Disch, J. (2007). Complexity compression: Nurses under fire. *Nursing Forum*, 42(2), 86–94. doi:10.1111/j.1744-6198.2007.00071.x
15. American Nurses Association. (2001). *Analysis of American Nurses Association staffing survey*. Washington, DC: Author.
16. Milos P, Larraín AI. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. *Aquichan*. 2015;15(1):141-153. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.13
17. Van Gerven E, Deweer D, Scott SD, Panella M, Euwema M, Sermeus W, et al. Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2016;31(S2):34–46. Available from: www.elsevier.es/calasis
18. Carrillo I et al. Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. *Rev Calid Asist*. 2016;31(S2):3-10
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal estadístico: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) [consultado 24 Ene 2016]. Disponible en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/Comun/DefaultPublico.aspx>
20. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal estadístico: Sistema de Información de Atención Especializada (IAE) [consultado 24 Ene 2016]. Disponible en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/Comun/DefaultPublico.aspx>
21. Susan D. Scott, R.N., M.S.N.; Laura E. Hirschinger, R.N., M.S.N., A.H.N.-B.C.; Karen R. Cox, R.N., Ph.D.; Myra McCoig; Kristin Hahn-Cover, M.D.; Kerri M. Epperly, R.N., C.C.R.N.; Eileen C. Phillips, R.N.; Leslie W. Hall M. *Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team*. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2010;36(5):233–40.
22. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open* [Internet]. 2016 Sep 30 [cited 2016 Dec 1];6(9):e011708. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27694486>
23. Hanan H. Edrees, Lori A. Paine, E. Robert Feroli AWW. Health care workers as second victims of medical errors. *Pol Arch Med Wewn* [Internet]. 2011;121(4):102–7.
24. Denham CR. TRUST: The 5 Right of the Second Victim. *Patient Saf* [Internet]. 2007;3(2):107–19.
25. Parker D, Lawton R. Psychological contribution to the understanding of adverse events in health care. *Qual Saf Health Care*. 2003;12: 453Y457.
26. Wolf ZR, Zuzelo PR. “Never again” stories of nurses: dilemmas in nursing practice. *Qual Health Res*. 2006;16:1191Y1206.
27. Wolf ZR, Serembus JF, Smetzer J, et al. Responses and concerns of healthcare providers to medication errors. *Clin Nurse Spec*. 2000;14: 278Y287.
28. Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors: What we need to know for patient safety. *J Nurs Care Qual*. 2004;19: 209Y217.
29. Kübler-Ross E. *On Death and Dying*. New York, NY: Touchstone Press, 1969.

30. Hobgood C, Hevia A, Hinchey P. Profiles in patient safety: when an error occurs. *Acad Emerg Med.* 2004;11:766Y770.
31. Hobgood C, Weiner B, Tamayo-Sarver JH. Medical error identification, disclosure, and reporting: do emergency medicine provider groups differ? *Acad Emerg Med.* 2006;13:443Y451.
32. Rassin M, Kanti T, Silner D. Chronology of medication errors by nurses: accumulation of stresses and PTSD symptoms. *Issues Ment Health Nurs.* 2005;26:873Y886. C42.
33. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/tfe/28/memorias/2020/gestion/servicio/neurocirugia.html>