



GUÍA DE RECOMENDACIÓNS PARA A XESTIÓN DE EVENTOS CENTINELA E EVENTOS ADVERSOS GRAVES NOS CENTROS SANITARIOS DO SISTEMA PÚBLICO DE GALICIA E ATENCIÓN ÁS SEGUNDAS E TERCEIRAS VÍTIMAS



GUÍA DE RECOMENDACIÓNS PARA A XESTIÓN DE EVENTOS CENTINELA E EVENTOS ADVERSOS GRAVES NOS CENTROS SANITARIOS DO SISTEMA PÚBLICO DE GALICIA E ATENCIÓN ÁS SEGUNDAS E TERCEIRAS VÍCTIMAS		
Elaborado por: Pilar Seco Maquiera María José López Pimentel Isabel Losada Castillo Olga Roca Bergantiños	Revisado por: Raquel Vázquez Mourelle Olga Roca Bergantiños	Edición: 3 Data: decembro 2022 Aprobado por: Raquel Vázquez Mourelle
FOLLA DE CONTROL DE MODIFICACIÓNS		
Nº EDICIÓN	APARTADOS MODIFICADOS	DATA DE APROBACIÓN
3	Atención a segundas e terceiras vítimas	

Este documento é propiedade da Consellería de Sanidade. Deberase utilizar o devandito material exclusivamente para os servizos que foron acordados coa Consellería de Sanidade e que requiren necesariamente o seu emprego. O devandito compromiso inclúe a prohibición da reprodución total ou parcial do material mencionado, por calquera medio ou método.



ÍNDICE:

1 . INTRODUCCIÓN.....	4
2 . ESTADO DO COÑECEMENTO.....	5
3 . XUSTIFICACIÓN.....	7
4 . ALCANCE.....	7
EXCEPCIÓNS.....	8
5 . OBXECTIVOS.....	8
6 . GUÍA DE ACTUACIÓN ANTE UN EVENTO ADVERSO GRAVE E/OU EVENTO CENTINELA.....	9
7 . ATENCIÓN A SEGUNDAS E TERCEIRAS VÍTIMAS.....	18
8 . BIBLIOGRAFÍA.....	23
ANEXO I: RESUMO GUÍA.....	25
ANEXO II: CHEK-LIST EVALUACIÓN XESTIÓN DO EA.....	26
ANEXO III: LISTADOS DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES E EVENTOS CENTINELA.....	27
ANEXO IV. RECOMENDACIÓNS SOBRE QUE FACER E QUE NON FACER COAS SEGUNDAS VÍTIMAS.....	31
ANEXO V. RECOMENDACIÓNS SOBRE QUE FACER E QUE NON FACER COAS TERCEIRAS VÍTIMAS.....	32

1. INTRODUCCIÓN

Calquera día do ano, a calquera hora, en calquera ámbito sanitario pode ocorrer un **EVENTO ADVERSO** (en adiante EA), capaz de causar dano a un ou máis pacientes, ás súas familias, aos profesionais responsables, ao centro sanitario concreto no que ten lugar, á comunidade na que ocorre, e/ou ao conxunto de toda a nosa organización.

- Un **Evento Adverso** é un suceso non desexado e imprevisto que ten consecuencias negativas, perdurables ou non, para o paciente ou a propia institución sanitaria, como consecuencia da atención sanitaria.
- Un **Evento Centinela** é un suceso imprevisto que causa a morte ou graves danos físicos ou psicolóxicos ou ten risco de causalos. Chámase Centinela porque a súa ocorrencia serve de alarma e obriga á organización a súa avaliación inmediata e a dar resposta para controlar a aparición de novos casos. Todo evento Centinela é un evento adverso.

(Fonte: NORMA ISO 179003:2015 *Servizos Sanitarios. Xestión de Riscos para a Seguridade do Paciente*)

Sufrir un dano grave como consecuencia da atención sanitaria, é o último que espera un paciente e a súa familia cando ingresa nun centro sanitario. Causar un dano físico e/ou psicolóxico é o último que desexa calquera organización orientada ao coidado da saúde. É tamén o último que espera a sociedade dos seus profesionais sanitarios, e estes de si mesmos.

Aínda que sabemos que os eventos adversos ocorren, e que as súas consecuencias poden chegar a ser devastadoras, non sempre estamos preparados a nivel organizativo para reaccionar ante eles.

Nos momentos de crise, cando –de maneira periódica, sen previo aviso, pero invariablemente– un evento adverso sacude a unha organización sanitaria, o que diferencia a unhas doutras, en sentido positivo ou negativo, é a súa cultura de seguridade, e dentro dela, a existencia ou non dun plan de xestión de eventos adversos graves.



Responder dunha forma adecuada en tempo e forma a este tipo de situacións catastróficas é un reto para calquera organización. Os riscos de non facelo, por outro lado, son moi altos, incluíndo entre outros aspectos os seguintes:

- perda de confianza na organización
- debilitamento do liderado dos equipos directivos e dos profesionais sanitarios.
- perda da oportunidade de aprender para mellorar e da ocasión de lanzar mensaxes institucionais sobre o que realmente é importante para o centro, difundindo e reforzando deste modo a súa política de seguridade.
- aumento das posibilidades de accións legais e da magnitude das súas consecuencias.
- un punto de partida moi desfavorable en relación coa responsabilidade social, a través dos medios de comunicación.

2. ESTADO DO COÑECEMENTO

Ningunha circunstancia pon a proba de maneira máis contundente o **liderado dun equipo directivo** que a xestión da crise que sigue a un acontecemento con resultado de dano grave a un paciente nun centro sanitario.

Todos os profesionais sanitarios deberían **ter prevista cal vai a ser a súa actuación** ante un eventual evento Centinela, tendo en conta que a resposta ten que poder darse en calquera momento do día calquera día do ano.

É preciso tomar conciencia da importancia de que existan nas organizacións **equipos de xestión de eventos Centinela**, liderados polos equipos directivos, con formación metodolóxica apropiada, adestrados no manexo de situacións de crise, con protocolos de actuación previamente elaborados e consensuados, con capacidade de resposta inmediata ante un evento adverso grave.

A falta de competencia do persoal e dunha clara definición de responsabilidades descríbese como unha das principais causas de fracaso na xestión dunha situación de crise desencadeada por un evento Centinela.

Segundo os expertos internacionais en temas de seguridade, catro son as dimensións que caracterizan unha boa resposta a un evento adverso clínico con consecuencias de dano:

1. **inmediatez na abordaxe**
2. **transparencia na xestión**
3. **capacidade de desculpase**
4. **responsabilidade**

Tras a ocorrencia dun evento adverso grave, a resposta dunha organización nas **primeiras 24 horas** determinan case sempre se o paciente e a familia implicados van a recibir un tratamento baseado na confianza e o soporte efectivo, ou na improvisación, a ocultación e a falta de asunción de responsabilidades.

As organizacións que adoptan **enfoques proactivos**, baseados en valores éticos como a honestidade, a empatía e a investigación do ocorrido para que non se repita no futuro, tras un acontecemento deste tipo ven **reforzada a súa cultura de seguridade**, transformando unha ameaza nunha oportunidade de mellora de grande potencial.

Na busca das causas profundas dun evento, hai que orientarse cara aos fallos do sistema, e asumir que a culpabilización individual non aporta aprendizaxe nin mellora. Un centro podería despedir a todos os profesionais involucrados nun evento Centinela, no caos do “día despois”, pero ilo non suporía ningunha mellora da seguridade do centro. Outros profesionais poderían volver a cometer o mesmo erro se non se abordan cambios no sistema.

Non se trata de dilucidar “a quen lle pasou”, senón “que pasou”, “por que pasou” e “que podemos facer para que non volva a suceder”.

3. XUSTIFICACIÓN

Existe a nivel internacional unha **crecente preocupación pola Seguridade dos Pacientes**, baseada entre outras cousas na complexidade tecnolóxica dos procedementos diagnósticos e terapéuticos, na interrelación dun número cada vez maior de profesionais na atención a un mesmo paciente, cos riscos de comunicación que ilo implica, na evidencia incontestable de que os eventos adversos xustifican altísimos custos para calquera sistema sanitario en termos sociais, humanos e económicos; e tamén na evidencia de que as intervencións oportunas e adecuadas sobre os problemas que poñen en perigo a seguridade dos pacientes arrojan resultados que diferencian a unhas organizacións doutras.

No **Servizo Galego de Saúde** existe este procedemento que pode servir de orientación aos centros sanitarios na súa estratexia de enfoque e xestión dun evento adverso grave. Un dos obxectivos definidos na Estratexia Sergas é: "Garantir a prestación de servizos no lugar e o momento adecuados, con niveis de calidade e seguridade comprometidos" (Obxectivo nº 2), facendo referencia expresa na súa Liña Estratéxica 2.6 *Política de calidade e seguridade do paciente* á importancia de "fomentar a cultura de seguridade clínica na actividade diaria dos profesionais, implantando prácticas seguras que reduzan a incidencia de eventos adversos".

De aí que a **Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria** do Servizo Galego de Saúde considerara como a súa responsabilidade revisar este documento e poñelo a disposición dos centros sanitarios da Comunidade Autónoma.

4. ALCANCE

Este documento foi elaborado para a súa utilización por todos os centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde.

Está orientado á xestión de Eventos Adversos Graves e Eventos Centinela.

Non obstante, os centros poden facer uso deste documento para o tratamento de calquera evento adverso, dado que os principios básicos que subxacen neste procedemento son os mesmos en todos os casos: comunicación permanente,

investigación e análise do sucedido, empatía, soporte a todos os implicados, resolución, aprendizaxe e mellora resultante.

EXCEPCIÓNS

O alcance deste documento non inclúe os accidentes por radiacións nin as alertas de Saúde Pública, cuxa xestión seguirá directrices específicas.

Tampouco inclúe a actuación ante aquelas situacións que poden ser consideradas actividades delitivas ou penais por parte dalgún profesional/is, e que provocaran unha lesión grave ou catastrófica sobre un paciente ou grupos de pacientes, como actuación baixo consumo de drogas, incumprimento de actuacións profesionais reguladas no centro, etc.

5. OBXECTIVOS

1. Axudar aos centros a ser capaces de dar unha mellor resposta, en tempo oportuno e forma correcta, ás tres preguntas fundamentais que persigue calquera análise respectuoso e serio dun evento adverso grave: que pasou?, por que pasou?, que estamos facendo e que vamos a facer en adiante para que non volva a pasar?.
2. Mellorar a resposta dos centros ás actividades xudiciais que puideran derivarse.
3. Proporcionar aos centros unha guía actualizada, baseada en recomendacións de recoñecido prestixio internacional, sobre que facer cando se produza un evento adverso grave no centro, que lles **sirva como base para a elaboración dun PROCEDIMENTO DE XESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS adaptado as súas circunstancias particulares**.
4. Fomentar entre os nosos centros o concepto de aprendizaxe para a mellora, e a orientación sistémica do erro, promovendo a integración deste Plan dentro dunha estrutura de Seguridade Asistencial cada vez máis sólida.
5. Favorecer entre os hospitais o intercambio de experiencias para facer extensible a todos eles a aprendizaxe que se derive da xestión dun evento adverso en calquera deles.

6. GUÍA DE ACTUACIÓN ANTE UN EVENTO ADVERSO GRAVE E/OU EVENTO CENTINELA

O procedemento que se describe a continuación desenvólvese arredor de catro aspectos fundamentais:

6.1 Accións inmediatas tras un evento Centinela

6.2 Comunicación e soporte ao paciente e/ou a familia afectados

6.3 Comunicación e soporte aos profesionais involucrados

6.4 Investigación e difusión de resultados relacionados co caso

CATRO ASPECTOS FUNDAMENTAIS:





6.1. ACCIÓNS INMEDIATAS TRAS UN EVENTO CENTINELA

1. Garantir a seguridade do paciente

- Estabilizar ao paciente; administrarlle a **atención sanitaria** precisa.
- Contactar de inmediato co médico responsable se non está presente; conseguir ordes alternativas se é preciso.
- Retirar todo o material, medicación ou equipos inseguros ou perigosos.
- Valorar se pode haber máis pacientes en risco inmediato, e actuar en consecuencia.

2. Articular a Comunicación Interna e Externa

- Notificar o ocorrido inmediatamente ao Xefe de Servizo/Coordinador/Supervisor de Enfermería.
- Notificar o acontecido inmediatamente ao xerente e equipo directivo.
- Notificar o acontecido ao Responsable de Calidade e/ou Seguridade Asistencial.
- Notificar o evento de maneira inmediata ao Servicio de Calidade Asistencial da Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria da Consellería de Sanidade, desde onde se articulará a comunicación do evento ao Xulgado e ao Gabinete de Prensa, se procede.
- Valorar se existe algún sistema de notificación obrigatoria que lle afecte.

3. Conservar probas

- Anotar as persoas presentes no evento. Un responsable debe recoller datos de primeira man.
- Manter todo aquilo que poda axudar á investigación posterior do caso, como: equipos médicos implicados, corpos estraños retidos, medicacións, contedores, xeringas, bolsas de soros, mostras de laboratorio, etc.



- Tomar fotografías se é preciso.
- Non borrar nin tachar probas físicas, nin eliminar datos electrónicos.
- Asegurarse de que se recolleu correctamente toda a documentación clínica relacionada co evento

4. Dar soporte ao persoal implicado

- Os supervisores e xefes de servizo deben valorar desde o principio o impacto psicolóxico que o evento adverso puidera causar ao profesional ou profesionais implicados, e solicitar o soporte pertinente e posible.
- Distribuír as cargas de traballo entre o resto dos profesionais para permitir que os implicados podan afrontar a situación.

5. Convocar ao Núcleo de Seguridade e Xestión de Riscos e Formar un Equipo de Xestión do Evento

- O xerente do hospital, ou en quen delegue, designará que persoas integrarán a partir dese momento o Equipo de Xestión do Evento Adverso e cales son as súas funcións inmediatas. Este equipo coincidirá en todo ou en parte co Núcleo de Seguridade do centro.
- Garantir que as necesidades asistenciais do paciente están cubertas en todo momento designando un equipo asistencial responsable.
- Designar ás persoas que participarán na Análise Causa Raíz (ACR).
- Determinar que membro do Equipo de Gestión do Evento Adverso será o contacto permanente para a familia (24 horas ao día, 7 días por semana); dito membro asegurarse de manter ao paciente e/ou a familia permanentemente informada de calquera avance na investigación do caso.
- Determinar que membros do Equipo de Xestión do Evento Adverso vehiculizarán a comunicación interna, a que se dará ao resto da Organización.



- Determinar que membro do Equipo de Xestión do Evento Adverso será o portavoz único para os medios de comunicación. Será o mesmo, e único para a comunicación interna e externa.
- Delegar as responsabilidades de seguimento entre os restantes membros do Equipo de Xestión do Evento Adverso.
- Velar escrupulosamente pola confidencialidade sobre o evento e o respecto cara ós implicados.

6.2 COMUNICACIÓN E SOPORTE AO PACIENTE E/OU A FAMILIA AFECTADOS

1. Iniciar de inmediato a comunicación

- O antes posible, sempre dentro das primeiras 24 horas. É preciso asegurarse de que desde o primeiro momento, algún membro do equipo sanitario se ocupa de dar soporte e apoio á familia e/ou acompañantes, ademais de ao propio paciente.
- A primeira información debe transmitila -ou debe darse en presenza de- o profesional máis próximo ao paciente, e o que teña unha maior relación de confianza previa con el e/ou coa súa familia.
- Neste primeiro punto a información será de carácter xeral, indicando o que pasou, aclarando que se está seguindo estreitamente o caso, e dando xa á familia a referencia clara da persoa de contacto que lles manterá permanentemente informados a partir de entón.

2. Preparar meticulosamente a Estratexia de comunicación coa familia

- O Equipo de Xestión da EA establecerá quen vai a ser o comunicador principal coa familia e o equipo de soporte, tendo en conta que:
 - O comunicador principal debe ser alguén cunha relación de confianza previa co paciente
 - Ao menos un membro do equipo de soporte debe ter competencia clínica suficiente no tema como para resolver as dúbidas que poda expor o paciente ou súa familia ou representantes.



- Determinará que feitos se lle van a comunicar á familia en función da evidencia disponible en cada momento.
- Decidirase cal é o mellor sitio e contorno para establecer a comunicación.
- Darase ao paciente e/ou a familia a opción de elixir quen desexa estar presente cando sexan informados, incluíndo a opción de que poda facelo algún profesional sanitario próximo á familia
- Elixirase unha linguaxe cultural e lingüisticamente apropiado aos interlocutores.

3. Reflexionar e preparar o Contido da comunicación

- **Explicar ao paciente e/ou a familia o que pasou**, intentando seguir estas premisas:
 - Falar dos feitos, do que pasou (evitar culpas, opinións, elucubracións...).
 - Ser empático, ter en conta a situación emocional en que se atopan.
 - Comprometerse a facer unha investigación coa intención de aclarar por que sucedeu o evento e para evitar que se repita no futuro, e que se lles informará dos resultados
 - Asegurarse de que o paciente e/ou a familia comprenderon o que se lles dixo. Esforzarse neste aspecto, repetir as cousas tantas veces sexa necesario, non esquecer que están en situación de shock.
- **Desculparse**
 - Expresar que os profesionais do centro lamentan que teña acontecido o evento
 - As desculpas deben ser claras, e personalizadas, evitando sinalar culpables.



- Garantir o **sopORTE** á familia e/ou ao paciente
 - Ofrecerlle á familia a maior comodidade posible se ten que permanecer no hospital, prevendo e tratando de minimizar os custos económicos que elo lles ocasione.
 - Estar atentos ás posibles necesidades de apoio psicológico e/ou social
- Garantir a **continuidade da comunicación**
 - Estar atentos a como se sente a familia, preguntándolle directamente se é preciso se considera que se lle está dicindo a verdade, ou se se sente abandonada ...
 - Asegurarse de que saben como e con quen teñen que contactar en caso de consultas ou dúbidas, e de que dispón dos seus teléfonos de contacto permanentes.
 - Informar permanentemente á familia e/ou ao paciente de calquera novidade ou achado na investigación do evento, (e por suposto, de calquera cambio na situación clínica)
 - No seu momento, explicar ao paciente e/ou a familia, as medidas que o centro tomou para previr futuros eventos similares.
- Informar sobre as vías de reclamación administrativa.

6.3 COMUNICACIÓN E SOPORTE AOS PROFESIONAIS IMPLICADOS

1. Recoñecer o impacto do Evento Adverso sobre os profesionais sanitarios implicados

- Os mandos intermedios das unidades onde teña lugar un EA estarán moi atentos á repercusión que o mesmo poda ter sobre os profesionais involucrados, informando das súas impresións ao Equipo de Xestión do EA.

2. Identificar e proporcionar o soporte adecuado

- O Equipo de Xestión de EA, especialmente a través do representante de Riscos Laborais e do Responsable de Calidade/Seguridade do hospital valorará a necesidade de soporte psicolóxico inmediato e/ou mantido no tempo.
- Valorarase a inclusión dos profesionais implicados no grupo de ACR (na súa totalidade ou nunha parte). Este aspecto valorarase en cada caso de forma individual. Nos artigos revisados considerase que é desexable dado que a súa inclusión favorece a aprendizaxe; a súa exclusión, a culpa
- O Equipo de Xestión do EA emitirá mensaxes claras, orientadas ao enfoque sistémico do erro, do tipo “vamos a xestionar isto entre todos”, evitando declaracións culpabilizadoras.
- O Equipo de Xestión de EA porá en coñecemento dos profesionais implicados os achados bibliográficos que vaian encontrando como resultado da investigación.
- O centro debe ter o compromiso expreso, dentro da súa cultura de seguridade e aprendizaxe, de facer seguimento a longo prazo dos profesionais que pasaron por unha experiencia deste tipo.

6.4 INVESTIGACIÓN E DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Sempre que sucede un evento adverso con resultado de dano hai que valorar se hai que poñelo en coñecemento das autoridades xudiciais, e se hai algún sistema de notificación obrigatorio que lle afecte. Aquí ímonos a referir á investigación interna que ten que facer o hospital coa intención de entender que pasou, por que, e que se pode facer para que non volva a pasar.

A severidade do dano e a probabilidade de recorrencia determinarán o nivel de profundidade da investigación dun evento adverso. No caso de Eventos Centinela e/ou Eventos Adversos Graves, débese facer un ACR. Recoméndase inicialo nas primeiras 24 horas e completalo en 45 días.



1. Comenzar de inmediato a investigación

- Determinar a magnitude do EA e decidir o nivel de investigación que se fará.
- O Núcleo de Seguridade e Xestión de Riscos Clínicos/Equipo de Gestión de EA conducirán a investigación, conxuntamente coas partes implicadas e os líderes clínicos.
- A investigación debe iniciarse de maneira inmediata á notificación, coa intención de perder a menor información posible.
- O proceso inclúe:
 - Asegurar e analizar as probas
 - Resgardar a documentación clínica e calquera outro material útil para a investigación
 - Identificar e interrogar a posibles testemuñas
 - Ir reproducindo o proceso en todo o seu recorrido
 - Facer gráficos con fluxos de accións e tempo
 - Documentar os achados

2. Iniciar o proceso metodolóxico da Análise Causa Raíz (ACR)

- Reunir aos participantes no ACR nas primeiras 24 horas tras o EA, priorizando esta actividade sobre a súa práctica asistencial ou doutro tipo.
- Para que esta metodoloxía sexa eficaz debe ser liderada por unha persoa con formación que a conduza.
- O ACR require como mínimo catro sesións para conseguir os obxectivos de definir os achados, identificar as causas latentes e desenvolver accións correctivas.



- Participantes:
 - Membros do equipo directivo que o xerente determine.
 - Médicos/enfermeiras implicados.
 - Persoal de enfermería/TCAEs ou testemuñas clave.
 - Responsables de Calidade/Seguridade/Riscos Clínicos.
 - Xefes de Servizo.
 - Outros (a decidir en cada caso concreto).
- Deberá estar completo, como máximo, aos 45 días do evento.
- Plans de Acción:
 - Estarán orientados a resolver as causas raíz resultantes da análise.
 - Deberán ser detallados, con clara identificación de tarefas e responsables.
 - A responsabilidade da implantación das melloras será delegada aos xefes de servizo, quen emitirán informes periódicos de seguimento e memoria final de implantación ao Equipo de Xestión da EA e á persoa responsable do ACR.
 - As accións correctivas resultantes dun ACR deben ser consideradas como unha prioridade absoluta, sendo responsabilidade do Equipo de Xestión de EA monitorizar que os cambios se producen e detectar posibles efectos indesexables de ditos cambios.
 - O Equipo de Xestión manterá informados aos profesionais e aos xefes clínicos das accións implantadas.

7. ATENCIÓN A SEGUNDAS E TERCEIRAS VÍTIMAS

7.1. ESTRUCTURA PIRAMIDAL DE ATENCIÓN Á SEGUNDA VÍTIMA

O **término de Segunda vítima** está recoñecido internacionalmente e foi acuñado por WU no ano 2000. Refírese a todo profesional, proveedor de servizos sanitarios, que participa nun evento adverso, un error médico e/ou unha lesión relacionada co paciente non esperada e que se converte en vítima no sentido de que queda traumatizado polo suceso. Para evitar estas condicións, é importante recibir medidas de apoio.

A estrutura para dar apoio ás segundas vítimas basease na establecida por S. Scott. O soporte organízase baseándose nas necesidades de diferentes graos de axuda que as segundas vítimas requiren en función do impacto que lles causan os EA nos que se ven implicados:

1º Nivel apoio dos colegas: Este primeiro apoio pode resolver o 60% dos casos

- Promove unha primeira atención emocional na área de traballo do profesional. Proporciona comprensión e análise do caso con respecto e honestidade.
- Deben recibir formación sobre o fenómeno e como manexalo en primeira instancia

2º Nivel apoio de equipo de seguridade: o 30% dos casos se resolven neste segundo nivel

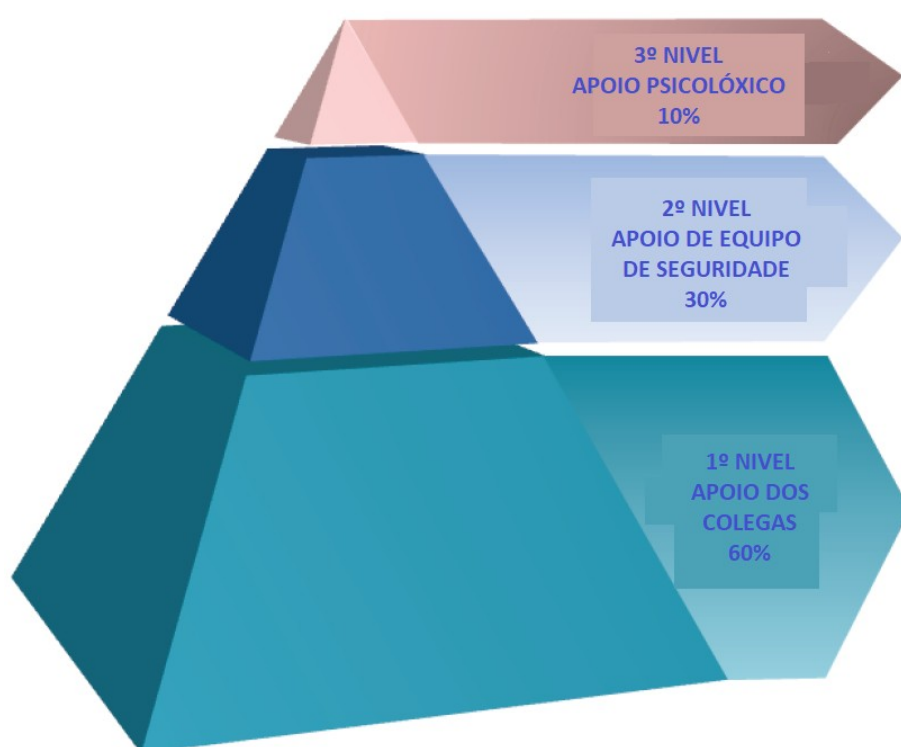
- Ofrece atención ás segundas vítimas previamente identificadas no servizo.
- Ofrece investigación do evento adverso, reunións de equipo.
- Identifican a sintomatoloxía que require resposta rápida e están preparados para proporcionala
- Persoal do Hospital adestrado antes de formar parte do equipo de apoio
- Aconsellan a consulta co Servizo de Prevención de Riscos Laborais se os síntomas persisten



3ª Nivel apoio psicológico: O 10% dos casos restantes acostuman a precisar asistencia especializada

Os profesionais serán atendidos polo servizo de Prevención de Riscos laborais que derivará a outras instancias os casos que superen as súas competencias.

Figura: Estrutura piramidal de atención á segunda vítima (SusanScott 2009)





7.2. SELECCIÓN DOS COMPOÑENTES PARA CADA NIVEL DE APOIO

Para O **1º Nivel apoio dos colegas** propónse que en cada centro/servizo ou Unidade, se seleccionen un ou dos profesionais que se converterán nas figuras fundamentais para o primeiro nivel de apoio dos colegas. Estes profesionais deben ter a confianza da maioría dos seus colegas, deben ser elixidos por eles, actuar de forma voluntaria e ter un PERFIL que inclúa as habilidades, coñecementos e características que aparecen no seguinte cadro:

PERFIL DO PERSOAL DO PRIMEIRO NIVEL

- Capacidade para escoitar de forma activa.
- Empatía.
- Personalidade reflexiva, non impulsiva
- Capacidade de comunicación verbal e non verbal.
- Manexo adecuado do contacto físico en resposta ás necesidades emocionais do profesional afectado.
- Manexo adecuado de silencios de modo que resulten reconfortantes para a persoa afectada. Experiencia no centro.
- Capacidade para discriminar síntomas depresivos, de ansiedade e de tensión postraumática.
- Coñecemento do circuíto de derivación para aqueles casos nos que se identifica a necesidade dun tipo de axuda máis especializada.
- Coñecementos básicos sobre a experiencia como segunda vítima (etapas de recuperación, necesidades, etc.).
- Coñecemento do plan e actuacións en seguridade do paciente.
- Palabras e accións craves (que dicir/facer e que non dicir/facer).
- Capacidade para identificar necesidades específicas a nivel persoal, familiar ou laboral.
- Actitude respectuosa, evitando en todo momento a elaboración e expresión de xuízos de valor. Habilidade para compartir de forma respectuosa experiencias propias similares no caso de que poidan resultar reconfortantes para a segunda vítima.
- Capacidade para adoptar unha actitude de apoio fundamentada en escoita e evitar en todo momento unha actitude resolutiva

Seguindo a metodoloxía de Scott, empregaríase a estratexia de identificar en cada Unidade ou Servizo Que persoas reúnen as características desexables para brindar apoio. Consiste en consultar ao persoal asistencial a que membro do seu centro/servizo/unidade acudiría a pedir axuda en caso de converterse en segunda vítima. Para elo debera impartirse unha breve sesión de formación no centro/servizo/unidade, previa á elección.

Estes profesionais han de recibir formación específica sobre como informar aos pacientes que sufriron un EA e sobre como realizar o apoio aos seus colegas afectados por dito EA.

O grupo de **apoio do segundo nivel** inclúe ao equipo de seguridade dos centros, xa que está formado nestes aspectos e con experiencia no tratamento de eventos adversos e tamén, a profesionais que no pasado se viron envoltos nun evento adverso, e que están dispostos a cooperar apoiando aos seus colegas, aos que poden comprender mellor e axudarlles tras a súa experiencia.

Para a selección destes compañeiros, propónse a realización de entrevistas cos profesionais que os responsables de seguridade teñen identificados, respectando a confidencialidade e o seu dereito a non querer participar.

Para o **terceiro nivel** dispoñemos da colaboración do Servizo de Prevención de Riscos Laborais quen, en caso de consideralo necesario derivaría á segunda vítima, a outras instancias. Hai que ter en conta que a este nivel, unicamente chegarían o 10% dos casos.

FORMACIÓN

FORMACIÓN PARA OS PROFESIONAIS QUE PARTICIPEN NOS EQUIPOS DE XESTIÓN DA EA OU DE SOPORTE PARA OS SEUS COMPAÑEIROS

Todos os profesionais da institución deberían de ter formación sobre coñecemento e habilidades para utilizar á hora de afrontar situacións complexas no ámbito da seguridade do paciente e así reducir o impacto que estas teñen sobre o profesional sanitario.

Cada Área Sanitaria sería responsable de ofrecer esta formación aos seus profesionais

A formación para os profesionais que requiran un nivel de coñecemento ou experiencia especializada, impartiríase polo equipo de psicólogos de Prevención de Riscos Laborais e desenvolveríase a través de dous cursos presenciais:

- Como comunicarse co paciente e a familia afectados por un EA
- Como dar apoio e soporte a outros profesionais afectados por un EA

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1: Aldawood F, Kazzaz Y, AlShehri A, Alali H, Al-Surimi K. Enhancing team work communication and patient safety responsiveness in a paediatric intensive care unit using the daily safety huddle tool. *BMJ Open Qual.* 2020 Feb;9(1):e000753. doi: 10.1136/bmjopen-2019-000753. PMID: 32098776; PMCID: PMC7047506.
- 2: Culbreth RE, Spratling R, Scates L, Frederick L, Kenney J, Gardenhire DS. Associations between safety perceptions and medical error reporting among neonatal intensive care unit staff. *J Clin Nurs.* 2021 Nov; 30(21-22): 3230-3237. doi: 10.1111/jocn.15828. Epub 2021 Apr 29. PMID: 33928694.
- 3: Guttman OT, Lazzara EH, Keebler JR, Webster KLW, Gisick LM, Baker AL. Dissecting Communication Barriers in Healthcare: A Path to Enhancing Communication Resiliency, Reliability, and Patient Safety. *J Patient Saf.* 2021 Dec 1;17(8):e1465-e1471. doi: 10.1097/PTS.0000000000000541. PMID: 30418425.
- 4: Athié-Gutiérrez C, Dubón-Peniche MC. Ethical evaluation of medical errors and the patient's safety. *Cir Cir.* 2020;88(2):219-232. English. doi: 10.24875/CIRU.18000625. PMID: 32116327.
- 5: Ackerman SL, Gourley G, Le G, Williams P, Yazdany J, Sarkar U. Improving. Patient Safety in Public Hospitals: Developing Standard Measures to Track Medical Errors and Process Breakdowns. *J Patient Saf.* 2021 Dec 1; 17(8):e773-e790. doi: 10.1097/PTS.0000000000000480. PMID: 29543667; PMCID: PMC6138593.
- 6: Vaismoradi M, Tella S, A Logan P, Khakurel J, Vizcaya-Moreno F. Nurses'. Adherence to Patient Safety Principles: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Mar 19;17(6):2028. doi: 10.3390/ijerph17062028. PMID: 32204403; PMCID: PMC7142993.
- 7: Elston DM. A new feature in JAAD: Medical errors and patient safety. *J Am Acad Dermatol.* 2022 May; 86(5):995. doi: 10.1016/j.jaad.2020.01.034. Epub 2020 Jan 25. PMID: 31987790.
- 8: Glickman SW, Mehrotra A, Shea CM, Mayer C, Strickler J, Pabers S, Larson J, Goldstein B, Mandelkehr L, Cairns CB, Pines JM, Schulman KA. A Patient Reported. Approach to Identify Medical Errors and Improve Patient Safety in the Emergency. Department. *J Patient Saf.* 2020 Sep;16(3):211-215. doi: 10.1097/PTS.0000000000000287. PMID: 27811598.
- 9: Taheri Moghadam S, Hooman N, Sheikhtaheri A. Patient Safety Classifications for Health Information Technology (HIT) and Medical Devices: A Review on Available Systems. *Stud Health Technol Inform.* 2022 May 16;293:153-160. doi:10.3233/SHTI220362. PMID: 35592975.
- 10: Hada A, Coyer F. Shift-to-shift nursing handover interventions associated with improved inpatient outcomes-Falls, pressure injuries and medication administration errors: An integrative review. *Nurs Health Sci.* 2021 Jun;23(2):337-351. doi: 10.1111/nhs.12825. Epub 2021 Apr 11. PMID: 33665950.
- 11: Karande S, Marraro GA, Spada C. Minimizing medical errors to improve patient safety: An essential mission ahead. *J Postgrad Med.* 2021 Jan-Mar;67(1):1-3. doi:10.4103/jpgm.JPGM_1376_20. PMID: 33533744; PMCID: PMC8098882.
- 12: Malinowska-Lipień I, Micek A, Gabryś T, Kózka M, Gajda K, Gniadek A, Brzostek T, Squires A. Nurses and physicians attitudes towards factors related to hospitalized patient safety. *PLoS One.* 2021 Dec 7;16(12):e0260926. doi: 10.1371/journal.pone.0260926. PMID: 34874957; PMCID: PMC8651112.



- 13: Tekian A, Infante AF, Valenta AL. Master's Programs in Patient Safety and Health Care Quality Worldwide. *J Patient Saf.* 2021 Jan 1;17(1):63-67. doi: 10.1097/PTS.0000000000000762. PMID: 32740135.
- 14: Tchijevitch O, Hansen SM, Bogh SB, Hallas J, Birkeland S. Methodological approaches for medication error analyses in patient safety and pharmacovigilance reporting systems: a scoping review protocol. *BMJ Open.* 2022 May 24;12(5):e057764. doi: 10.1136/bmjopen-2021-057764. PMID: 35613756; PMCID: PMC9125698.
- 15: Burgener AM. Enhancing Communication to Improve Patient Safety and to Increase Patient Satisfaction. *Health Care Manag (Frederick).* 2020 Jul/Sep;39(3):128-132. doi: 10.1097/HCM.0000000000000298. PMID: 32701609.
- 16: Mitchell R, Faris M, Lystad R, Fajardo Pulido D, Norton G, Baysari M, Clay-Williams R, Hibbert P, Carson-Stevens A, Hughes C. Using the WHO International Classification of patient safety framework to identify incident characteristics and contributing factors for medical or surgical complication deaths. *Appl Ergon.* 2020 Jan;82:102920. doi: 10.1016/j.apergo.2019.102920. Epub 2019 Aug 19. PMID: 31437756.
- 17: Suleiman AM, Amarasinghe D, Kathuria P, Vandel J, Holloway J, Elkin K, Walker P, Levine D. Incorporating patient safety into early undergraduate medical education: teaching medical students to perform surgical time outs during anatomy. *BMJ Open Qual.* 2021 Mar;10(1):e001229. doi: 10.1136/bmjopen-2020-001229. PMID: 33731483; PMCID: PMC7978106.
- 18: Han Y, Kim JS, Seo Y. Cross-Sectional Study on Patient Safety Culture, Patient Safety Competency, and Adverse Events. *West J Nurs Res.* 2020 Jan;42(1):32-40. doi: 10.1177/0193945919838990. Epub 2019 Mar 27. PMID: 30915918.
- 19: Barton A. Improving patient safety. *Br J Nurs.* 2022 Apr 21;31(8):S3. doi: 10.12968/bjon.2022.31.8.S3. PMID: 35439067. 20: Yuan CT, Dy SM, Yuanhong Lai A, Oberlander T, Hannum SM, Lasser EC, Heughan JA, Dukhanin V, Kharrazi H, Kim JM, Gurses AP, Bittle M, Scholle SH, Marsteller JA. Challenges and Strategies for Patient Safety in Primary Care: A Qualitative Study. *Am J Med Qual.* 2022 Sep-Oct 01;37(5):379-387. doi: 10.1097/JMQ.0000000000000054. Epub 2022 Apr 8. PMID: 35404306.
- 21: Ministerio de Sanidad. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Consultado [27/10/2022]. Disponible en: <https://sinasp.es/>
- 22: The NHS Patient Safety Strategy. Consultado [27/10/2022]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/the-nhs-patient-safety-strategy/>
- 23: Patient Safety Strategy 2019-22 Becoming a High Reliability Organisation 'Better today than yesterday, every day'. August 2018. Consultado [27/10/2022]. Disponible en: <https://www.humber.nhs.uk/downloads/Learning%20From%20Deaths/Patient%20Safety%20Strategy%202019-2022.pdf>
- 24: WHO. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Consultado [27/10/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

ANEXO I: RESUMO GUÍA

Figura resumo

PROCEDEMENTO DE ANÁLISE EN PROFUNDIDADE DUN EVENTO ADVERSO





ANEXO II: CHEK-LIST EVALUACIÓN XESTIÓN DO EA

Que fixemos ven?. Que aprendemos?. Que poderíamos facer mellor?. Que sistemas é necesario corrixir?

Data:	Lugar:		
Accións	SI	NON	OBSERVACIÓNS
Activouse o plan de xestión do evento adverso en tempo e forma?			
Notificouse inmediatamente o evento adverso ás persoas necesarias?			
Procurouse a asistencia adecuada ao paciente nunha primeira fase?			
Realizouse unha primeira comunicación adecuada ao paciente e/ou familia?			
Conserváronse as probas necesarias?			
Custodiáronse documentación e rexistros?			
Creouse o Equipo de Xestión do Evento Adverso a tempo?			
Este equipo conformárono as persoas necesarias?			
Definiuse quen ía ser a persoa de contacto coa familia?			
A comunicación co paciente e familia, estableceuse segundo as recomendacións recollidas na guía?			
Valoráronse as necesidades e preocupacións dos profesionais?			
Substituír no seu traballo tras o Evento Adverso?			
Ofrecéuselles conversacións de apoio con outros profesionais?			
Ofrecéuselles apoio psicolóxico?			
Ofrecéuselles participar na investigación e/ou posta en marcha de recomendacións?			
Iniciouse a investigación de forma inmediata?			
Participaron no ACR todas as persoas necesarias?			
Elaborouse un informe con recomendacións?			
Implantáronse as recomendacións do ACR?			
Difundíronse as leccións aprendidas?			



ANEXO III: LISTADOS DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES E EVENTOS CENTINELA

EVENTOS ADVERSOS GRAVES NOTIFICABLES (National Quality Forum)

No ano 2002, o National Quality Forum (NQF) elaborou unha lista de **eventos adversos graves notificables**, que foi actualizada en 2006. Recolle 28 eventos adversos, que clasifica en 6 categorías:

I. EVENTOS CIRÚRXCOS

1. Cirurxía que se realiza sobre a parte do corpo errónea.
2. Cirurxía que se realiza ao paciente equivocado.
3. O procedemento cirúrxico erróneo que se lle realiza a un paciente.
4. Deixar un corpo extraño no corpo do paciente tras a cirurxía ou outro proceso.
5. A morte intra operatoria ou morte postoperatoria inmediata nun paciente ASA clase 1.

II. EVENTOS RELACIONADOS CON PRODUCTOS SANITARIOS

6. A morte ou incapacidade grave asociadas ao uso de medicamentos, aparatos ou produtos biolóxicos contaminados que proporciona o centro sanitario.
7. A morte ou incapacidade grave asociadas ao uso ou funcionamento dun aparato que se emprega dunha forma para o que non está destinada.
8. A morte ou incapacidade grave asociadas con embolia intra vascular gaseosa, estando baixo os coidados do centro sanitario.

III. EVENTOS RELACIONADOS COA PROTECCION DOS PACIENTES

9. Entrega dun bebé á persoa equivocada.
10. A morte ou incapacidade grave asociadas coa fuga (desaparición) do paciente.
11. O suicidio ou intento de suicidio co resultado de incapacidade grave, estando baixo os coidados do centro sanitario.

IV. EVENTOS RELACIONADOS CO TRATAMIENTO

12. A morte ou incapacidade grave asociadas cun erro de medicación (ex. erros en relación á medicación errónea, dose errónea, momento erróneo, proporción errónea, preparación errónea ou ruta de administración errónea).



13. A morte ou incapacidade grave asociadas coa reacción hemolítica a causa da administración de sangue ou produtos sanguíneos ABO/HLA incompatibles.
14. A morte ou incapacidade grave da nai asociadas co parto, estando baixo os cuidados do centro sanitario.
15. A morte ou incapacidade grave asociadas coa hipoglucemia que comeza cando un está baixo os cuidados do centro sanitario.
16. A morte ou incapacidade grave (kernicterus) asociadas co feito de non identificar e tratar a hiperbilirrubinemia en neonatos.
17. As úlceras por presión de grado 3 o 4 adquiridos durante o ingreso nun centro sanitario.
18. A morte ou incapacidade grave debidas a unha terapia de manipulación de columna vertebral.
19. Inseminación artificial con doante de esperma erróneo.

v. EVENTOS RELACIONADOS COA CONTORNA

20. A morte ou incapacidade grave asociada cun electrochoque, estando baixo os cuidados dun centro sanitario.
21. Calquera evento no cal unha vía de oxíxeno ou outro gas que ha de ser transportado ao paciente, contén o gas equivocado ou está contaminado por substancias tóxicas.
22. A morte ou incapacidade grave asociadas cunha queimadura provocada por calquera medio, estando baixo os cuidados do centro sanitario.
23. A morte ou incapacidade grave asociadas cunha caída, estando baixo os cuidados do centro sanitario.
24. A morte ou incapacidade grave asociadas co uso de suxeicións ou varandas, estando baixo os cuidados do centro sanitario.

VI. EVENTOS CRIMINAIS

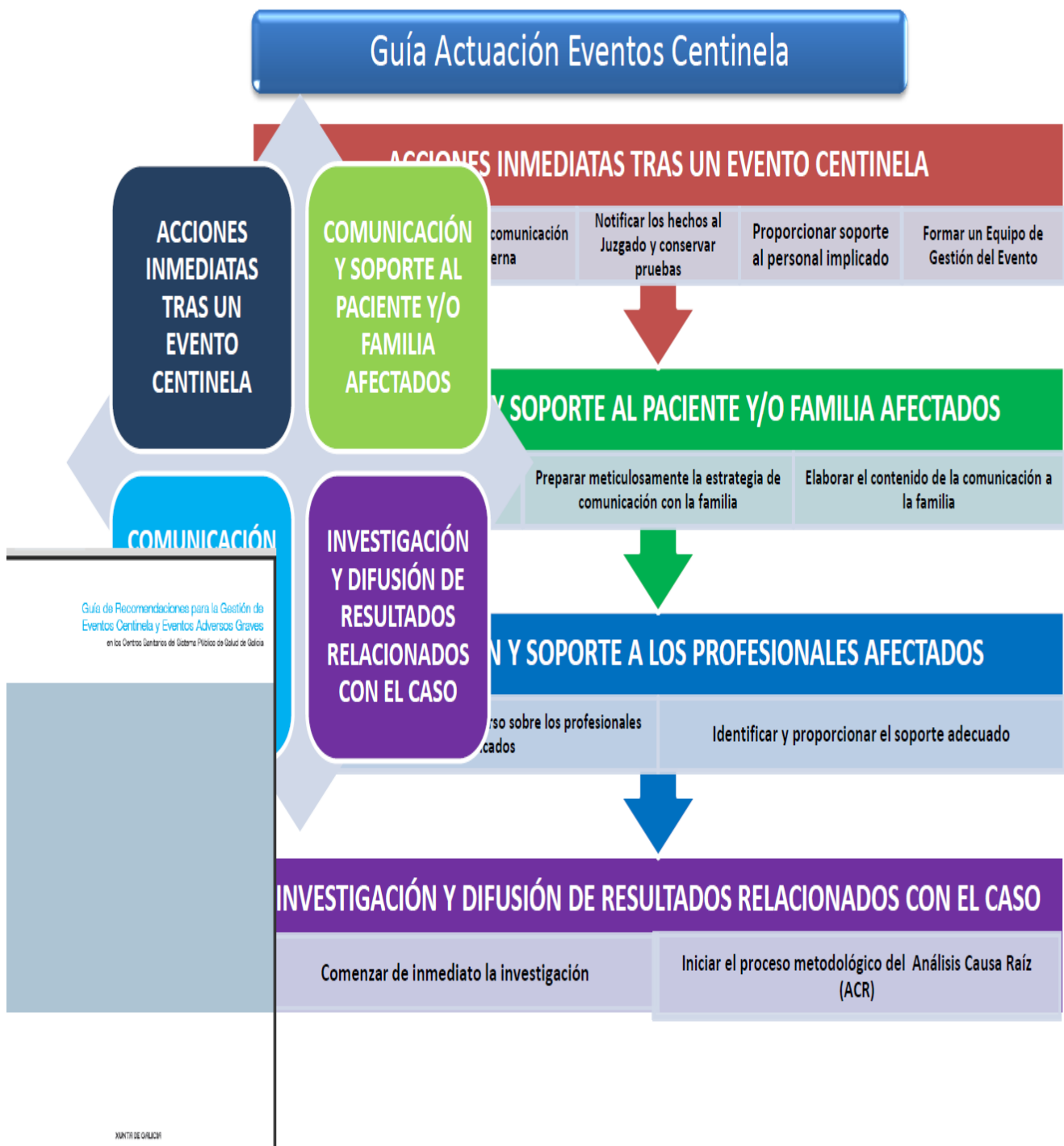
25. Calquera coidado levado a cabo por calquera persoa que se fai pasar por médico, enfermeira, farmacéutico ou calquera outro tipo de persoal sanitario.
26. O secuestro de calquera paciente de calquera idade.
27. Agresión sexual dentro ou na propiedade do centro sanitario.



28. A morte ou lesión grave provocadas a un paciente ou persoal do centro debido a unha agresión física que ten lugar dentro ou na propiedade do centro sanitario.

EVENTOS CENTINELA RECOLLIDOS POLA JOINT COMMISSION

1. Suicidio de calquera paciente que estea recibindo coidados, tratamento ou servizos nun centro onde haxa coidadores as 24 horas ou ás 72 horas da alta.
2. Morte súbita dun bebé nacido a término.
3. Secuestro de calquera paciente que estea recibindo coidados, tratamentos e servizos.
4. Entrega dun bebé á familia equivocada.
5. Violación.
6. Reacción á transfusión hemolítica cando se administra sangue ou produtos sanguíneos e existen grandes incompatibilidades de grupo sanguíneo.
7. Cirurxía que se lle realiza á persoa equivocada ou á parte do corpo erróneo.
8. Non retirada dun corpo extraño no corpo do paciente tras cirurxía ou outro proceso.
9. Hiperbilirrubinemia neonatal severa (bilirrubina >30 mg/dl).
10. Fluoroscopia prolongada con doses cumulativas de >1500 rads a un só campo ou ao aplicar radioterapia á zona do corpo errónea ou >25% por riba da dose de radioterapia pautada





ANEXO IV. RECOMENDACIÓNS SOBRE QUE FACER E QUE NON FACER COAS SEGUNDAS VÍTIMAS

QUE FACER	QUE NON FACER
• Identificar á segunda vítima, o cal ás veces non é fácil dado que o profesional refire atoparse ben. • Actuar con empatía, sen culpar. • Ofrecer axuda de colegas. • Reorganizar a súa actividade asistencial. • Evitar o rexeitamento de compañeiros e superiores. • Aumentar redes sociais de apoio. • Identificar síntomas. • Axudarlle con baixa laboral, se fose necesario. • Valorar a necesidade de asistencia xurídica e emocional. • Aclarar o sucedido e manterlle informado da investigación e mesmo convidarlle a participar. • Organizar o seu regreso á actividade clínica. • Programar un seguimento periódico .	• Obrigarlle a continuar coa prestación do servizo. • Adoptar unha actitude culpabilizadora por parte de xefes e colegas. • Contribuír á formación e transmisión de rumores. • Aconsellar á segunda vítima que non fale do sucedido nin notifique o EA o cal impedirá realizar a investigación do sucedido. • Evitar o contacto coa segunda vítima por medo a verse nunha situación incómoda ao ter que escoitar os seus sentimentos. • Non facilitar o apoio desde a Dirección da institución. • Ignorar as necesidades emocionais. • Someter á segunda vítima a interrogatorios repetidos e illarlle • Illar á segunda vítima.



ANEXO V. RECOMENDACIÓNS SOBRE QUE FACER E QUE NON FACER COAS TERCEIRAS VÍTIMAS

QUE FACER	QUE NON FACER
• Revisar a experiencia vivida, para ofrecer unha información positiva do labor asistencial nos meses seguintes ao incidente, que contribúa a xerar entre os pacientes confianza no centro e nos seus profesionais. • Actualizar periodicamente a información sobre novas actuacións de seguridade clínica que se desenvolvan no centro. • Difundir noticias sobre os éxitos terapéuticos e actividades de formación realizadas, para contribuír a afianzar a confianza nos profesionais e na institución dos cidadáns e dos pacientes Emocional.	• Demora na atención ás necesidades do paciente e/ou a súa familia. • Tardar demasiado tempo en ofrecer unha primeira información do que sucedeu. • Filtración de información por vías non oficiais. • Non facilitar canles de comunicación directos ao paciente afectado/ou a súa familia. • Non incluír unha desculpa na información que se dá ao paciente ou a súa familia. • Non centralizar as comunicacións cos medios nun único portavoz con cualificación. • Emitir comunicados de prensa con periodicidade superior a 7 días durante os primeiros momentos. • Efusión de responsabilidades en comunicados oficiais. • Esquecerse de informar os profesionais fomentando así os rumores. • Falta de información ou ofrecer informacións equívocas.