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

www.segundasvictimas.es

Esta Guía ha sido elaborada en el marco de un proyecto de investigación financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias, con Fondos FEDER (PI13/0473 y PI13/01220), por la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (referencia FISABIO/2014/B/006) y por la Consellería de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, Generalitat Valenciana (ayuda complementaria, referencia ACOMP/2015/002).

Este documento pretende ser una herramienta de ayuda a la hora de responder de forma adecuada tras la ocurrencia de un evento adverso. Las recomendaciones recogidas aquí no son de obligado cumplimiento, se trata de recomendaciones basadas en la revisión de la literatura y en la experiencia de un amplio número de profesionales.

2015
Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas
www.segundasvictimas.es
Acceso al programa de intervención: http://www.segundasvictimas.es/acceso.php
Síguenos en Twitter: @second_victims

AUTORES

José Joaquín Mira Solves
Departamento de Salud Alicante-Sant Joan. Universidad Miguel Hernández
Susana Lorenzo Martínez
Hospital Universitario Fundación Alcorcón
Irene Carrillo Murcia
Universidad Miguel Hernández
Lena Ferrús Estopà
Consorci Sanitari Integral. L'Hospitalet de Llobregat
Carmen Silvestre Busto
Atención Primaria Comarca Donostia
Pastora Pérez Pérez
Obsevatorio para la Seguridad del Paciente. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
Fuencisla Iglesias Alonso
Servicio de Salud de Castilla La Mancha
Guadalupe Olivera Cañadas
Servicio Madrileño de Salud
Elena Zavala Aizpúrua
Hospital Universitario Donostia
Maria Luisa Torijano Casalengua
Servicio de Salud de Castilla La Mancha
Mª Pilar Astier Peña
Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Caspe, Sector Alcañiz, Servicio Aragonés de Salud (SALUD). Universidad de Zaragoza
Carlos Aibar Remón
Universidad de Zaragoza. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
Susan D Scott
University of Missouri Health System
Jesús Mª Aranaz Andrés
Hospital Ramón y Cajal de Madrid.
José Ángel Maderuelo Fernández
Gerencia de Atención Primaria de Salamanca
Juan José Jurado Balbuena
Centro de Salud Alicante
Cristina Nebot Marzal
Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana
Julián Vitaller Burillo
Inspección Médica, Elche. Universidad Miguel Hernández
Roberto Nuño Solinís
Deusto Business School
Mercedes Guilabert Mora
Universidad Miguel Hernández
Isabel María Navarro Soler
Universidad Miguel Hernández
Emilio Ignacio García
Universidad de Cádiz
Mª Virtudes Pérez Jover
Universidad Miguel Hernández
Roser Anglès Coll
Hospital Vall d'Hebron
Angélica Bonilla Escobar
Universidad de Alcalá. Asociación Madrileña de Salud Pública
Ana Jesús Bustinduy Bascaran
Comarca Gipuzkoa de Atención Primaria
Clara Crespillo Andújar
Hospital Universitario Fundación de Alcorcón
Sara Guila Fidel Kinori
Hospital Universitario Vall d'Hebron
Álvaro García Vega
Hospital Universitario Fundación Alcorcón
Ana Jesús González Zumeta
Comarca Gipuzkoa de Atención Primaria
María Jesús Gutiérrez Jiménez
Psicóloga-Facilitadora
Araceli López Pérez
Consorci Sanitari Integral
Mª Magdalena Martínez Piédrola
Hospital Universitario Fundación Alcorcón
Antonio Ochando García
Hospital Universitario Fundación Alcorcón
Pedro Orbegozo Garate
Comarca Gipuzkoa de Atención Primaria
Elene Oyarzabal Arbide
Hospital Universitario Donostia
Jesús María Palacio Lapuente
Centro de Salud Muñoz Fernández-Ruiseñores
María Esther Renilla Sánchez
Hospital Universitario Fundación Alcorcón
Sira Sanz Márquez
Hospital Universitario Fundación Alcorcón
María Cruz Martín Delgado
Hospital Universitario de Torrejón

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

Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. 2015

2015
ISBN: 978-84-608-2768-9

ÍNDICE

Introducción 6

Definiciones 9

Guía de recomendaciones 10

Checklist de actuaciones recomendadas relacionadas con cultura de seguridad y política institucional 32

Checklist de actuaciones recomendadas en la atención del paciente que sufre un evento adverso 33

Checklist de actuaciones recomendadas para evitar que el evento adverso vuelva a producirse en el futuro 34

Checklist de actuaciones recomendadas para proporcionar apoyo a la segunda víctima 35

Checklist de actuaciones recomendadas para dar una respuesta adecuada y a tiempo tras la ocurrencia de un evento adverso 36

Checklist de actuaciones recomendadas en el proceso de información franca al paciente o su familia 37

Checklist de actuaciones recomendadas para el análisis detallado del incidente 38

Checklist de actuaciones recomendadas para cuidar la reputación de los profesionales y de la institución 39

Perfil del personal susceptible de formar parte del equipo de primera línea de ayuda a la segunda víctima 40

Algoritmo de apoyo a la segunda víctima (SV) 42

Algoritmo de decisión sobre quién debe llevar a cabo la comunicación franca al paciente 43

Algoritmo de información franca al paciente en caso de evento adverso con consecuencias graves 45

Listado de eventos centinela (NQF) 46

Referencias 49

Referencias de consulta 50

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la seguridad del paciente, la mayoría de los estudios que se han realizado hasta el momento giran en torno a la frecuencia, las causas, consecuencias y cómo evitar los eventos adversos (EA) que sufren los pacientes. A pesar de que se han desarrollado y extendido numerosos planes e iniciativas dirigidos a asegurar la seguridad de los pacientes, parece inevitable que, en determinadas situaciones, se sigan produciendo EA, en algunos casos como consecuencia de errores clínicos, con repercusión relevante para los pacientes.

Ahora bien, aunque es evidente que los EA con consecuencias graves tienen su peor cara en el sufrimiento de los pacientes y sus familiares y amigos (primera víctima), no son ellos los únicos que sufren y se ven afectados. También son víctimas, aunque en un segundo plano, los profesionales que se ven involucrados directa o indirectamente en el EA y que sufren emocionalmente a consecuencia de ello. El término segunda víctima fue introducido por Wu en 2000 para referirse al profesional que participa en un EA inevitable y que queda traumatizado por esa experiencia o que no es capaz de afrontar emocionalmente la situación. Unos años más tarde, Scott et al. (2009) amplió esta definición haciendo referencia a todo profesional sanitario que participa en un EA, un error médico o una lesión inesperada relacionada con el paciente y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso. Estos dos autores (Albert Wu de la Universidad Johns Hopkins y Susan Scott del Hospital de la Universidad de Missouri) son, en la actualidad, las dos referencias internacionales más citadas en el estudio de las segundas víctimas.

Según los estudios disponibles, las reacciones emocionales más comunes en las segundas víctimas son: ansiedad, obnubilación, confusión, dificultades para concentrarse en la tarea, despersonalización, frustración, sentimientos de culpa, tristeza, cambios de humor, insomnio, re-experimentación del suceso de manera repetida, dudas sobre la propia capacidad profesional, miedo a las consecuencias legales y a la pérdida de reputación.

En cuanto a la frecuencia del fenómeno, los resultados del estudio realizado en EEUU y Canadá con la muestra más amplia de médicos utilizada hasta el momento (Waterman et al., 2007), indican que sólo un 5% del total de profesionales sanitarios se libra de experimentar de cerca o de forma directa un EA a lo largo de su carrera profesional. En España, los estudios ENEAS (Aranaz et al., 2008) y APEAS (Aranaz et al., 2012) sugieren que cada año un 15% de los profesionales sanitarios se ven involucrados en un EA con consecuencias relativamente graves para los pacientes. En la primera fase del proyecto de investigación, en el que se enmarca la elaboración de esta guía, en la que se encuestó a 1087 profesionales sanitarios, el 62,5% de los profesionales de atención primaria y el 72,5% de los de hospital informaron de haber vivido, durante los últimos 5 años, una experiencia como segunda víctima, bien directamente, o bien a través de un colega.

Además del impacto que los EA tienen sobre los pacientes y los profesionales sanitarios implicados, éstos también pueden provocar la pérdida de prestigio y disminución de la confianza en las instituciones sanitarias (terceras víctimas). Esta visión de las instituciones sanitarias como tercera víctima fue introducida por Charles Denham en 2007. Las consecuencias en las terceras víctimas y cómo afrontarlas apenas han sido estudiadas aunque se ha sugerido la elaboración de un plan de crisis junto a otras medidas para prevenir la pérdida de prestigio de la institución.

En este contexto se enmarca la elaboración de esta guía, en la que se recogen un conjunto de actuaciones recomendadas para atender a las segundas y terceras víctimas y ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un EA. Las recomendaciones se establecieron a partir de la información recabada tras realizar una revisión de la literatura científica disponible sobre el tópico de interés y de las experiencias compartidas por los miembros del equipo de investigación.

DEFINICIONES

Evento adverso (EA)

Daño no intencional causado al paciente como resultado clínico no esperado de la asistencia sanitaria y que puede o no estar asociado a un error clínico (basada en la definición de la OMS, 2009).

Evento centinela

Suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos al paciente. Todo evento centinela es un EA pero por sus consecuencias reúne unas características que obligan a una completa revisión de qué ha sucedido para evitar que vuelva a producirse y a la provisión de apoyo y asesoramiento a los profesionales implicados (Norma ISO 179003).

Primera víctima

Paciente que sufre un EA. También se considera primera víctima a los familiares y amigos cercanos del paciente afectado (Mira et al., 2015).

Segunda víctima

Todo profesional sanitario que participa en un EA, un error médico o una lesión relacionada con el paciente no esperada y que se convierte en víctima en el sentido que queda traumatizado por el evento (Scott et al., 2009).

En esta guía de recomendaciones se ha considerado como segundas víctimas no sólo a los profesionales que más directamente se ven afectados por el impacto del EA que sufre un paciente [1], sino que también se extiende al conjunto del equipo asistencial en el que se integran este profesional ya que habitualmente los EA tienen una causa sistémica pudiendo involucrar a otros profesionales del equipo asistencial.

Por otra parte, a lo largo del documento se hace alusión a la situación más habitual en la que se produce el fenómeno de segunda víctima tras la ocurrencia de un evento adverso con consecuencias graves o muy graves a uno o varios pacientes, pero debe entenderse que la situación de segunda víctima es posible que se produzca a raíz de cualquier incidente relacionado con la seguridad del paciente (IRSP) que incluye EA pero también incidentes sin daño.

Tercera víctima

Organización sanitaria que puede sufrir una pérdida de reputación como consecuencia de un incidente para la seguridad del paciente (Denham, 2007).

En esta Guía de recomendaciones se aconseja utilizar en los documentos, protocolos y en la interacción entre profesionales y pacientes la terminología propuesta por la OMS en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente para referirse a los incidentes para la seguridad de los pacientes.

[1] *A lo largo de todo el documento al utilizar el término paciente se hace también referencia a aquellos casos en los que un mismo evento adverso afecta a un conjunto de pacientes. Lo mismo ocurre en el caso del término profesional involucrado en el incidente.*

Guía de recomendaciones

CULTURA DE SEGURIDAD
Y POLÍTICA INSTITUCIONAL

ATENCIÓN AL PACIENTE VÍCTIMA DEL EA

ACTITUD PROACTIVA PARA EVITAR
QUE PUEDA VOLVER A PRODUCIRSE

APOYO AL PROFESIONAL
Y AL EQUIPO ASISTENCIAL

ACTIVACIÓN DE LOS RECURSOS PARA
DAR UNA RESPUESTA ADECUADA Y A TIEMPO

INFORMAR A PACIENTE Y/O FAMILIARES

ANÁLISIS DETALLADO DEL INCIDENTE

CUIDAR REPUTACIÓN DE LOS
PROFESIONALES E INSTITUCIONES

Referencia cromatica para ordenar acciones según objetivos

PARA CUIDAR LA INSTITUCIÓN | PARA ATENDER AL PACIENTE | PARA QUE NO SE REPITA | PARA ATENDER AL PROFESIONAL

Guía de recomendaciones

CULTURA DE SEGURIDAD Y POLÍTICA INSTITUCIONAL

Objetivo: desarrollar una cultura positiva de seguridad y una política institucional que aborde la atención al paciente, las segundas y terceras víctimas tras la ocurrencia de un EA.

1. Establecer un entorno sanitario seguro y centrado en el paciente que garantice el respeto de los derechos del paciente, incluyendo una comunicación franca y una disculpa tras sufrir un EA.
2. Incluir en la política de seguridad del centro una referencia a los planes de actuación con segundas y terceras víctimas previstos.
3. Establecer un argumentario de forma consensuada de cómo formular una disculpa al paciente sin que signifique un reconocimiento de culpa.
4. Establecer recomendaciones que ofrezcan información y límites apropiados para, al mismo tiempo, asegurar transparencia y preservar la seguridad jurídica de los profesionales (con indicaciones sobre qué y cómo notificar y con indicaciones para el momento inmediatamente posterior al EA para el profesional más directamente involucrado y para el equipo de análisis de la situación).
5. Incluir en los planes de formación del personal talleres sobre información al paciente víctima de un EA y sobre la actuación que en la institución debe llevarse a cabo en caso de EA.
6. Desarrollar un plan de actuación ante EA que incluya aprender de la experiencia implementando acciones correctivas a las deficiencias identificadas en los procesos asistenciales y barreras apropiadas para evitar que se repitan EA por causa similar.
7. Establecer y difundir entre los profesionales los procedimientos de actuación en caso de EA con consecuencias graves (o evento centinela). Debe incluir un procedimiento de sustitución del personal que pueda haberse visto afectado por el EA, y por tanto, incapacitado para prestar la asistencia adecuada al paciente tras el evento.
8. Evaluar periódicamente la efectividad de los procedimientos aprobados en caso de EA.
9. Constituir y disponer de un equipo de profesionales que puedan manejar la situación de crisis de forma inmediata y efectiva, que se activaría cuando la situación lo requiriese y los colegas de la segunda víctima se vieran a su vez sobrepasados. Este personal requiere entrenamiento para que puedan prestar apoyo a posibles colegas implicados en un EA. Ver perfil personal y perfil formativo recomendado de los profesionales referentes para dar apoyo a la segunda víctima.
10. Desarrollar un plan de comunicación de crisis para preservar la imagen de la institución y sus profesionales ante la opinión pública.
11. Difundir, de forma proactiva, entre los profesionales los planes de actuación previstos y la forma en que pueden beneficiarse de ellos.
12. Definir un procedimiento para la evaluación de la efectividad de las medidas y los procedimientos implantados para atender a las segundas y terceras víctimas.

Guía de recomendaciones

ATENCIÓN AL PACIENTE VÍCTIMA DEL EA

Objetivo: mitigar las consecuencias del EA y atender las necesidades clínicas, informativas y emocionales del paciente y de sus familiares.

1. Prestar al paciente la atención que requiera de forma inmediata conforme al protocolo de cada centro.
2. Contactar con el profesional responsable del paciente para informar de forma inmediata y requerir su intervención. En caso de no estar localizado informar al médico responsable del paciente en ese momento.
3. Ofrecer apoyo psicológico al paciente y/o sus familiares.
4. Contactar con el supervisor de enfermería del servicio o de la unidad asistencial (coordinador de enfermería) para informar de lo sucedido y requerir su intervención.
5. Valorar si existe un riesgo inmediato para éste u otros pacientes (incluidos de otros centros) y así poder actuar de forma rápida y adecuada para prevenir un nuevo EA.
6. Asegurar un canal de contacto directo, estable y personalizado con el paciente en los 3 meses siguientes al incidente si es pertinente el seguimiento del caso. Designar a un profesional referente de contacto.
7. Informar al médico de Atención Primaria.

Guía de recomendaciones

ACTITUD PROACTIVA PARA EVITAR QUE PUEDA VOLVER A PRODUCIRSE

Objetivo: aprender de la propia experiencia para ofrecer un entorno cada vez más seguro.

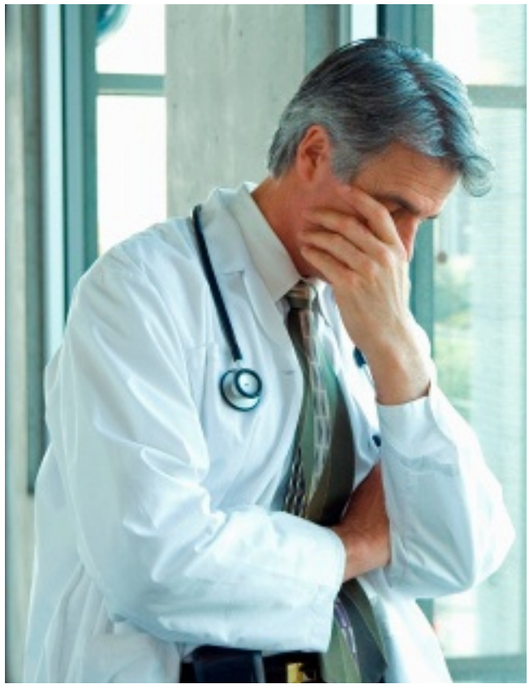
1. Recoger y custodiar las evidencias que puedan ayudar a determinar qué, cómo y por qué ha ocurrido el EA, por ejemplo material inadecuado, estropeado, peligroso, etc. Tomar fotografías si se dispone de móvil. No efectuar anotaciones, enmiendas o tachaduras en ningún documento incluida la historia clínica.
2. Registrar lo antes posible la información sobre lo ocurrido para favorecer que los recuerdos del personal implicado no se alteren por otras situaciones vividas.
3. Anotar las personas presentes durante lo sucedido para que posteriormente puedan aportar información y propuestas durante el Análisis Causa Raíz (ACR) de cara a gestionar barreras que impidan que el EA vuelva a ocurrir y medidas de mejora que pudieran derivarse de este análisis.
4. Realizar un esquema cronológico de lo sucedido durante la asistencia al paciente.
5. Escribir un resumen con la información más relevante para poder analizar posteriormente el EA.

Guía de recomendaciones

APOYO AL PROFESIONAL Y AL EQUIPO ASISTENCIAL

Objetivo: mitigar las consecuencias emocionales del EA en el profesional.

1. Mantener una actitud positiva, no culpabilizadora, desde un enfoque de fallo sistémico ante los EA.
2. Determinar el número de segundas víctimas relacionadas con el EA (profesionales y residentes más directamente implicados con el paciente, del equipo, etc.).
3. En un primer momento, ofrecer la posibilidad de que algún colega (personas del entorno inmediato con perfil profesional similar) con capacidad para apoyar, escuchar y brindar apoyo emocional a la segunda víctima para afrontar la situación, hable con el profesional directamente implicado en un lugar tranquilo. No culpabilizar. La atención debe centrarse en proporcionar apoyo al profesional y no en investigar los detalles de la asistencia prestada. Brindar la posibilidad de que no siga atendiendo a ningún otro paciente ese mismo día. Ver algoritmo de atención temprana a la segunda víctima y perfil personal y perfil formativo recomendado de los profesionales referentes para dar apoyo.
4. Es recomendable que en cada unidad o servicio esté identificada una persona o equipo de profesionales entrenados para escuchar y ofrecer apoyo a la segunda víctima. Los profesionales afectados se recomienda sepan inmediatamente a quién pueden acudir en un primer momento, incluso en aquellos casos en los que un profesional sufre emocionalmente a raíz de su implicación en un incidente que no causó daño al paciente.



5. Es importante que el profesional no se sienta rechazado en ningún momento por el resto de compañeros del equipo y del conjunto del centro. Evitar el síndrome de la “letra escarlata”.

6. Animar a incrementar (o al menos mantener) la actividad física a la que estuviera acostumbrado (gimnasio, andar, running, baile, etc.) y las actividades de ocio cotidianas así como las que realiza en familia o con amigos. Ayudarle a planificar el día siguiente o la próxima semana incorporando actividades positivas en su rutina. Asimismo, puede ser importante ayudar a activar su red social más cercana (familia, amigos más íntimos) para asegurar que también recibe apoyo fuera de la institución y que no se siente rechazado.

7. Es recomendable evitar: realizar preguntas inquisitivas sobre el evento con la intención de averiguar si el profesional cometió algún error, minimizar, aconsejar sobre cómo sentirse o subestimar las emociones del profesional; decirle lo que debe hacer ahora; decirle cómo se siente Vd.

8. Es aconsejable escucharle, formular sólo preguntas abiertas que permitan hablar libremente, permitirle expresar sus sentimientos y ayudarle a reflexionar sobre qué debe hacer a continuación y dónde puede encontrar apoyo.

9. Informar al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en caso de que se vea afectada la salud física o psíquica del profesional y, en caso de ser necesaria la baja laboral, ayudar al profesional en la tramitación desde dicho Servicio.

10. Reorganizarse para atender las obligaciones asistenciales de la segunda víctima, si así lo desea y es necesario, para aliviar su presión en las horas (e incluso en los días) siguientes.

11. Estar preparados para identificar síntomas que indiquen la necesidad de un apoyo más intenso en la segunda víctima: ansiedad/inquietud tanto en el trabajo como en casa, alteración del ánimo incluyendo síntomas depresivos, dudas de si puede seguir en la profesión o sobre sus decisiones clínicas, sentimiento de culpa.

12. Valorar las necesidades de atención personalizada de la segunda víctima.Ver algoritmo de actuación.

13. Valorar la necesidad de asistencia jurídica que pueda precisar el profesional y ofrecerle orientación sobre cómo actuar y dónde encontrar ayuda.

14. Informar sobre la cobertura del seguro de responsabilidad civil de la institución.

15. Informar sobre las posibilidades de apoyo específico dentro y fuera de la institución, y facilitarlas en caso necesario. Coordinar la actuación de apoyo emocional y de apoyo jurídico.

16. Realizar seguimiento en los días siguientes para asegurar que es capaz de afrontar el impacto de las consecuencias del EA. Determinar la presencia de signos de estrés postraumático para actuar en consecuencia.

17. Mantener informado al profesional sobre el proceso de información al paciente, y del análisis de situación que se haya iniciado. Valorar si puede ser conveniente que el profesional participe en la entrevista de información al paciente (se recomienda que se proceda de este modo sólo cuando se esté completamente seguro de la idoneidad de que el profesional implicado sea quien informe al paciente y siempre acompañado por algún otro profesional).

18. Invitarle a participar en el ACR del incidente, si se encuentra en condiciones emocionales para ello.

19. Organizar su regreso a la actividad clínica tras el EA estableciendo una actuación paulatina en el incremento de responsabilidad sin que suponga que el profesional entienda que se desconfía de su capacidad sino como procedimiento para contribuir a su estabilidad emocional y bienestar.

20. Programar un seguimiento periódico en los siguientes 3 meses para asegurarse que la segunda víctima afronta el desgaste profesional y emocional asociado al incidente. Estar atento a conductas de evitación, dudas sobre aspectos clínicos, cambios de humor o ira, flashback de la situación, u otros síntomas de estrés postraumático.

Guía de recomendaciones

ACTIVACIÓN DE LOS RECURSOS PARA DAR UNA RESPUESTA ADECUADA Y A TIEMPO

Objetivo: asegurar una respuesta adecuada y proporcional ante la ocurrencia de un EA.

1. Avisar a los responsables de las unidades clínicas, servicios o centro de lo sucedido. Comunicar lo sucedido a la asesoría jurídica, al equipo directivo y al gabinete de comunicación.
2. Informar, tan pronto como sea posible, a todos los miembros del equipo sanitario implicado en el cuidado del paciente para que sean conscientes del evento acaecido.
3. Asegurarse que quien está en trato directo con el paciente conozca qué ha sucedido para que toda comunicación con el paciente sea coherente.
4. Activar al equipo de comunicación de crisis según las circunstancias.
5. Delimitar el papel que debe jugar en la relación y comunicación con el paciente el responsable del Servicio Médico y el Supervisor de Enfermería. La Dirección Médica y la de Enfermería juegan un papel significativo en la comunicación al paciente.
6. Elaborar un dosier de información sobre este tipo de incidentes y lo que ha sucedido conforme se disponga de información contrastada.
7. Designar un portavoz (si no está previamente realizada esta tarea).
8. Ofrecer información en las primeras 24 horas tras el incidente y mantener la iniciativa informativa ofreciendo detalles concretos sobre este tipo de incidentes y sobre el EA acaecido.
9. Reforzar la comunicación interna en el caso de que ocurra un EA con consecuencias graves para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.

Guía de recomendaciones

INFORMAR A PACIENTE Y/O FAMILIARES

Objetivo: proporcionar una información correcta y a tiempo a los pacientes (o sus familiares) que hayan sufrido un EA.

1. Asegurarse que se dispone de un espacio adecuado que permita hablar con el paciente y/o sus familiares sin interrupciones.
2. Con la información disponible ordenada, un responsable clínico, especialista en el proceso que padece el paciente (no siempre es una buena idea que el profesional directamente implicado en el incidente informe al paciente)[2], en compañía de otro profesional que sea conocido por el paciente (o sus familiares) debe ofrecer una información franca al paciente y expresar su empatía con el sufrimiento del paciente, incluyendo una disculpa. Si son varios los afectados, la información debe ofrecerse individualmente. En algunos casos puede proceder que el profesional involucrado, si así lo desea y está en condiciones para ello, participe en la entrevista de información al paciente (nunca solo/a). Ver algoritmo de decisión sobre quién debe informar al paciente en función de la gravedad del evento y del impacto sobre el profesional implicado.
3. Considerar constituir un equipo de información en función de las características y la magnitud del EA.

[2] *En algunos estudios publicados realizados en EEUU o Canadá y en documentos de recomendación de instituciones Norteamericanas se aconseja que la información al paciente la realice el profesional directamente implicado en el incidente, ofreciendo detalles de lo sucedido, sus causas y consecuencias, expresando al paciente su empatía, frustración y dolor por lo sucedido y ofreciéndole una disculpa. No obstante, en los lugares donde se han realizado estos estudios se han aprobado Leyes de Disculpa (Mira & Lorenzo, 2015) que ofrecen un marco de garantía jurídica al profesional distinto al de nuestro país y otros países con un marco legal distinto.*

4. La comunicación no debe intimidar al paciente. Debe controlarse la cantidad de información, la frecuencia y el número de profesionales que informan.
5. Es importante la inmediatez de la información, aunque en un primer momento ésta sea parcial, indicándoselo así al paciente.
6. Valorar si existen factores intrínsecos del paciente (personalidad, situación emocional, etc.) que desaconsejan informarle directamente. Esto puede ocurrir en algunos casos puntuales. Evaluar qué conoce el/los paciente/familiares y qué desean conocer.
7. Determinar, mediante consenso del equipo de profesionales, qué información se va a transmitir, en qué orden, y en qué términos se le pedirán disculpas en forma empática. Ceñirse a hechos concretos y datos objetivos.
8. No establecer causalidad o responsabilidad, ceñirse a los hechos del incidente y a los datos clínicos objetivos. Evitar toda especulación. No utilizar jerga o palabras que no resulten comprensibles para el paciente. Como norma general no debe recurrirse a términos confusos y con connotaciones jurídicas que escapan a la intención de ofrecer una información franca al paciente. En este sentido, se recomienda no usar términos como error, equivocación y en cambio expresar que el resultado no ha sido como se esperaba o que algo no ha salido como estaba previsto. La actuación debe realizarse en función del EA que en la mayoría de los casos guarda relación con fallos sistémicos no atribuibles directamente a un profesional concreto.
9. Tratar de reducir la incertidumbre sin entrar en análisis profundos. Cuidar el lenguaje no verbal con el fin de que el paciente y su familia perciban que la preocupación y el respeto expresados por los profesionales son auténticos. Es recomendable que los profesionales conversen sobre el EA antes de informar al paciente para rebajar la tensión emocional y facilitar un clima de confianza entre los miembros del equipo asistencial.

10. Atender a las posibles necesidades especiales de comunicación del paciente, atendiendo a su edad, situación familiar, idioma o lengua en el que se expresa mejor, etc.
11. Sólo con la autorización del paciente, se puede grabar la sesión de información. En estos casos la copia de la grabación debe estar disponible para el paciente si la solicita.
12. Asegurarse si el paciente desea estar o va a estar acompañado por algún familiar. Especialmente en el caso de menores de 18 años.
13. Recabar del paciente, cuando proceda, autorización escrita para compartir datos con otros especialistas de otros centros o servicios de salud para conocer en profundidad su situación. En su caso, para, sin citar nombre del paciente ni ningún dato personal, compartir cierta información con terceros.
14. Disponer y ofrecer información sobre posibles compensaciones patrimoniales (cuando proceda) y el cauce para solicitarlas para poder informar correctamente al paciente.
15. Informar no sólo del incidente sino también de los pasos que se van a seguir para determinar por qué ha sucedido y cómo evitar que se repita. Ver algoritmo de información franca al paciente.
16. Asegurarse que el paciente o sus familiares entienden la información y no se han quedado con dudas.
17. Dejar abierto un canal para la comunicación permanente con el paciente o sus familiares indicando la persona de referencia. Actualizar la información sobre el incidente conforme se cuente con mayor información.
18. Realizar una anotación en la historia clínica especificando la información que se le ha dado al paciente/familia y el detalle de las preguntas y nivel de comprensión de dicha información.
19. Pautar seguimiento para ayudar al paciente en el curso de su proceso de salud y en los trámites administrativos si los hubiera.
20. Cuando sea necesario, ofrecer al paciente la posibilidad de cambiar los profesionales que le atienden.

ANÁLISIS DETALLADO DEL INCIDENTE

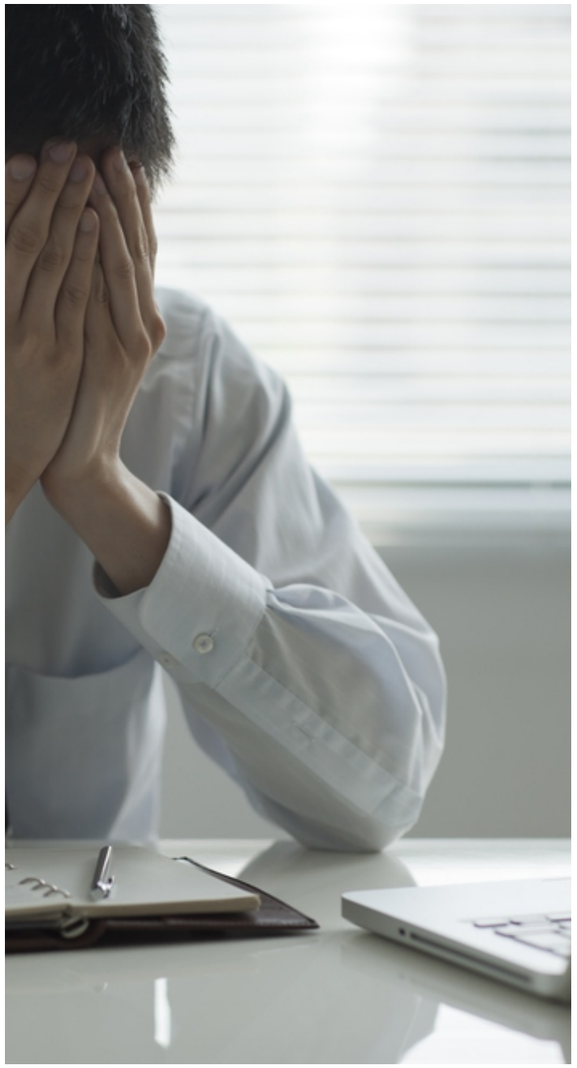
Objetivo: aprender de la propia experiencia para ofrecer un entorno cada vez más seguro.

1. Asegurar la notificación en el soporte y por los medios adecuados abordando todas las cuestiones de la manera más abierta y honesta posible.
2. Activar el equipo para conducir un ACR (cuando proceda).
3. Reunión del Comité de Seguridad para analizar los resultados del análisis del caso o ACR (si procede) y proponer barreras para incrementar la seguridad de los pacientes.
4. Establecer necesidades de información y calendario para que el informe de resultados no se demore.
5. Determinar si procede la participación de representantes de asociaciones de pacientes acreditadas o con implantación nacional o autonómica en el análisis del caso o ACR (si procede).
6. Cuando sea necesario, informar de los resultados del ACR al paciente víctima del EA (o sus familiares) en un plazo de 15 días, salvo excepciones justificadas. Esto puede resultar útil en algunos casos.
7. Implantar medidas para incrementar la seguridad de los pacientes y asegurar su efectividad.
8. Celebrar, con la confidencialidad necesaria, sesiones clínicas sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro.
9. A la vista de la experiencia revisar el procedimiento que asegura que la información personal que se brinda de pacientes y profesionales cuando ocurre un EA con impacto mediático guarda confidencialidad y respeto de todo detalle personal. Considerar que, una vez consensuadas las medidas para mejorar procedimientos y evitar EA por similar causa en el futuro, toda la información recogida pierde su sentido y no resulta necesaria, considerando además que todas las anotaciones pertinentes se encuentran en la historia clínica.

Guía de recomendaciones

CUIDAR REPUTACIÓN DE LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES

Objetivo: mantener la reputación del centro y sus profesionales aún en el caso de la ocurrencia de un EA con consecuencias graves o muy graves.



1. Revisar a la vista de la experiencia vivida el plan de comunicación para, en los meses siguientes al incidente, ofrecer una información positiva de la labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre los pacientes.
2. Actualizar periódicamente la información sobre nuevas actuaciones en materia de seguridad clínica que se están llevando a cabo en el centro.
3. Difundir noticias sobre éxitos terapéuticos y actividades de formación realizadas para contribuir a afianzar la confianza en los profesionales y en la institución de los ciudadanos y de los pacientes.

Checklist de actuaciones

Checklist de actuaciones recomendadas relacionadas con cultura de seguridad y política institucional

Fecha: _____

Centro/Hospital: _____ **Unidad/Servicio:** _____

CULTURA DE SEGURIDAD Y POLÍTICA INSTITUCIONAL

PREMISA PREVIA: Establecer un entorno seguro y centrado en el paciente

Acción	Fecha	Observaciones
☐ Establecer un argumentario consensuado de cómo formular una disculpa al paciente		
☐ Establecer recomendaciones para asegurar transparencia y preservar la seguridad jurídica de los profesionales		
☐ Incluir en los planes de formación del personal talleres sobre información al paciente víctima de un EA y sobre la actuación que en la institución debe llevarse a cabo en caso de EA		
☐ Desarrollar un plan de actuación tras EA		
☐ Establecer y difundir entre los profesionales los procedimientos de actuación en caso de EA con consecuencias graves y muy graves		
☐ Asignar responsables claves para asegurar que las actividades se completan y realizan adecuadamente.		
☐ Evaluar periódicamente la efectividad de los procedimientos aprobados en caso de EA		
☐ Entrenar en los Servicios y Unidades asistenciales a profesionales que puedan servir de apoyo en un primer momento a otro colega que sufre como segunda víctima		
☐ Entrenar a profesionales para que puedan prestar apoyo a posibles colegas implicados en un EA y que integren un equipo para el manejo de situaciones de crisis		
☐ Entrenar a profesionales que hayan sido segundas víctimas para que sean apoyo de otros colegas en esta situación		
☐ Desarrollar un plan de comunicación de crisis		
☐ Difundir entre los profesionales los planes de actuación previstos y la forma en que pueden beneficiarse de ellos		
☐ Definir un procedimiento para la evaluación de la efectividad de las medidas y procedimientos implantados para atender a las segundas y terceras víctimas		

Checklist de actuaciones recomendadas en la atención al paciente que sufre un EA

Fecha: _____

Centro/Hospital: _____ **Unidad/Servicio:** _____

ATENCIÓN AL PACIENTE

Acción	Fin		Observaciones
	Fecha	Hora	
☐ Informar de lo sucedido al profesional responsable del paciente y requerir su intervención			
☐ Informar de lo sucedido al supervisor de enfermería de la planta o unidad de hospitalización y requerir su intervención			
☐ Prestar al paciente la atención que requiera de forma inmediata			
☐ Valorar si existe un riesgo inmediato para éste u otros pacientes			
☐ Cuando sea necesario, ofrecer al paciente la opción de cambiar su equipo de salud			
☐ Actuar de forma rápida y adecuada para prevenir riesgos de un nuevo EA			
☐ Asegurar un canal de contacto directo y personalizado con el paciente (seguimiento de 3 meses)			
☐ Designar a un profesional referente de contacto con el paciente			
☐ Informar al médico de atención primaria del paciente			
☐ Ofrecer apoyo psicológico al paciente o sus familiares			

Checklist de actuaciones recomendadas para evitar que el EA vuelva a producirse en el futuro

Fecha: _____

Centro/Hospital: _____ **Unidad/Servicio:** _____

ACTITUD PROACTIVA PARA EVITAR QUE PUEDA VOLVER A PRODUCIRSE ESTE MISMO EA				
	Acción	**Fin**		**Observaciones**
		Fecha	**Hora**	
☐	Recoger y custodiar las evidencias que puedan ayudar a determinar lo ocurrido			
☐	Registrar lo antes posible la información sobre lo ocurrido (testimonios de profesionales implicados)			
☐	Anotar las personas presentes durante lo sucedido (incluidos los residentes)			
☐	Realizar un esquema cronológico de lo sucedido			
☐	Escribir un breve resumen con la información más relevante para el posterior análisis del EA			
☐	Trasladar el resumen inicial con la información más relevante para iniciar el proceso de revisión de lo sucedido y aprender de la experiencia			

Checklist de actuaciones recomendadas para proporcionar apoyo a la segunda víctima

Fecha: _____

Centro/Hospital: _____ **Unidad/Servicio:** _____

APOYO AL PROFESIONAL Y AL EQUIPO ASISTENCIAL DEL QUE FORMA PARTE			
	Acción	**Fecha**	**Observaciones**
☐	Imprimir una actitud positiva desde un enfoque de fallo sistémico ante los EA		
☐	Determinar el número de segundas víctimas relacionadas con el EA		
☐	Hablar y escuchar a la segunda víctima – *Profesional del entorno inmediato con perfil similar y capacidad para apoyar a la segunda víctima*		
☐	Reorganizarse para atender las obligaciones asistenciales de la segunda víctima (sólo si el profesional lo desea)		
☐	Animar a incrementar/mantener la actividades de ocio cotidianas así como las que realiza en familia o con amigos		
☐	Ayudar al profesional a la tramitación de la baja laboral (si procede) en coordinación con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del centro		
☐	Identificar síntomas que sugieren la necesidad de un apoyo adicional más intenso en la segunda víctima		
☐	Valorar las necesidades de atención personalizada de la segunda víctima		
☐	Valorar la necesidad de asistencia jurídica que pueda precisar el profesional		
☐	Informar sobre la cobertura del seguro de responsabilidad civil de la institución		
☐	Informar al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en caso de que se vea afectada la salud física o psíquica del profesional		
☐	Informar sobre las posibilidades de apoyo específico dentro y fuera de la institución		
☐	Coordinar la actuación de apoyo emocional y jurídico		
☐	Realizar un seguimiento del profesional en los días posteriores al incidente para asegurar su recuperación efectiva		
☐	Mantener informado al profesional sobre los procesos de información al paciente y de análisis de lo ocurrido		
☐	Invitarle a participar en el análisis causa raíz del incidente en caso de estar capacitado y considerarse adecuado		
☐	Organizar su regreso a la actividad clínica tras EA (incremento paulatino de responsabilidad)		
☐	Programar seguimiento del profesional en los siguientes 3 meses		

Checklist de actuaciones recomendadas para dar una respuesta adecuada y a tiempo tras la ocurrencia de un EA

Fecha: _____

Centro/Hospital: _____ **Unidad/Servicio:** _____

ACTIVACIÓN DE LOS RECURSOS PARA DAR UNA RESPUESTA ADECUADA Y A TIEMPO

Acción	Fin		Observaciones
	Fecha	Hora	
☐ Avisar a los responsables de las unidades clínicas, servicios o centro de lo sucedido			
☐ Informar a todos los miembros del equipo sanitario implicado en el cuidado del paciente			
☐ Activar equipo de comunicación de crisis según las circunstancias			
☐ Delimitar el papel que debe jugar en la relación y comunicación con el paciente: la Jefatura del Servicio, la Supervisión de Enfermería, la Dirección Médica y la de Enfermería			
☐ Elaborar dossier de información sobre este tipo de incidentes y lo que ha sucedido			
☐ Designar a un portavoz consistente en el tiempo			
☐ Mantener la iniciativa informativa (ofrecer información en las primeras 24 horas)			
☐ Reforzar la comunicación interna			

Checklist de actuaciones recomendadas en el proceso de información franca al paciente o a su familia

Fecha: _____

Centro/Hospital: _____ **Unidad/Servicio:** _____

INFORMAR AL PACIENTE Y/O SUS FAMILIARES

Acción	Fin		Observaciones
	Fecha	Hora	
☐ Ofrecer información franca al paciente, incluyendo una disculpa – *Responsable clínico especialista y otro profesional conocido por el paciente*			
☐ Ofrecer la posibilidad al profesional involucrado de participar en la entrevista de información al paciente acompañado por otro profesional (en caso de así lo desee y esté en condiciones de hacerlo)			
☐ Constituir un equipo de información en función de las características y la magnitud del EA			
☐ Valorar si existen factores intrínsecos del paciente que desaconsejan informarle directamente			
☐ Determinar, mediante consenso del equipo de profesionales, qué información se va a transmitir (hechos concretos y datos objetivos)			
☐ Atender a las posibles necesidades especiales de comunicación del paciente			
☐ Asegurar un espacio adecuado y sin interrupciones para hablar con el paciente y/o sus familiares			
☐ Grabar la sesión de información (sólo con autorización del paciente)			
☐ Asegurar si el paciente desea estar o va a estar acompañado por algún familiar			
☐ Recabar autorización escrita del paciente para compartir datos con otros especialistas de otros centros o servicios de salud			
☐ Disponer de la información sobre posibles compensaciones patrimoniales			
☐ Informar de los pasos que se van a seguir para determinar por qué ha sucedido y cómo evitar que se repita			
☐ Asegurar que el paciente o sus familiares entienden la información			
☐ Anotar en la historia clínica la información que se le ha dado al paciente			
☐ Pautar seguimiento al paciente			

Checklist de actuaciones recomendadas para el análisis detallado del incidente

Fecha: _____

Centro/Hospital: _____ **Unidad/Servicio:** _____

ANÁLISIS DETALLADO DEL INCIDENTE

Acción	Fin		Observaciones
	Fecha	Hora	
☐ Notificar el incidente en el soporte y por los medios adecuados			
☐ Activar el equipo para conducir análisis causa raíz (ACR)			
☐ Reunión del Comité de Seguridad para analizar resultados del ACR y proponer barreras			
☐ Establecer necesidades de información y calendario			
☐ Determinar si procede la participación de representantes de asociaciones de pacientes acreditadas o con implantación nacional o autonómica en el análisis del caso o ACR (si procede)			
☐ Informe de resultados al paciente víctima del EA en un plazo de 15 días			
☐ Implantar medidas para incrementar la seguridad de los pacientes			
☐ Celebrar sesiones clínicas sobre la ocurrencia de errores clínicos			

Checklist de actuaciones recomendadas para cuidar la reputación de los profesionales y de la institución

Fecha: _____

Centro/Hospital: _____ **Unidad/Servicio:** _____

CUIDAR LA REPUTACIÓN DE PROFESIONALES Y DE LA INSTITUCIÓN

Acción	Fin		Observaciones
	Fecha	Hora	
☐ Revisar el plan de comunicación a la vista de la experiencia vivida			
☐ Actualizar periódicamente la información sobre nuevas actuaciones en materia de seguridad clínica que se están llevando a cabo en el centro			
☐ Difundir periódicamente según el plan de comunicación establecido noticias sobre éxitos terapéuticos y actividades de formación realizadas			

Perfil del profesional de apoyo

Perfil del personal susceptible de formar parte del equipo de primera línea de ayuda a la segunda víctima

A continuación, se enumeran una serie de características, conocimientos y habilidades que es deseable que reúnan y desarrollen los profesionales que vayan a formar parte del equipo de primera línea de apoyo a las segundas víctimas. Es recomendable que en cada planta, unidad o servicio o equipo exista una persona voluntaria y capaz de ofrecer apoyo a la segunda víctima:

Características personales

- Empatía.
- Reflexiva, no impulsiva.

Conocimientos básicos

- sobre la experiencia como segunda víctima (etapas de recuperación, necesidades, etc.).

Experiencia en el centro

Conocimientos

- del plan y actuaciones en seguridad del paciente.
- del circuito de derivación para aquellos casos en los que se identifica la necesidad un tipo de ayuda más especializada.

Habilidades

- para adoptar una actitud de apoyo fundamentada en la escucha activa y evitar en todo momento una actitud resolutiva.
- para adoptar una actitud respetuosa, evitando en todo momento la elaboración y expresión de juicios de valor.
- de comunicación verbal y no verbal.
- para discriminar síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés postraumático.
- para identificar necesidades específicas a nivel personal, familiar o laboral.
- para compartir de forma respetuosa experiencias propias similares en caso de que puedan resultar reconfortantes para la segunda víctima.

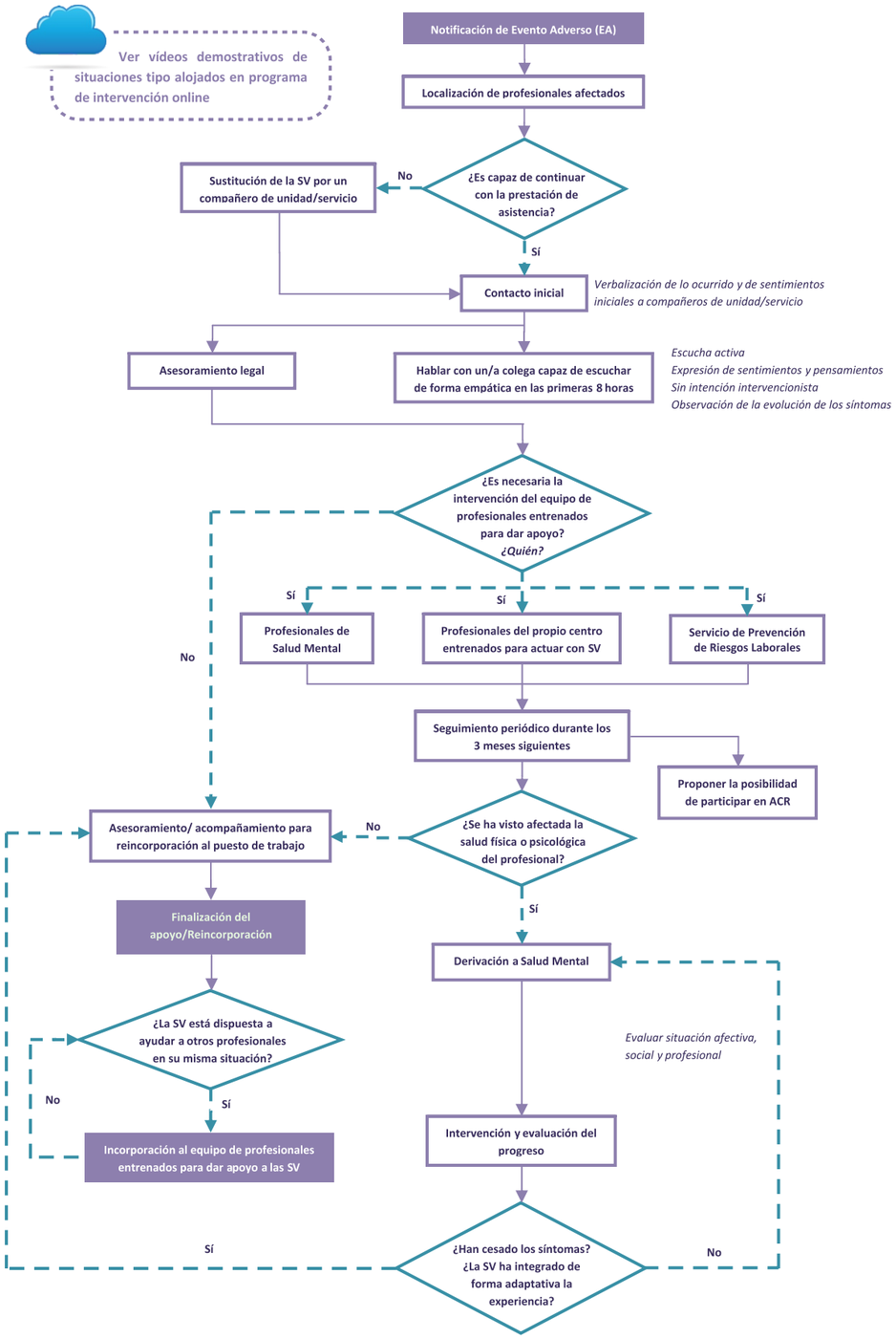
Manejo adecuado

- palabras y acciones claves (qué decir/hacer y qué no decir/hacer).
- del contacto físico en respuesta a las necesidades emocionales del profesional afectado.
- de silencios de modo que resulten reconfortantes para la persona afectada.

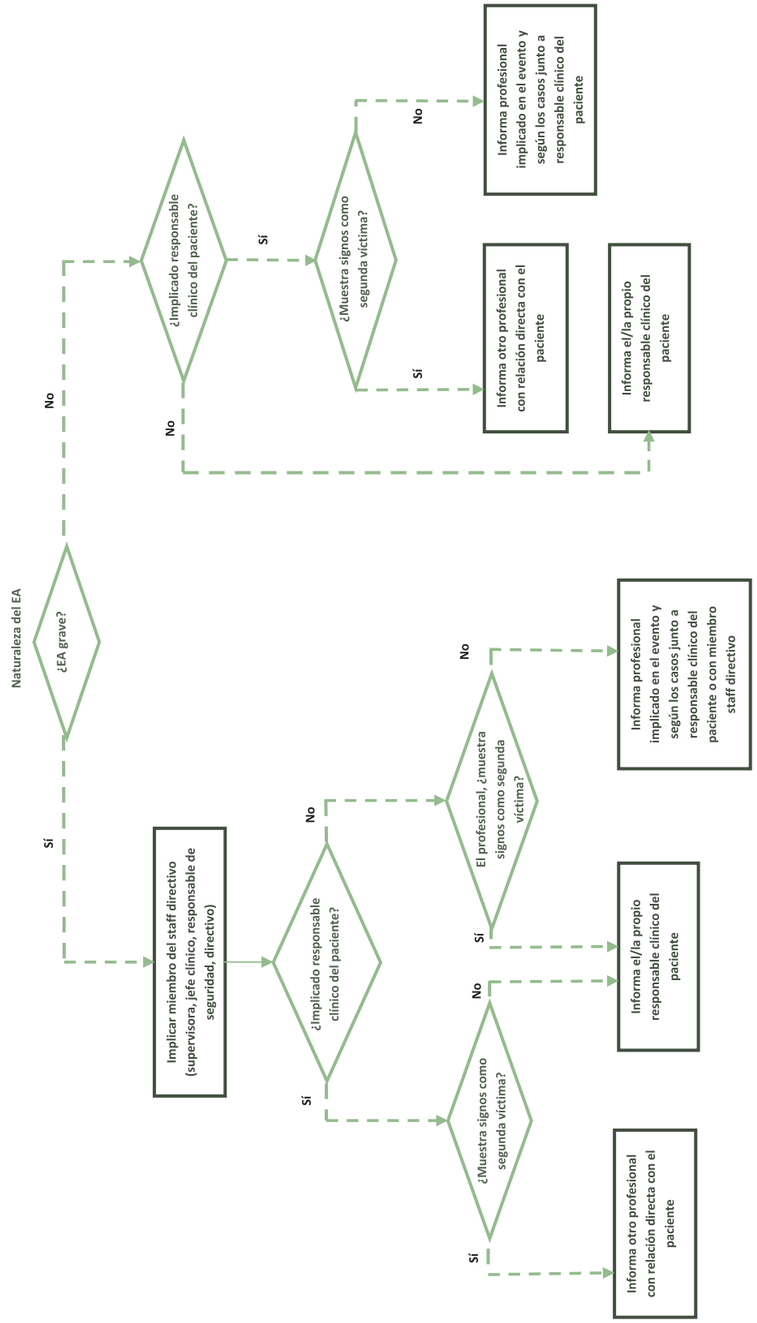
Siguiendo la metodología de Scott y su equipo, una estrategia que puede utilizarse para identificar en cada unidad o servicio qué personas reúnen las características deseables para brindar apoyo consiste en consultar al personal asistencial a qué miembro de su unidad acudiría a pedir ayuda en caso de convertirse en segunda víctima.

Acceder al programa de intervención online en materia de segundas víctimas

Algoritmo de apoyo a la segunda víctima (SV)



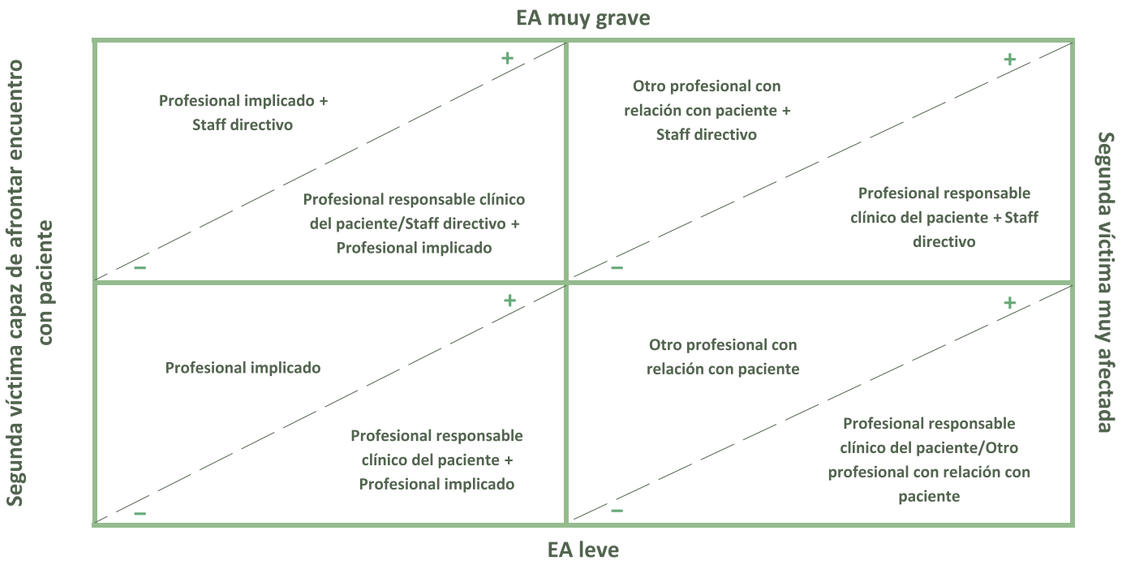
Algoritmo de decisión sobre quién debe llevar a cabo la comunicación franca al paciente



Por EA grave se considera: óbito y otros eventos centinela, intervención quirúrgica o reintervención, ingreso hospitalario, lesión o daño permanente o EA de naturaleza similar

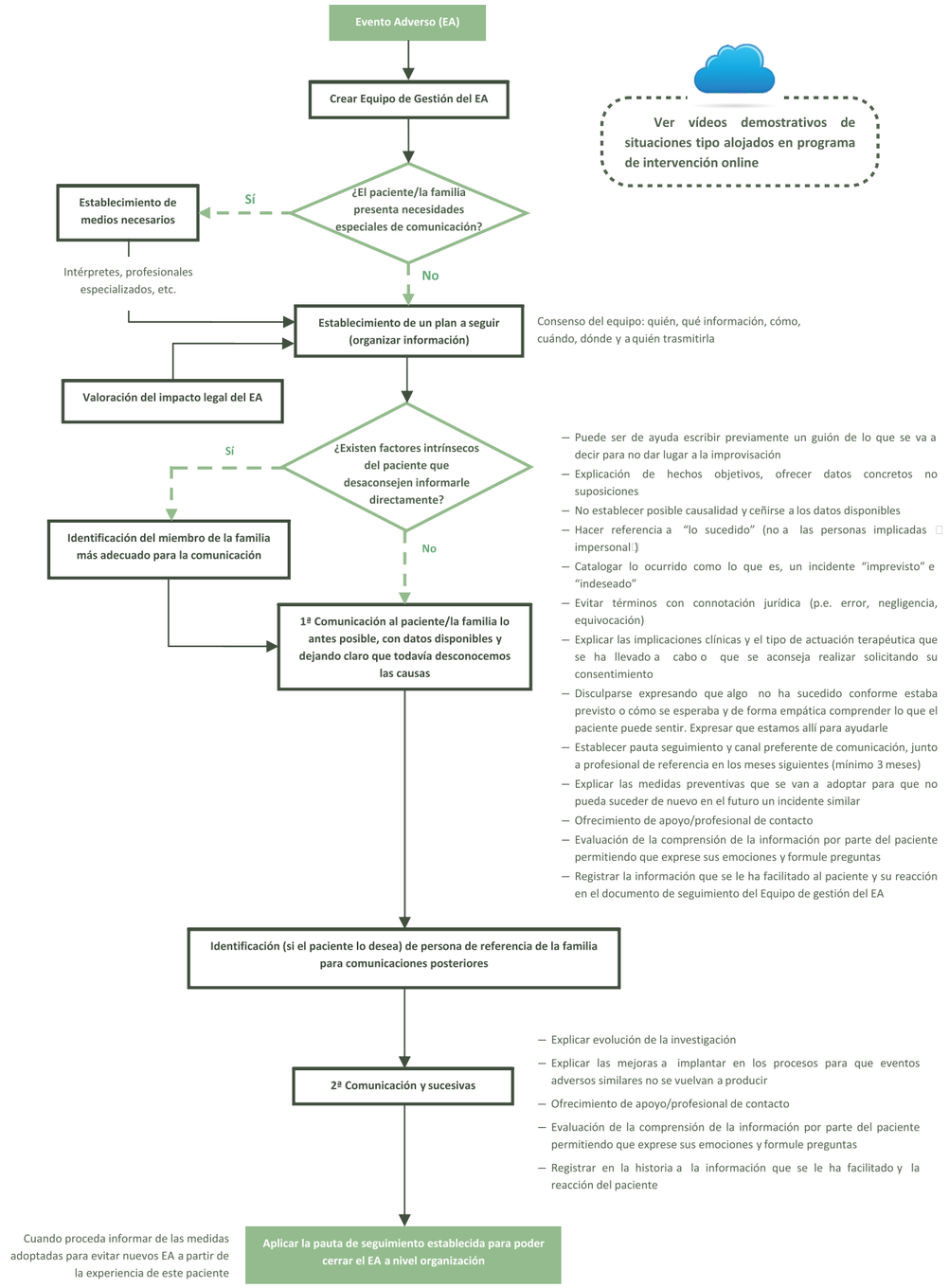
Criterios aplicables para determinar la persona responsable de la comunicación al paciente

Criterios aplicables para determinar la persona responsable de la comunicación al paciente



Responsable clínico del paciente SÍ (+) vs NO (–)

Algoritmo de información franca al paciente en caso de EA con consecuencias graves



LISTADO DE EVENTOS CENTINELA

El National Quality Forum (NQF) de los Estados Unidos publicó en 2011 la segunda edición de un listado que recoge un total de 29 eventos adversos graves que cumplen con los criterios de evento centinela. El objetivo que persigue el NQF con la elaboración de este documento es facilitar un informe público y comparable que posibilite el aprendizaje sistemático entre las organizaciones y sistemas sanitarios y conduzca a mejoras a nivel nacional en la seguridad del paciente a partir de lo aprendido (sobre los eventos y cómo evitar que vuelvan a producirse).

I. Eventos relacionados con procedimientos quirúrgicos o invasivos
1. Cirugía u otro procedimiento invasivo realizado en el sitio equivocado.
2. Cirugía u otro procedimiento invasivo realizado en el paciente equivocado.
3. Equivocación en el tipo de cirugía o procedimiento invasivo realizado a un paciente.
4. Retención no intencionada de un cuerpo extraño en un paciente tras cirugía o procedimiento invasivo (oblitos).
5. Muerte intra o postoperatoria inmediata de un paciente ASA clase 1.

II. Eventos relacionados con productos sanitarios o dispositivos médicos
6. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada a la utilización de medicamentos, dispositivos o productos biológicos contaminados provistos por la institución.
7. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada a la utilización de un dispositivo o aparato con una función diferente a la especificada por el fabricante.
8. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada a embolia gaseosa intravascular mientras el paciente está siendo atendido en la institución.

III. Eventos relacionados con la protección de los pacientes
9. Entrega de un bebé a la persona equivocada.
10. Muerte o incapacidad grave relacionada con la fuga (desaparición) del paciente.
11. Suicidio, intento de suicidio o autoagresión que tiene como resultado un daño grave.

IV. Eventos relacionados con la asistencia o tratamiento al paciente
12. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada a un error de medicación (tipo de medicamento, dosis, paciente, vía, preparación, etc.).
13. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada a la reacción hemolítica a causa de la administración de sangre o productos sanguíneos.
14. Muerte materna o incapacidad grave relacionada con el parto en un embarazo de bajo riesgo.
15. Muerte del recién nacido o incapacidad grave asociada al parto en un embarazo de bajo riesgo.
16. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada a una caída mientras estaba siendo atendido en la institución.
17. Cualquier úlcera por decúbito de estadio 3, 4, o no clasificable adquirida tras la admisión del paciente a la institución.
18. Inseminación artificial con el esperma u óvulo equivocado.
19. Muerte del paciente o incapacidad grave resultante de la pérdida irrecuperable de un espécimen biológico insustituible.
20. Muerte del paciente o daño grave resultante de la falta de seguimiento o comunicación de resultados de laboratorio, anatomía patológica o estudios radiológicos.

V. Eventos ambientales
21. Muerte o incapacidad grave del paciente asociada a un electrochoque.
22. Cualquier incidente en el que el sistema de suministro de oxígeno u otros gases indicados para el paciente no contenga oxígeno o bien contenga otro gas o se encuentre contaminado por sustancias tóxicas.
23. Muerte o incapacidad grave del paciente asociada a quemadura provocada por cualquier medio.
24. Muerte del paciente o incapacidad relacionada con el uso de medios de contención física o barandillas de la cama durante el proceso de atención.

VI. Eventos radiológicos
25. Muerte o incapacidad grave del paciente asociada a la introducción de un objeto metálico en el área de resonancia magnética.

VII. Eventos criminales
26. Asistencia prestada por una persona que se hace pasar por un profesional sanitario dentro de la organización.
27. Secuestro de un paciente de cualquier edad.
28. Abuso sexual a un paciente dentro de la institución sanitaria.
29. Muerte o lesión grave provocada a un paciente como resultado de una agresión física dentro de la institución sanitaria.

Los eventos recogidos en el listado han sido clasificados en siete categorías: (I) relacionados con procedimientos quirúrgicos o invasivos, (II) relacionados con productos sanitarios o dispositivos médicos, (III) relacionados con la protección de los pacientes, (IV) relacionados con la asistencia o tratamiento al paciente, (V) ambientales, (VI) radiológicos y (VII) criminales.

Referencias

Aranaz-Andrés JM, Aibar C, Limon, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, et al. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. Europ J Public Health. 2012;22:921-5.

Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez, Terol-García E, et al. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. J Epidemiol Community Health. 2008;62:1022-9.

Denham C. TRUST: the 5 rights of the second victim. J Patient Saf. 2007;3:107-19.

Connors C. What any caregiver can do to support a "second victim". 2015 Jul 30 [cited 2015 Ago 23]. In: Voices for Safer Care: Insights from the Armstrong Institute. [Internet]. Maryland: Johns Hopkins Medicine. Disponible en: https://armstronginstitute.blogs.hopkinsmedicine.org/2015/07/30/what-any-caregiver-can-do-to-support-a-second-victim/

Hirschinger LE, Scott SD, Hahn-Cover K. Clinician support: Five years of lessons learned. Patient Safety & Quality Healthcare. 2015;12:26-31.

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 Services Research. 2015;15:151.

Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez P, Iglesias F et al. Interventions in health organizations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. BMC Health Services Research. 2015;15:341.

Mira JJ, Lorenzo S, en nombre del Grupo de Investigación en Segundas Víctimas. Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso. Gac Sanit. 2015;29:370-4.

National Quality Forum (NQF). Serious Reportable Events In Healthcare 2011 Update: A consensus report. Washington, DC: NQF; 2011.

Norma UNE 179003:2013. Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente.

OMS. Más que palabras. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.

Scott SD. The second victim experience: Mitigating the harm. American Nurse Today. 2015;10:8-11.

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.

Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly K, et al. Caring for our Own: Deployment of a Second Victim Rapid Response System. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010;36:233-40.

Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. Int J Nurs Stud. 2013;50:678-87.

Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, Gallagher TH. 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.

Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ. 2000;320:726-7.

Referencias de consulta

Aibar C, Aranaz JM. La comunicación del riesgo: compartiendo decisiones con los pacientes. Unidad didáctica 9. Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionadas con la asistencia sanitaria. Disponible en: http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MSC-CD1/contenidos/unidad9.html (consultado 6 de julio de 2015)

Aranaz JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-García E, Kelley E, et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). Int J Qual Health Care. 2009;21:408-14.

Aranaz JM, Limón R, Mira JJ, Aibar C, Gea MT, Agra Y. What makes hospitalized patients more vulnerable and increases their risk of experiencing an adverse event? Int J Qual Health Care. 2011;23:705-11.

Aranaz JM, Mira JJ, Guilabert M, Herrero JF, Vitaller J, Grupo de Trabajo Segundas Víctimas. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. Trauma Fund MAPFRE. 2013;24:54-60.

Borrell-Carrió F, Páez Regadera C, Suñol Sala R,Orrego Villagan C, Gil Terrón N, Martí Nogués M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2006;38:25-32.

Brandom B, Callahan P, Micalizzi DN. What happens when things go wrong? Pediatric Anesthesia. 2011;21:730-6.

Brok DM, Quella A, Lipira L, Lu DW, Gallagher TH. Physician assistants and the disclosure of medical error. Acad Med. 2014;89:858-62.

Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The second victim experience and support tool: validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. J Patient Saf. 2014 [Epub ahead of print].

Catholic Healthcare Partners (CHP). Guidelines for Responding to Serious Adverse Events; 2010.

Conway JB, Weingart S. Leadership: Assuring respect and compassion to clinicians involved in medical error. Swiss Medical Weekly. 2009;139:3.

Etchegaray JM, Gallagher TH, Bell SK, Dunlap B, Thomas EJ. Error disclosure: a new domain for safety culture assessment. BMJ Qual Saf. 2012;21:594-9.

Fallowfield L. Communication with patients after errors. Journal of Health Services Research & Policy. 2010;Suppl 1:56-9.

Gerven EV, Seys D, Panella M, Sermeus W, Euwema M, Federico F, et al. Involvement of health-care professionals in an adverse event: the role of management in supporting their workforce. Pol Arch Med Wewn. 2014;124:313-20.

Goldberg RM, Kuhn G, Andrew LB, Thomas HA. Coping with medical mistakes and errors in judgment. Ann Emerg Med. 2002;39:287-92.

Helmchen LA, Richards MR, McDonald TB. How does routine disclosure of medical error affect patients propensity to sue and their assessment of provider quality? Evidence from survey data. Med Care. 2010;48:955-61.

Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, Anderson S, Welch K, Saint S, et al. Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. Ann Intern Med. 2010;153:213-21.

Lipira LE, Gallagher TH. Disclosure of adverse events and errors in surgical care: challenges and strategies for improvement. World J Surg. 2014;38:1614-21.

Loren DJ, Garbutt J, Dunagan WC,Bommarito KM, Ebers AG, Levinson W, et al. Risk managers, physicians, and disclosure of harmful medical errors. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010;36:101-8.

Lu DW, Guenther E, Wesley A, Gallagher TH. Disclosure of Harmful Medical Errors in Out-of-Hospital Care. Ann Emerg Med. 2012;21:215-21.

Mastroianni AC, Mello MM, Sommer S, Hardy M, Gallagher TH. The flaws in state "apology" and "disclosure" laws dilute their intended impact on malpractice suits. Health Aff (Millwood). 2010;29:1611-9.

O'Connor E, Coates HM, Yardley IE, Wu AW. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. Int J Qual Health Care. 2010;22:371-9.

Panella M, Rinaldi C, Vanhaecht K, Donnarumma C, Tozzi Q, Di Stanislao F. Second victims of medical errors: a systematic review of the literature. Ig Sanita Pubbl. 2014;70:9-28.

Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW. How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2012;38:235-40.

Raemer DB, Locke S, Walzer TB, Gardner R, Baer L, Simon R. Rapid Learning of Adverse Medical Event Disclosure and Apology. J Patient Saf. 2014 [Epub ahead of print].

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;37:280-86.

Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: A systematic review. Eval Health Prof. 2013;36:135-62.

Shapiro J, Whittemore A, Tsen LC. Instituting a culture of professionalism: the establishment of a center for professionalism and peer support. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2014;40:168-77.

Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR). Guía de Respuesta a un Evento Adverso; 2015.

Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals psychological well-being. Qual Saf Health Care. 2010;18:746-52.

Schwappach D, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. Swiss Med Wkly. 2009;139:9-15.

White AA, Waterman A, McCotter P, Boyle D, Gallagher TH. Supporting health care workers after medical error: considerations for healthcare leaders. J Clin Outcomes Management. 2008;15:240-7.

Wu A,Boyle DJ, Wallace G, Mazor KM. Disclosure of adverse events in the United States and Canada: an update, and a proposed framework for improvement. Journal of Public Health Research. 2013;2:e32:187-93.

Wu AW, McCay L, Levinson W, Ledema R, Wallace G, Boyle DJ, et al. Disclosing Adverse Events to Patients: International Norms and Trends. J Patient Saf. 2014 [Epub ahead of print].

www.segundasvictimas.es

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN

Instituto de Salud Carlos III

Unión Europea

Fondo Europeo de Desarrollo Regional "Una manera de hacer Europa"

Proyecto financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias referencias PI13/0473 y PI13/01220