

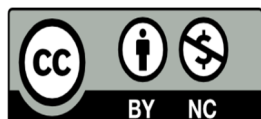
Soto, Fernanda Soledad

Segundas víctimas en enfermería

2020

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución – no comercial 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Soto, F.S. (2020) *Segundas víctimas en enfermería* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]
Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Segundas Víctimas en Enfermería

Informe Final de Investigación

Alumna: Fernanda Soledad Soto.

Director de Trabajo Final: Prof. Lic. Jorge Cuence

Florencio Varela, 5 de Diciembre 2020

Índice

Introducción	2
Problema	3
Objetivos	4
Marco Teórico	5 - 30
Estrategia Metodológica	31
Resultados – Tablas y Gráficos	32 - 47
Conclusión	48
Bibliografía Preliminar	49-50
Anexos	51-62

Introducción

El presente informe de investigación permitió conocer el método de acción que tienen los enfermeros sobre las Normas/Políticas de Segundas Víctimas en el ámbito del Hospital Italiano de Buenos Aires y como repercute en ellos ante un evento adverso.

En la actualidad este fenómeno es muy poco conocido en Argentina y la mayor parte de las investigaciones transcurren en España y países europeos, muchas veces el error que es producido por un profesional, es ocultado o escasamente mencionado, ya sea por vergüenza o por perder prestigio en la institución hospitalaria.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar que la característica principal de las Normas/Políticas sobre Segundas Víctimas que propone el Hospital Italiano, es asegurar una respuesta adecuada y proporcional ante la ocurrencia de un evento adverso a fin de disminuir las consecuencias emocionales del mismo en el profesional/es involucrado/s.

Para iniciar el trabajo, se comenzó por conocer el tema y los conceptos claves relacionados con Segundas Víctimas, se buscó bibliografía de los primeros autores como Albert Wu y Susan Scott que realizaron el proceso de conceptualización en el ámbito de la seguridad del paciente y hospitalario, además de recopilar más información tanto en inglés como en castellano, como el papel de las redes de apoyo en el impacto que tienen los eventos adversos en un profesional de la salud, las etapas que componen la recuperación natural, guías de recomendación y respuestas ante estos hechos. Se definió el problema y los objetivos del mismo. Se realizó un marco teórico, se estableció el diseño metodológico con criterio de exclusión e inclusión. Y finalmente se procedió a la recolección de datos por medio de 42 encuestas de preguntas cerradas y de carácter anónimo al personal sanitario, para analizar la información y describirla, mediante gráficos y tablas.

Problema

¿Qué conocimientos sobre las Normas/Políticas de Segundas Víctimas y su método de acción frente a un evento adverso poseen los enfermeros del segundo, tercer y cuarto piso del área Internación General del turno nocturno del Hospital Italiano de Buenos Aires en el periodo de mayo-junio del año 2020?

Objetivos

Objetivo General:

Determinar que conocimientos poseen los enfermeros del segundo, tercer y cuarto piso del área de Internación General del turno nocturno del Hospital Italiano de Bs. As, sobre las Normas/Políticas de Segundas Víctimas y su método de acción frente a un evento adverso, durante el periodo de mayo-junio del 2020.

Objetivos Específicos:

1- Determinar si los enfermeros del segundo, tercer y cuarto piso del área de Internación General del Turno Nocturno fueron informados de las Normas/Políticas de Segundas Víctimas en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

2- Establecer si los enfermeros del segundo, tercer y cuarto piso del área de Internación General del Turno Nocturno recibieron capacitación sobre las Normas/Políticas de Segundas Víctimas en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

3- Reconocer si los enfermeros del segundo, tercer y cuarto piso del área de Internación General del Turno Nocturno tuvieron un evento adverso y si recurrieron a las Normas/Políticas de Segundas Víctimas en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

4- Determinar si la institución brinda apoyo especializado a las Segundas Víctimas.

Marco Teórico

Los eventos adversos son considerados como aquellas circunstancias que se deben a un error médico y puede ocasionar un daño innecesario en el paciente. Los cuales pueden ser leves, moderados o graves. Según la (OMS, 2008) evalúa que:

“Cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Se conoce mucho menos acerca de la carga de la atención insegura en entornos diferentes de los hospitales, donde se presta la mayor parte de los servicios de atención sanitaria del mundo. La carga económica ocasionada por la atención dispensada sin las suficientes precauciones de seguridad también es abrumadora. La atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año. El costo anual generado por las inyecciones administradas sin precauciones de seguridad se estima en US\$ 535 millones en gastos médicos directos.”

Si bien la atención insegura ocasiona esas pérdidas mencionadas en instituciones de bajo y alto prestigio ¿Por qué ocurren estos eventos adversos? Muchos motivos pueden ser la falta de personal, la sobrecarga laboral como en sectores de Internación General, la atención de entre 7/8 pacientes por enfermero y cada uno de ellos con patologías diferentes y demandantes. El tiempo de trabajo se agota y genera stress y abatimiento, por lo que en la mayoría del personal de salud provoca directamente el evento adverso. Desde el comienzo de la formación de la carrera de salud, se indica que el profesional en enfermería tiene los siguientes deberes con el paciente: Atención óptima, atención oportuna y continua, atención cuidadosa, acatamiento de instrucciones del médico tratante y consentimiento escrito previa explicación para procedimientos riesgosos.

De tal forma la autora (Sandi, 2003) refiere que:

“El ejercicio de la enfermería implica para el profesional una gran responsabilidad y dependiendo de los resultados, lo puede llevar justificada o injustificadamente a controversias administrativas, disciplinarias, civiles y penales, cuando se sospechen conductas como omisión, descuido, negligencia, impericia, error o imprudencia”.

Es esencial que se cuenten con conocimientos adecuados, actualización permanentemente, entrenamiento en el mantenimiento del material y la tecnología, además del trato humano, ya que los enfermeros necesitan conocer y entender su propia práctica, tanto como las normas de atención que han sido establecidas por las instituciones. Sin embargo, se recibe poca información pertinente a asuntos legales, la comunicación y la participación de cómo prevenir o ayudar a responder apropiadamente ante una denuncia.

Por otra parte, existen diez aspectos esenciales que permiten evaluar y proteger la seguridad del paciente

1. Identificación del paciente.
2. Comunicación clara.
3. Manejo de medicamentos (básicos): • Paciente correcto. • Medicamento correcto. • Vía correcta. • Dosis correcta. • Tiempo correcto.
4. Cirugía y procedimientos.
5. Evitar caída del paciente.
6. Uso de protocolos y guías.
7. Evitar infecciones nosocomiales.
8. Clima de seguridad.
9. Factores humanos.
10. Hacer partícipe al paciente en la toma de decisiones.

Según (Who, 2009) en el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente estima que:

“Los factores/peligros contribuyentes son las circunstancias, acciones o influencias que se cree que han desempeñado un papel en el origen o el desarrollo de un incidente o que elevan el riesgo de que se produzca. Son ejemplos de ello factores humanos tales como el comportamiento, el desempeño o la comunicación; factores del sistema como el entorno de trabajo, y factores externos que escapan al control de la organización, como el medio natural o las políticas legislativas. Es habitual que en un incidente relacionado con la seguridad del paciente intervenga más de un factor contribuyente o un peligro.”.

Como señala el autor en el factor humano puede jugar en contra la imprudencia del trabajador, el riesgo psicosocial, la falta de adaptación, bajos conocimientos académicos, los factores psíquicos que condicionan al comportamiento en distintos contextos. En base al factor del sistema como el entorno del trabajo se destaca el apoyo social, como el de los compañeros, la falta de respaldo dificulta trabajar en equipo y la sensación de soledad profesional, las limitaciones administrativas como el personal insuficiente para cubrir toda el área de servicio. Y por último el factor externo, enfatizando actualmente la pandemia ocasionada por el Covid-19 que agota los recursos humanos y materiales.

La OMS da a conocer en la investigación en “Seguridad del Paciente - Mayor conocimiento para una atención más segura” (OMS, 2008), hay ejemplos de cuestiones que necesitan ser investigadas para disminuir el daño causado a los pacientes en:

- “Infecciones asociadas a la atención sanitaria: Se estima que, en cualquier momento, aproximadamente 1,4 millones de personas padecen infecciones causadas durante la prestación de atención sanitaria. En los países desarrollados la proporción de los pacientes hospitalizados afectados oscila entre un 5% y un 10%, mientras que en algunos países en desarrollo hasta la cuarta parte de los pacientes pueden sufrir alguna infección asociada a la atención sanitaria. Con el marcado aumento mundial de la resistencia a los antimicrobianos, es decisivo que las investigaciones también se concentren

en reducir la resistencia a los medicamentos y la propagación de patógenos multirresistentes”.

- “Eventos adversos relacionados con los medicamentos: Las investigaciones indican que en los servicios de atención de casos agudos entre un 7% y un 10% de los pacientes experimenta algún evento adverso relacionado con los medicamentos. De ellos, aproximadamente un 28% a un 56% son prevenibles. En algunos países las hospitalizaciones debidas a reacciones medicamentosas adversas pueden ascender a más de un 10% del total de las hospitalizaciones. Se necesita más investigación en los países en desarrollo, donde, según se sospecha, las tasas de eventos adversos relacionados con los medicamentos son aún mayores que en el mundo desarrollado”.

- “Cirugía y anestesia: La prestación de estos servicios se cuenta entre las más complejas y costosas de los sistemas de salud. Los datos procedentes de países desarrollados indican que los eventos adversos registrados en el quirófano representan al menos un 50% del total de eventos adversos registrados entre pacientes quirúrgicos. En los países en desarrollo la atención quirúrgica tropieza con limitaciones debidas a deficiencias de los servicios e instalaciones, falta de personal capacitado, insuficiencias tecnológicas y limitaciones en el suministro de medicamentos y material. Se requieren investigaciones para explorar las razones de las diferencias geográficas observadas en la incidencia de errores quirúrgicos y anestesiológicos”.

- “Administración de inyecciones sin precauciones de seguridad: Los datos muestran que en el mundo hasta un 40% de las inyecciones se administran con jeringas y agujas reutilizadas sin esterilización previa, y en algunos países esa proporción asciende hasta un 70%. La administración de inyecciones sin tomar precauciones de seguridad causa aproximadamente 1,3 millones de defunciones al año en el mundo, una pérdida de 26 millones de años de vida y una carga anual de US\$ 535 millones en gastos médicos directos. En el futuro las investigaciones deberían concentrarse en la

evaluación de los efectos de las prácticas de inyección en la carga de morbilidad transmitida por inyecciones inseguras”.

- “Productos sanguíneos inseguros: Entre un 5% y un 15%, aproximadamente, de las infecciones por VIH en países en desarrollo se deben a transfusiones de sangre contaminada. Un estudio de la OMS mostró que 60 países no estaban en condiciones de analizar sistemáticamente toda la sangre donada para detectar la presencia de agentes infecciosos de transmisión sanguínea, entre ellos el VIH. Se necesitan con urgencia investigaciones sobre la seguridad en la gestión de los productos sanguíneos tales como la eficacia de las estrategias de seguridad de la sangre y los factores de riesgo comportamentales de los donantes de sangre, en particular en los países en desarrollo”.

- “Eventos adversos relacionados con dispositivos médicos: En los Estados Unidos, cada año, más de un millón de pacientes sufren daños por causa de dispositivos médicos. En algunos países en desarrollo hasta la mitad de los dispositivos médicos disponibles son inutilizables o sólo parcialmente utilizables. Se requieren investigaciones para determinar los tipos de eventos adversos, su frecuencia y los entornos clínicos en los que ocurren”.

Además, determinó diferentes tipos de investigaciones para mejorar la salud, como, por ejemplo:

- “Determinar los daños: La determinación de los problemas e incidentes que ocurren en la atención sanitaria consiste en estimar el número de pacientes que sufren daño o pierden la vida por causa de la atención sanitaria. Consiste también en identificar cuáles son los eventos adversos registrados (por ejemplo, errores de medicación, infecciones nosocomiales, etc.). Esta información es esencial para aumentar la sensibilización sobre el problema y determinar prioridades. Sin embargo, sólo es el primer paso”.

- “Entender las causas: Una vez identificados los principales problemas, el paso siguiente consiste en entender las principales causas que favorezcan los eventos adversos que han perjudicado a los pacientes. Debido a la naturaleza compleja de la atención sanitaria, esos eventos no son

consecuencia de una causa única. Por consiguiente, es necesario investigar para determinar los principales factores prevenibles en la cadena causal”.

- “Encontrar soluciones: Para mejorar la seguridad del paciente se necesitan soluciones que aborden las causas fundamentales de la atención poco segura. Es necesario identificar soluciones eficaces para conseguir una atención más segura y prevenir posibles daños a los pacientes”.

- “Evaluar el impacto aun cuando se hayan encontrado soluciones de eficacia demostrada en los entornos controlados, es importante evaluar los efectos, la aceptabilidad y la asequibilidad de las soluciones aplicadas en la vida real”.

Todas estas investigaciones requieren de tiempo, de experiencias y de profesionales calificados y entrenados para reducir riesgos, errores, daños y encontrar soluciones. Para que sea beneficioso, efectivo y oportuno.

Manual de Calidad del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA, 2015):

“Según las recomendaciones del National Quality Forum, la cultura sobre seguridad es esencial para minimizar errores y efectos adversos. Su medición es necesaria para diseñar actividades que la mejoren”.

Esta línea se desarrolla en una acción estratégica.

Prevenir los errores durante la actividad asistencial

- **Objetivo estratégico:** Minimizar los efectos adversos evitables durante la hospitalización

- **Iniciativas:**

Establecer un sistema de detección, notificación, registro y análisis de incidentes en los servicios y unidades.

Realizar una Jornada anual para compartir experiencias y buenas prácticas en seguridad del paciente con reconocimiento a las personas implicadas.

Crear y desarrollar un Comité de efectos adversos y seguridad de los pacientes en el Hospital.

Establecer programas específicos para reducir los efectos adversos de mayor impacto en la salud del paciente:

Ulceras por presión

Caídas

Identificación de pacientes

Implantar la utilización sistemática de "check list" en las áreas quirúrgicas

Desplegar en todos los Servicios y Unidades la prescripción electrónica de medicamentos como sistema integrado que minimice riesgos y errores.

Definir un procedimiento y desarrollar acciones para prevenir los eventos centinela.

Formar a los colectivos en la cultura de seguridad, estableciendo subgrupos especializados y responsables de obtener mejoras.

Comité de seguridad del paciente

“Si bien los avances en el conocimiento y la tecnología de atención médica han sido enormes, han surgido numerosos problemas entre los que se destacan los efectos adversos que sufren aquellos que reciben atención médica, aunque esta sea asumida como de buena calidad. En países desarrollados, se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños como resultado de la atención recibida, y en el mundo en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es conseguir conocer la manera de evitar que éstos sufran daños durante el tratamiento y la atención. La frecuencia de errores o eventos adversos evitables ha sido medida en diversos países desarrollados. Estos errores dan cuenta por ejemplo de más de 3% del gasto del presupuesto asignado a la salud en EEUU y más de 90

mil muertes por año en ese país. La detección del problema llevó a que varios países inicien tareas para reducir sus consecuencias. Por otro lado, no solo los pacientes se ven perjudicados por errores en la atención médica, sino que los profesionales de salud pueden ser considerados como las segundas víctimas”.

Funciones del Comité de Seguridad del Paciente

- Fomentar el incremento de una cultura de la seguridad positiva
- Integrar las actividades de gestión de riesgos
- Promover que se informe sobre los incidentes de seguridad del paciente
- Involucrar y comunicarse con los pacientes
- Aprender y compartir lo aprendido sobre seguridad
- Promover las buenas prácticas para la seguridad del paciente.

Las segundas víctimas

Dentro de los entornos de atención hospitalaria se pueden llevar cabo a cuatro víctimas. La primera víctima es el paciente y la familia, la segunda víctima es el profesional de la salud involucrado, la organización sanitaria es la tercera víctima y, por último, los pacientes que se ven perjudicados posteriormente, cuarta víctima.

En principio, el término Segunda Víctima fue introducido en el año 2000 por Albert Wu de la Universidad Johns Hopkins en un artículo editorial sobre el impacto de los errores en los profesionales implicados, para referirse que la Segunda Víctima es:

“Es todo profesional que participa en un EA (Evento Adverso) inevitable y que queda traumatizado por esa experiencia o que no es capaz de afrontar emocionalmente la situación” (Wu, 2000)

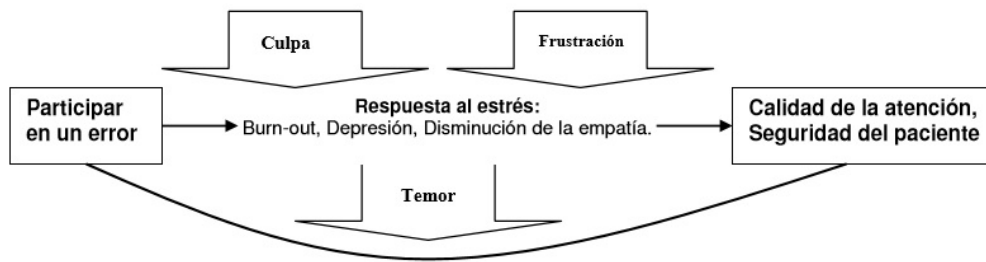
En el año 2009, Susan Scott del Hospital de la Universidad de Missouri, desarrollo ampliamente esta definición haciendo referencia a: “Todo profesional sanitario que participa en un evento adverso, un error médico o una lesión inesperada relacionada con el paciente y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso“ (Scott S, Hirschinger L, Cox K, McCoig M, Brandt J, Hall L., 2009)”.

La historia de un profesional afectado se remonta a partir del año 1817 en Inglaterra, caso conocido como “La triple tragedia obstétrica”, cuando el Dr. Richard Croft se suicidó tres meses después de atender el parto de la princesa Charlotte, cuyos resultados fueron muerte del recién nacido (único heredero al trono del rey) y luego de 5 horas la princesa murió por hemorragia interna. Tal sea el caso, como de otros del personal sanitario, nos da la oportunidad de cuestionarnos las consecuencias que puede tener el participar de un evento adverso, su influencia y cuánto se conoce del tema.

Como se sugiere en un reciente trabajo, los profesionales que participaron de un Evento Adverso “Es un 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”. (Who, 2009), las reacciones emocionales más comunes son: Vergüenza, sentimientos de culpa, temor, pánico, shock, confusión, frustración, insomnio, reexperimentación del suceso de manera repetida, humillación, etc., y además es frecuente que se produzca una serie de respuestas psicológicas como, por ejemplo; una percepción alterada de las relaciones con los pacientes y los compañeros de trabajo. El impacto se generaliza y no es raro que los estados de malestar emocional influyen en la vida personal.

En cuanto al área de trabajo; refieren pérdida de reputación profesional, miedo a las consecuencias desapego hacia los pacientes. Muchos profesionales temen la acción disciplinaria.

1.Ciclo de la Segunda Víctima:



Fuente: Schwappach DLB, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. Swiss Medical Weekly 2008; Oct 14.

El estudio de Scott "La historia natural de recuperación para el proveedor de atención médica "Segunda Víctima" (Scott S, Hirschinger L, Cox K, McCoig M, Brandt J, Hall L., 2009) basado en un diseño cualitativo de investigación mediante la entrevista a 31 profesionales sobre sus reacciones con datos demográficos, los síntomas experimentados y las sugerencias para mejorar el amparo institucional, se pudo identificar 6 etapas de Trayectoria de Recuperación Natural de la Segunda Víctima que se pueden atravesar de manera conjunta o por separado. En las tres fases iniciales responderían al momento del impacto, en la cuarta fase el profesional describe que debe afrontar el cuestionamiento por lo sucedido y a partir de la quinta, se puede obtener apoyo emocional y ya finalmente en la sexta fase se puede llevar a tres tipos de respuestas, por ejemplo: El abandono (del lugar de trabajo o de la profesión) , la Sobrevivencia (puede mantener la actividad, pero sigue afectado por el evento adverso) o la Superación (cuando el profesional valora haber realizado algo positivo a favor del paciente después de los daños causados).

Etapas 1: Caos y Respuesta a Accidentes

"En el momento en que se detecta un evento / resultado adverso, el médico involucrado describió escenarios caóticos y confusos de agitación externa e interna que finalmente llevaron a una comprensión de lo que había sucedido. Durante las secuelas inmediatas, hay un período de investigación rápida para verificar exactamente qué sucedió. Simultáneamente, el

paciente puede ser inestable y requerir cuidados intensivos y monitoreo. Por lo general, se convoca a médicos adicionales para brindar apoyo con los procedimientos o las pruebas. Con frecuencia, la víctima se distrae, se sumerge en la autorreflexión y trata de manejar a un paciente en crisis. A menudo contrataban a un compañero para la atención del paciente y se reprendían por no poder pensar de manera coherente”.

Etapas 2: Reflexiones Intrusivas

“Esta etapa se describió como un período de recreaciones embrujadas, a menudo con sentimientos de insuficiencia interna y períodos de autoaislamiento. La víctima reevalúa la situación repetidamente con preguntas de "qué pasaría si".”

Etapas 3: Restauración de la Integridad Personal

“La tercera etapa se describió como la búsqueda de apoyo de una persona con la que tenían una relación de confianza, como un colega, supervisor, amigo personal o miembro de la familia. Muchos no sabían a quién acudir porque nadie podía relacionarse con su experiencia o comprender el impacto personal que el evento tuvo en ellos profesional y personalmente. Una gran duda sobre su futura carrera profesional plagó a muchos. Uno de los mayores desafíos fue superar reflexiones personales como "qué pensarán los demás de mí" y "¿volveré a confiar en mí alguna vez?":

Etapas 4: Aguantando la Inquisición

“Después de enfocarse inicialmente en estabilizar al paciente y las reflexiones personales, hay un despertar de que la institución reaccionará al evento de manera poco clara. Específicamente, la segunda víctima comienza a preguntarse sobre las repercusiones que afectan la seguridad laboral, la licencia y los litigios futuros”.

Etapas 5: Obtención de Primeros Auxilios Emocionales

“Las segundas víctimas tendían a buscar apoyo emocional de varias maneras. Muchos expresaron su preocupación por no saber quién era una persona "segura" para confiar. Aproximadamente un tercio de las segundas

víctimas buscaron el apoyo de sus seres queridos, pero indicaron que fueron cautelosos al hacerlo debido a consideraciones de privacidad y legales mencionadas anteriormente. Otros notaron que sus seres queridos simplemente no podían comprender su vida profesional y debían protegerse de este dolor. Varios encuestados recibieron el apoyo de compañeros de trabajo, supervisores o jefes de departamento. Sin embargo, la cantidad proporcionada puede ser insuficiente ya que los sentimientos negativos persistieron.”

Etapa 6: Seguir Adelante, Abandonar, Sobrevivir o Prosperar

“Aunque numerosas segundas víctimas describieron su evento como un impacto en sus prácticas laborales, algunos sintieron que el evento permanecería con ellos durante toda su carrera. Hay un impulso interno (de la segunda víctima) y externo (de compañeros de trabajo, colegas, supervisores) para "seguir adelante" y dejar atrás el evento. Sin embargo, a los participantes les resultó difícil dejar completamente atrás el evento. Esta es una etapa única para la recuperación, ya que tiene tres caminos potenciales: abandonar, sobrevivir o prosperar. El abandono implicaba cambiar el rol profesional, dejar la profesión o mudarse a un lugar de práctica diferente. Quizás la intensidad de las recreaciones embrujadas llevó a estas víctimas a adivinar sus habilidades profesionales y abandonar.”

En esta trayectoria de Recuperación Natural de la Segunda Víctima, en primer momento los autores verifican que es necesario contar con un programa de apoyo ante un evento adverso, ya que como se mencionó en la etapa 1, hay secuelas inmediatas como el caos psicológico y al ser un error la segunda víctima no está centrada en brindar una solución rápida y coherente. El impacto en la etapa 2 y 3, no deja reevaluar la situación con tranquilidad, se genera la desconfianza y muchos de ellos callan el hecho por miedo “al qué dirán”. Ya en la etapa 4, se afrontan pensamientos sobre las consecuencias laborales como, por ejemplo: Las futuras demandas, la suspensión de la matrícula, etc. La etapa siguiente número 5, habla del apoyo emocional que compite con sentimientos negativos que impiden en buscar un respaldo para no perder la “fortaleza” en el ámbito laboral.

Por último, en la etapa 6, los autores mencionan que hay tres caminos

potenciales para la recuperación: Abandonar, sobrevivir o prosperar. Sus consecuencias suelen ser pedir la baja laboral, el traslado de servicio o unidad o el abandono de trabajo.

Duración de los Síntomas de las Segundas Víctimas después de un incidente

Conforme a un estudio transversal realizado en los Países Bajos en el año 2019 por el grupo de investigación colaborativo holandés de apoyo entre pares, se propusieron describir la prevalencia de los síntomas del personal sanitario luego de un incidente. (Kris Vanhaecht, Deborah Seys, Loes Schouten, Luk Bruyneel, Ellen Coeckelberghs, Massimiliano Panella, Gerda Zeeman, 2019)

“Se estima que duran menos de 6 meses. La razón de prevalencia para todos los síntomas aumentó con un mayor grado de daño al paciente. El riesgo de no responder de manera oportuna y efectiva puede tener un impacto significativo en el profesional de la salud involucrado y en las instituciones. Puede conducir a la ausencia de curación, pérdida de confianza, falta de aprendizaje y mejora, mientras que también puede aumentar la probabilidad de demandas y quejas de los pacientes.”

“El síntoma reportado con mayor frecuencia fue la hipervigilancia que molestó al 53.0% de los encuestados durante más de 1 mes. En la frecuencia de ocurrencia, esto fue seguido por dudas sobre el conocimiento y la habilidad (27.0%), estrés (25.8%), vergüenza (24.7%), flashbacks (23.3%), miedo (19.0%), sentirse incapaz de brindar atención de calidad (15.6%), sentirse incómodo dentro del equipo (15.5%), evitar riesgos (13.0%), sentirse infeliz y abatido (12.5%) y dificultad para dormir (10.8%). Las prevalencias de síntomas con una duración de más de 6 meses fueron, respectivamente, hipervigilancia (23.6%), flashbacks (8.7%), vergüenza (8.2%), dudas sobre el conocimiento y la habilidad (8.1%), estrés (6.8%), miedo (6.3%), se siente incapaz de proporcionar atención de calidad (4.8%), evita riesgos (4.5%), se siente incómodo dentro del equipo (4.2%), dificultad para dormir (2.8%) y sentirse infeliz y abatido (2.6%). Es de destacar que, en total, el 3,7% de los médicos que respondieron y el 4,0% de las enfermeras informaron que nunca habían tenido ningún síntoma, mientras que una parte

significativa de estos proveedores estaban personalmente involucrados, lo que resultó en daño permanente o muerte.”

Un estudio sueco reciente realizado por (Ullstrom S 1 , Andreen Sachs M , Hansson J , Ovretveit J , Brommels M ., 2014) demostró que:

“En un solo año los eventos adversos prevenibles pueden haber contribuido a 3000 muertes de pacientes y a una discapacidad permanente para 10 000 pacientes. Estos números indican que es probable que los profesionales de la salud estén involucrados en un evento adverso en algún momento de sus carreras profesionales”.

Los eventos adversos se deben mayormente a errores involuntarios y negligencias, por ejemplo, en los errores de medicación. Cuando ocurre un Evento Adverso la repercusión emocional influye significativamente en el profesional y en el conjunto de profesionales del entorno. Su impacto requiere de mayor atención. El valor de disponer de un programa de apoyo a las Segundas Víctimas establece de forma duradera el poder prevenir o reducir sus consecuencias.

La “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” fue creada por un grupo de Investigadores de Segundas y Terceras Víctimas en un marco de Proyecto de Investigación por la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana y por la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, Generalitat Valenciana en el año 2015 en Valencia - España. (Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas de España, 2015) Es una herramienta basada en la literatura y en la experiencia de profesionales, para reducir el impacto que los eventos adversos también tienen en los profesionales sanitarios (segundas víctimas) de atención primaria y hospitales.

Dispone de las siguientes 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.

-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.

-Incluir en la política de seguridad del centro una referencia a los planes de actuación con segundas y terceras víctimas previstos.

-Establecer un argumentario de forma consensuada de cómo formular una disculpa al paciente sin que signifique un reconocimiento de culpa.

-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).

-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 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.

-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.

-Evaluar periódicamente la efectividad de los procedimientos aprobados en caso de EA.

-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.

-Desarrollar un plan de comunicación de crisis para preservar la imagen de la institución y sus profesionales ante la opinión pública.

-Difundir, de forma proactiva, 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 los procedimientos implantados para atender a las segundas y terceras víctimas.

Atención al paciente

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

-Prestar al paciente la atención que requiera de forma inmediata conforme al protocolo de cada centro.

-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.

-Ofrecer apoyo psicológico al paciente y/o sus familiares. -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.

-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.

-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.

-Informar al médico de Atención Primaria.

Actitud proactiva para evitar que pueda volver a producirse

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

-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.

-Registrar lo antes posible la información sobre lo ocurrido para favorecer que los recuerdos del personal implicado no se alteren por otras situaciones vividas.

-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.

-Realizar un esquema cronológico de lo sucedido durante la asistencia al paciente.

-Escribir un resumen con la información más relevante para poder analizar posteriormente el EA.

Apoyo al profesional y al equipo asistencial del que forma parte.

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

-Mantener una actitud positiva, no culpabilizada, desde un enfoque de fallo sistémico ante los EA.

-Determinar el número de segundas víctimas relacionadas con el EA (profesionales y residentes más directamente implicados con el paciente, del equipo, etc.).

-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.

-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 recomiendan 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.

-Es importante que el profesional no se sienta rechazado en ningún momento por el resto de compañeros del equipo y del conjunto del centro.

-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.

-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.

-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.

-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.

-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.

-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.

-Valorar las necesidades de atención personalizada de la segunda víctima.

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

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

-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.

-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.

-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).

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

-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.

-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.

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.

-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.

-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.

-Asegurarse que quien está en trato directo con el paciente conozca qué ha sucedido para que toda comunicación con el paciente sea coherente.

-Activar al equipo de comunicación de crisis según las circunstancias.

-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.

-Elaborar un dossier de información sobre este tipo de incidentes y lo que ha sucedido conforme se disponga de información contrastada.

-Designar un portavoz (si no está previamente realizada esta tarea).

-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.

-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.

Informar al paciente y/o sus familiares

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

-Asegurarse que se dispone de un espacio adecuado que permita hablar con el paciente y/o sus familiares sin interrupciones.

-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).

-Considerar constituir un equipo de información en función de las características y la magnitud del EA.

-La comunicación no debe intimidar al paciente. Debe controlarse la cantidad de información, la frecuencia y el número de profesionales que informan.

-Es importante la inmediatez de la información, aunque en un primer momento ésta sea parcial, indicándose así al paciente.

-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 pacientes/familiares y qué desean conocer.

-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.

-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.

-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.

-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.

-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.

-Asegurarse si el paciente desea estar o va a estar acompañado por algún familiar. Especialmente en el caso de menores de 18 años.

-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.

-Disponer y ofrecer información sobre posibles compensaciones patrimoniales (cuando proceda) y el cauce para solicitarlas para poder informar correctamente al paciente.

-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.

-Asegurarse que el paciente o sus familiares entienden la información y no se han quedado con dudas.

-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.

-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.

-Pautar seguimiento para ayudar al paciente en el curso de su proceso de salud y en los trámites administrativos si los hubiera.

-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.

-Asegurar la notificación en el soporte y por los medios adecuados abordando todas las cuestiones de la manera más abierta y honesta posible.

-Activar el equipo para conducir un ACR (cuando proceda).

-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.

-Establecer necesidades de información y calendario para que el informe de resultados no se demore.

-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).

-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.

-Implantar medidas para incrementar la seguridad de los pacientes y asegurar su efectividad.

-Celebrar, con la confidencialidad necesaria, sesiones clínicas sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro.

-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.

Cuidar la reputación de profesionales y de la institución

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.

-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.

-Actualizar periódicamente la información sobre nuevas actuaciones en materia de seguridad clínica que se están llevando a cabo en el centro.

-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. (Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas de España, 2015). Según el estudio de "Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios, estudio sobre las segundas víctimas", se acordaron sugerencias para minimizar el impacto de los eventos adversos en las segundas víctimas. Por medio de expertos que realizaron una investigación cualitativa sobre: El

apoyo emocional a segundas víctimas, asesoría legal y manejo de la comunicación institucional cuando se produce un evento adverso. Ante un evento adverso el autor señala: “Transparencia informativa, pedir disculpas y reparar el daño. Existió acuerdo en la necesidad de apoyar a los profesionales implicados e informar a los pacientes y al resto de profesionales de la organización”.

En conclusión, se presentan recomendaciones consensuadas sobre la comunicación al paciente que ha sufrido un error clínico, afrontar el error por parte de los profesionales y proteger la reputación profesional y social de profesionales e instituciones.

Decálogo de buenas prácticas para ayuda a las segundas víctimas (Seys, Wu AW , Van Gerven E , Vleugels A , Euwema M , Panella M , de Scott SD , Conway J , Sermeus W , Vanhaecht K, 2013)

1. Actuar con honestidad y transparencia, reparando el daño e informando de lo que ha sucedido y de las medidas para evitar que pueda repetirse.
2. Actuar de forma prudente evitando juicios de valor y aportando datos.
3. Contrastar la información antes de informar a los medios de comunicación.
4. Buscar la opinión de expertos para hacer más comprensibles los hechos.
5. Transmitir la noticia con objetividad sin buscar culpables.
6. Lograr el máximo respeto para el profesional involucrado.
7. Intentar evitar sensacionalismos, buscando interlocutores de los medios especializados en sanidad.
8. No contribuir a crear estereotipos equívocos de profesionales sanitarios.
9. Transmitir que la institución tiene entre sus fines la búsqueda de lo mejor para el paciente.
10. Garantizar el derecho a la intimidad cuando la noticia incorpore imágenes.

Estrategia Metodológica

Tipo de Estudio: Descriptivo/ Cuantitativo

Área de Estudio: Se escogió como sitio para realizar la investigación el Hospital Italiano de Buenos Aires, el mismo se encuentra ubicado en el barrio de Almagro, en la Ciudad autónoma de Buenos Aires, en la calle Tte. Gral. Juan D. Perón 4190. Cada año, el Hospital atiende 2.800.000 consultas, gestiona 46.500 egresos y realiza 52.000 procedimientos quirúrgicos. Cuenta con una capacidad de internación de 785 camas, de las cuales 200 se destinan a cuidados críticos. Conforman su equipo de trabajo 6.300 personas, 2.300 médicos (800 en formación intensiva), 2.500 miembros del equipo de salud (1.100 son enfermeros) y 1.500 profesionales del ámbito administrativo y de gestión. El equipo de enfermería es el responsable de la preparación del paciente, monitorización y registro de cada procedimiento. La enfermería está enfocada al cuidado del paciente buscando su tranquilidad y bienestar.

Población: Enfermeros del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Muestra: 42 Enfermeros del segundo, tercer y cuarto piso del área de Internación General del Turno Nocturno del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Unidad de Análisis: Cada uno de los enfermeros del Hospital Italiano de Buenos Aires del segundo, tercer y cuarto piso del área de Internación General.

Criterio de Inclusión: Enfermeros que sean del turno nocturno y del área de Internación General.

Criterio de Exclusión: Enfermeros del turno mañana, vespertino y de otra área de trabajo.

Muestreo: Muestreo No-Probabilístico, debido al criterio de Inclusión y no aleatorio. Se utiliza como muestra a los enfermeros que decidan participar de la Investigación.

Instrumento de Recolección de Datos: Cuestionario de preguntas cerradas de carácter voluntario y anónimo, ya que facilitó la recopilación de información. Fue elaborado en hoja A4, con un encabezado que indica que es un Proyecto de Investigación para la Universidad Nacional Arturo Jauretche y nombre de quien lo realiza. Este cuestionario constituido de 16 preguntas de las cuales 14 contaron con 2 tipos de respuestas (Si y No), y las otras 2 con 3 de alternativas de respuesta. Las preguntas tuvieron relación directa con el problema y se aplicó en el periodo de mayo-junio del año 2020.

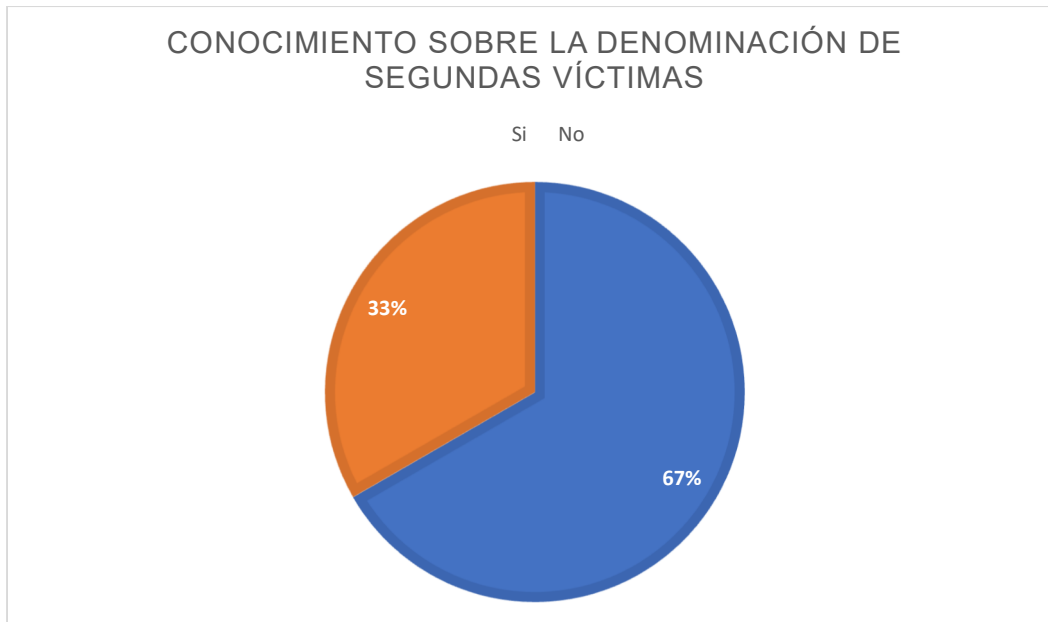
Análisis de Datos: Se realizarán a través de tablas y gráficos.

Resultados

Tablas y Gráficos

Tabla y Gráfico N°1: Cantidad de Enfermeros que conocen la denominación de Segundas Víctimas en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Mayo-junio de 2020.

Respuesta	Enfermeros	%
Si	28	67
No	14	33
Total	42	100

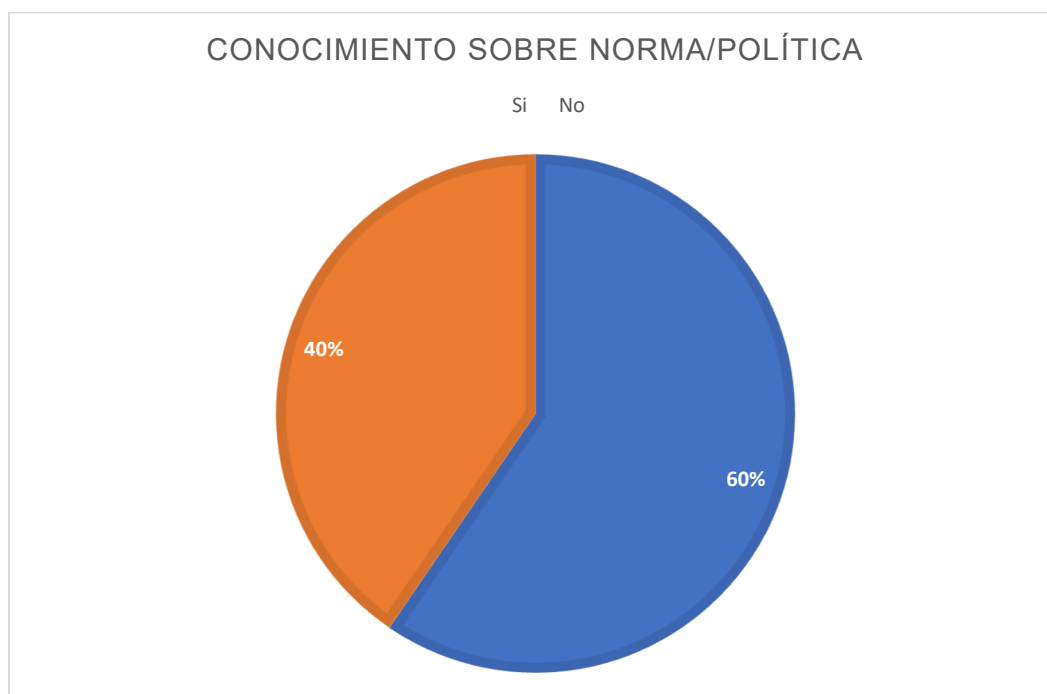


Fuente: Propia.

Descripción: Sobre un total de 42 enfermeros encuestados, en la pregunta n°1 se observa que el 66,6% de los enfermeros tiene conocimiento sobre a que se denomina Segundas Víctimas, mientras que el 33,3% no lo posee.

Tabla y Gráfico N°2: Cantidad de Enfermeros que conocen sobre la existencia de la Norma/Política de Segundas Víctimas en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Mayo-junio de 2020.

Respuesta	Enfermeros	%
Si	25	60
No	17	40
Total	42	100

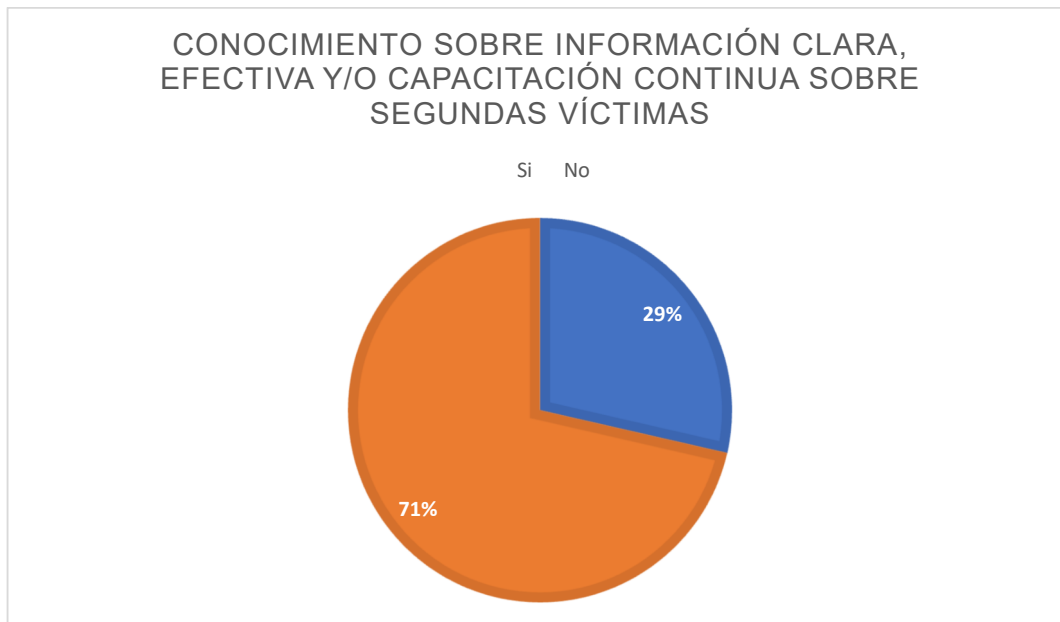


Fuente: Propia

Descripción: En cuanto a la pregunta n°2 sobre la cantidad de enfermeros que conocen la existencia de la Norma/Política en el Hospital Italiano, el mayor porcentaje es de un 60%, por otra parte, el 40% no la conocen.

Tabla y Grafico N°3: Cantidad de enfermeros que respondieron por si o por no, si la institución brinda capacitación continua e información clara sobre Segundas Víctimas en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Mayo-junio de 2020.

Respuesta	Enfermeros	%
Si	12	29
No	30	71
Total	42	100



Fuente: Propia

Descripción: Los resultados obtenidos de la pregunta n°3 en cuanto si la institución brinda a los integrantes información concisa y capacitación continua sobre Segundas Víctimas, el 29% de los enfermeros respondió que sí, el 71% refiere que no.

Tabla y Grafico N°4: Cantidad de Enfermeros que tienen conocimiento sobre la existencia de un protocolo de actuación ante algún efecto adverso en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Mayo-junio de 2020

Respuesta	Enfermeros	%
Si	27	64
No	15	36
Total	42	100

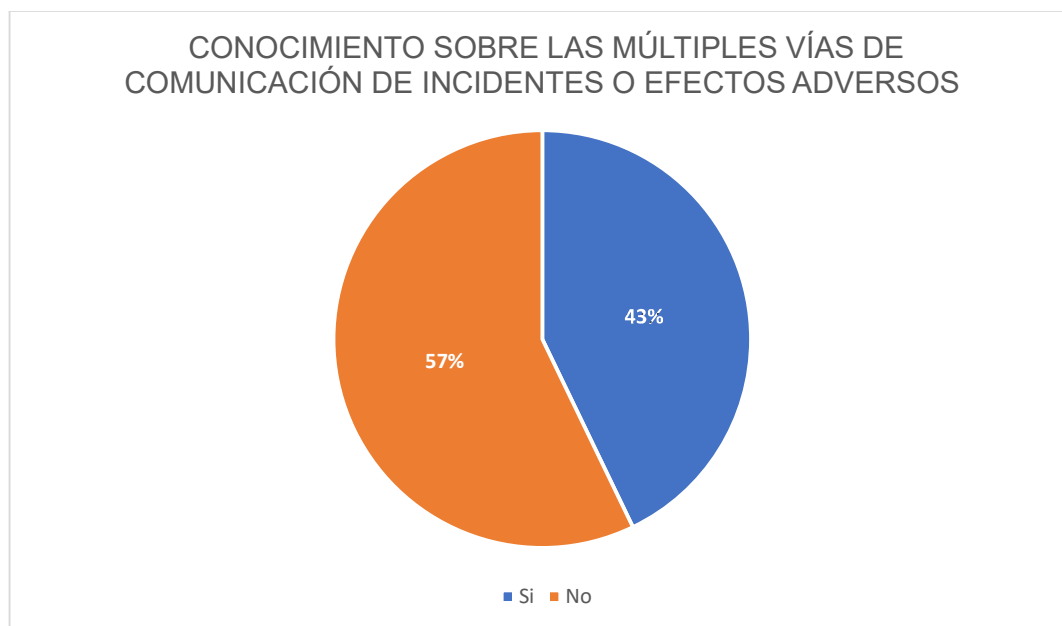


Fuente: Propia

Descripción: Respecto al conocimiento sobre la existencia de un protocolo de actuación sobre un incidente o efecto adverso, el 64% respondió que sí y el 36% que no.

Tabla y Grafico N°5: Cantidad de Enfermeros que conocen las múltiples vías de comunicación de incidentes o efectos adversos en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Mayo-junio de 2020.

Respuesta	Enfermeros	%
Si	18	43
No	24	57
Total	42	100

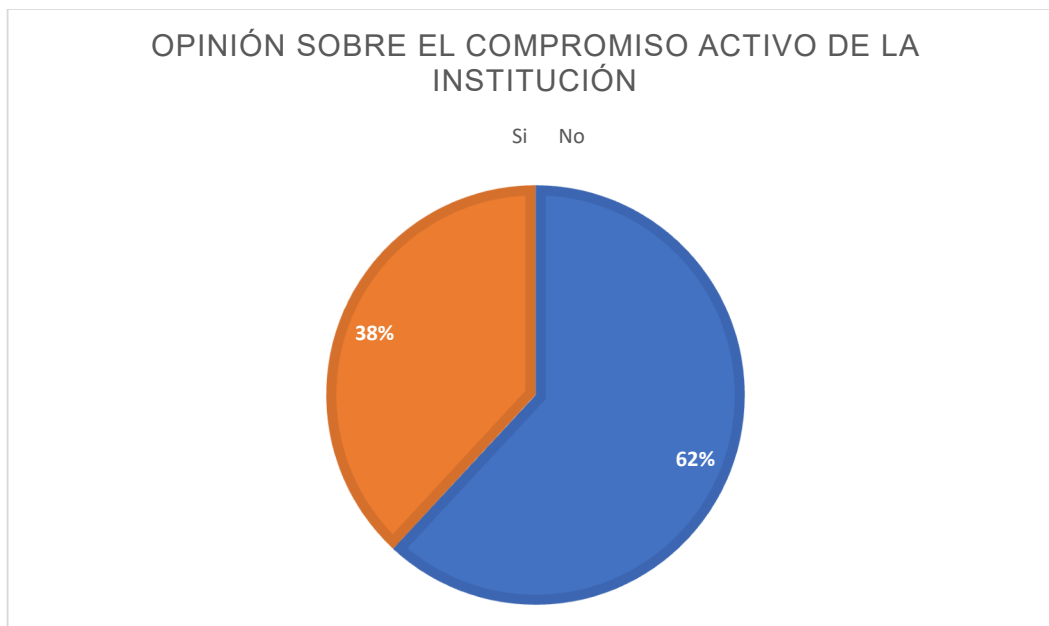


Fuente: Propia

Descripción: En relación del conocimiento de las múltiples vías de comunicación de incidentes o efectos adversos, el 43% de los enfermeros contestó que sí y el 57% lo niega.

Tabla y Grafico N°6: Cantidad de Enfermeros que sienten compromiso activo de la Institución para mejorar el cuidado del paciente en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Mayo-junio de 2020.

Respuesta	Enfermeros	%
Si	26	62
No	16	38
Total	42	100

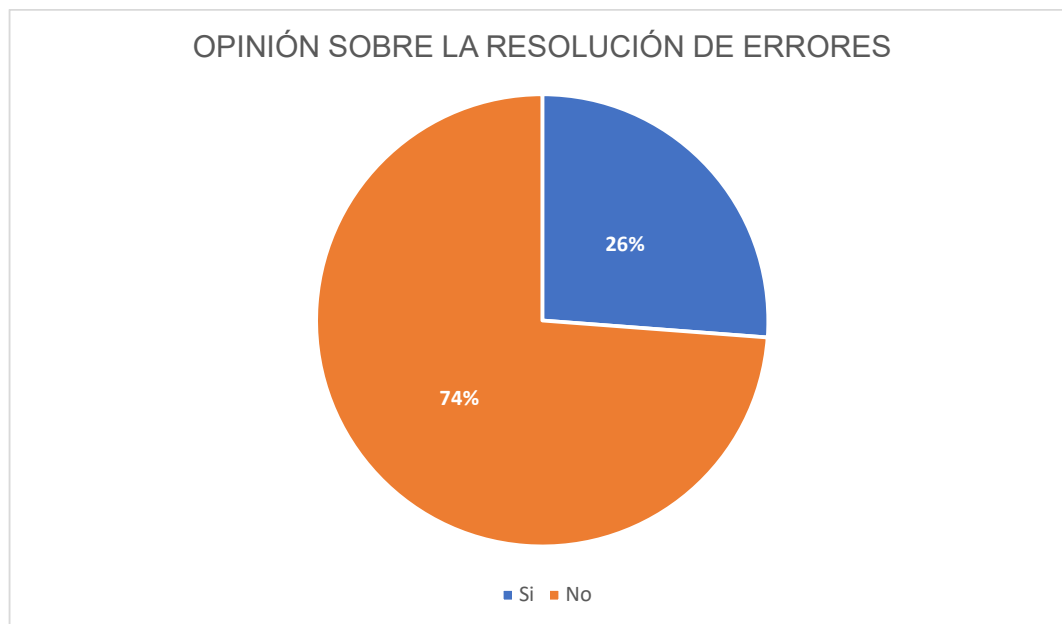


Fuente: Propia

Descripción: En cuanto a la relación con el compromiso activo de la institución para mejorar el cuidado del paciente, el 62% refiere que sí y el 38% de los enfermeros, no.

Tabla y Grafico N°7: Cantidad de Enfermeros que respondieron por si o por no si es eficaz la resolución de errores en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Mayo-junio de 2020.

Respuesta	Enfermeros	%
Si	11	26
No	31	74
Total	42	100

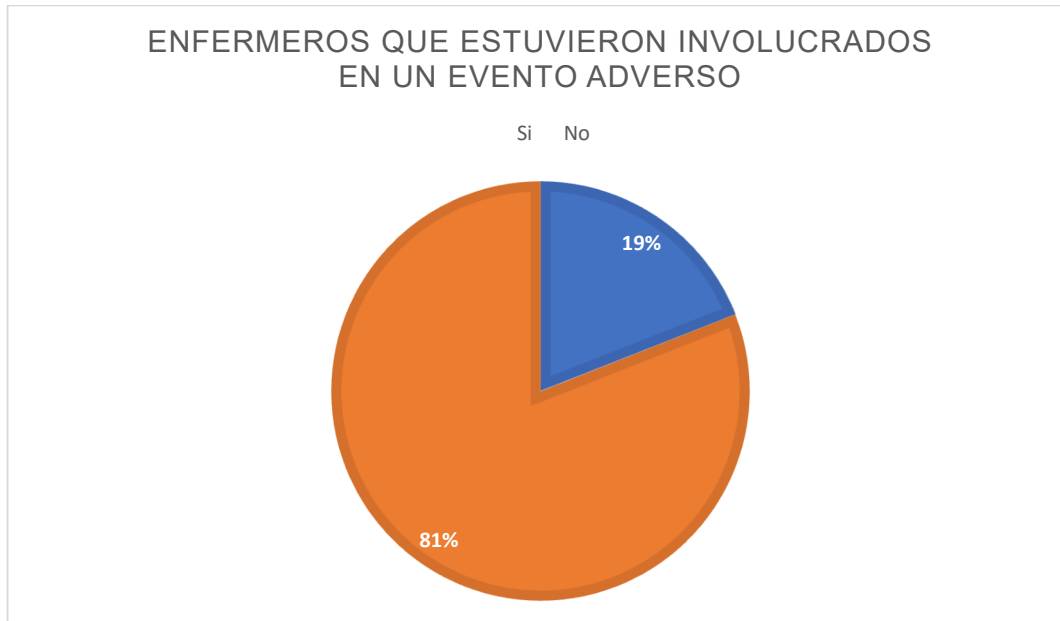


Fuente: Propia

Descripción: Los resultados obtenidos de la pregunta n°7 en cuanto si es eficaz la resolución de errores de la Institución, el 26% respondieron que sí y el 74 que no.

Tabla y Grafico N°8: Cantidad de Enfermeros que estuvieron involucrados en un evento adverso en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Mayo-junio de 2020.

Respuesta	Enfermeros	%
Si	8	19
No	34	81
Total	42	100

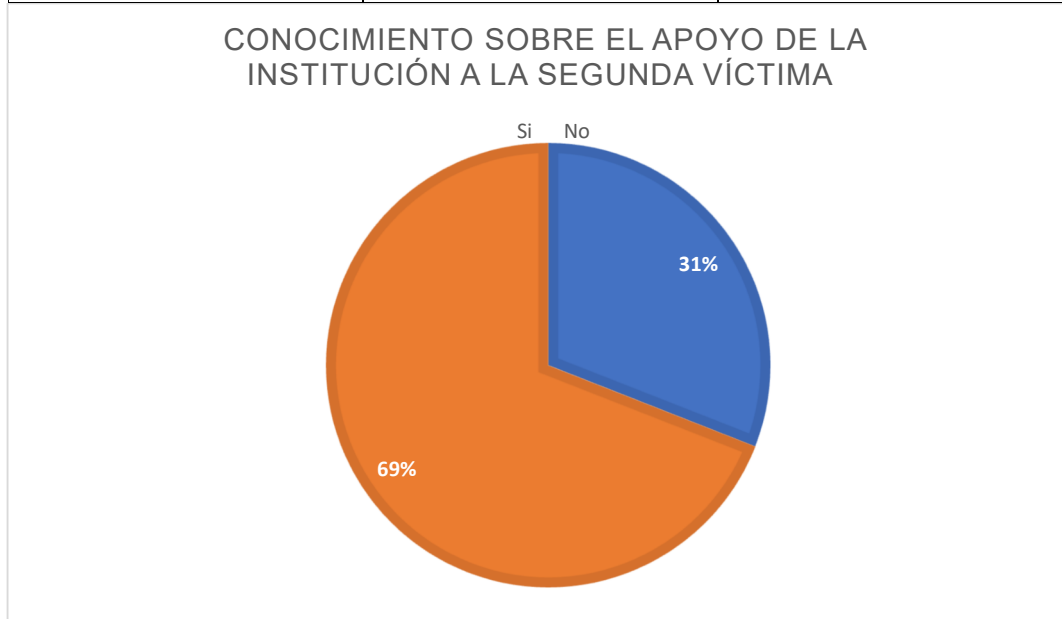


Fuente: Propia

Descripción: En relación a la cantidad de enfermeros encuestados, el 19% afirmó haber estado involucrado en un evento adverso, y el 81% respondió que no.

Tabla y Grafico N°9: Cantidad de Enfermeros que conocen si la Institución en caso de un incidente o efecto adverso, provee un profesional especializado para brindar apoyo en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Mayo-junio de 2020.

Respuesta	Enfermeros	%
Si	13	31
No	29	69
Total	42	100

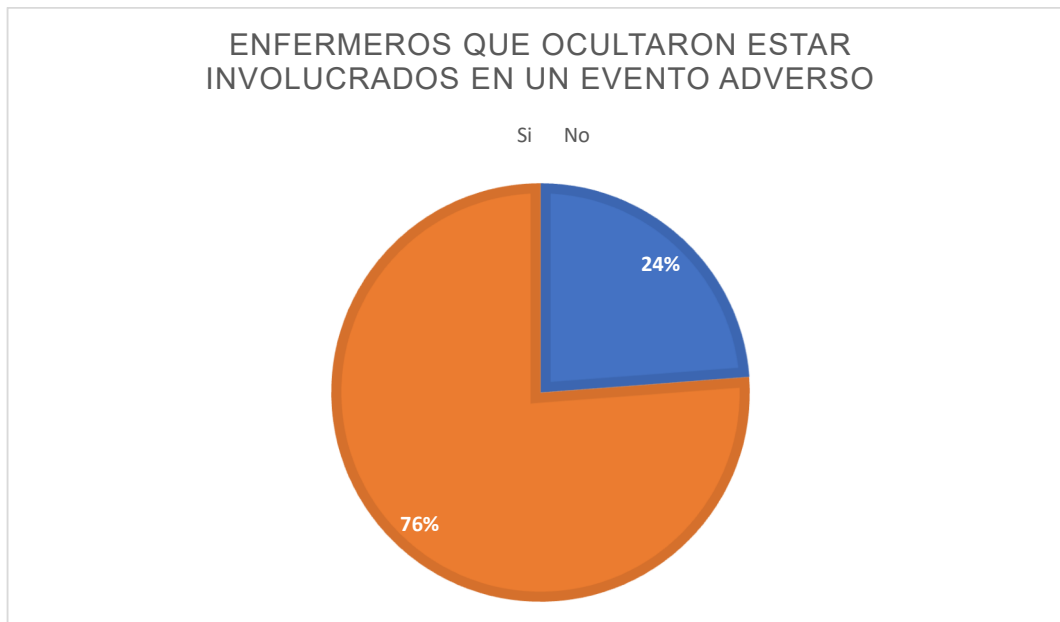


Fuente: Propia

Descripción: Respecto al grado de conocimiento de si se cuenta con un profesional especializado para brindar apoyo tras el incidente o evento adverso, el 31% de los enfermeros, respondieron que sí y el 69% que no.

Tabla y Gráfico N°10: Cantidad de Enfermeros que estuvieron involucrados en un evento adverso, pero ocultaron la información en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Mayo-junio de 2020.

Respuesta	Enfermeros	%
Si	10	24
No	32	76
Total	42	100

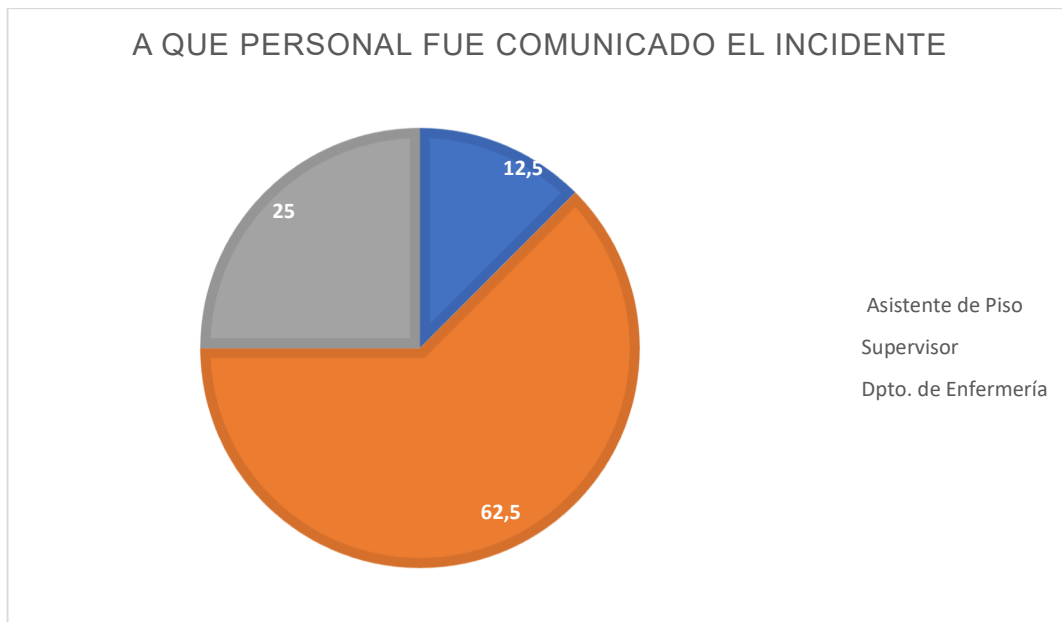


Fuente: Propia

Descripción: De los 42 enfermeros que participaron de la encuesta, el 24% afirmó que estuvo involucrado en un evento adverso, pero ocultó la información y el 76%, no.

Tabla y Gráfico N°11: Personal a quien se comunicó el incidente o evento adverso en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Mayo-junio de 2020.

Personal	Enfermeros	%
Asistente de Piso	1	12.5
Supervisor	5	62.5
Dpto. de Enfermería	2	25
Total	8	100

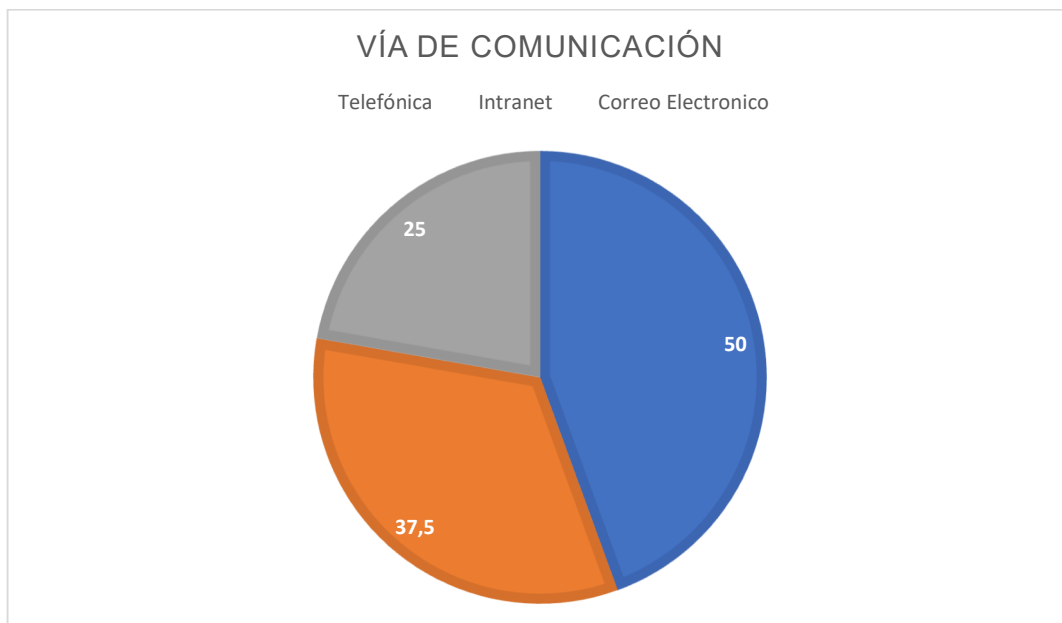


Fuente: Propia

Descripción: Sobre un total de 8 enfermeros que participaron de un evento adverso, en la pregunta n°11 se observa que el 12.5% recurrió al Asistente de piso para comunicar dicho evento, el 62.5% al supervisor, el 25% a Dpto. de Enfermería.

Tabla y Gráfico N°12: Método de Comunicación que utilizaron los enfermeros ante un evento adverso o incidente en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Mayo-junio de 2020.

Opciones	Enfermeros	%
Telefónica	4	50
Intranet	3	37.5
Correo Electrónico	1	25
Total	8	100

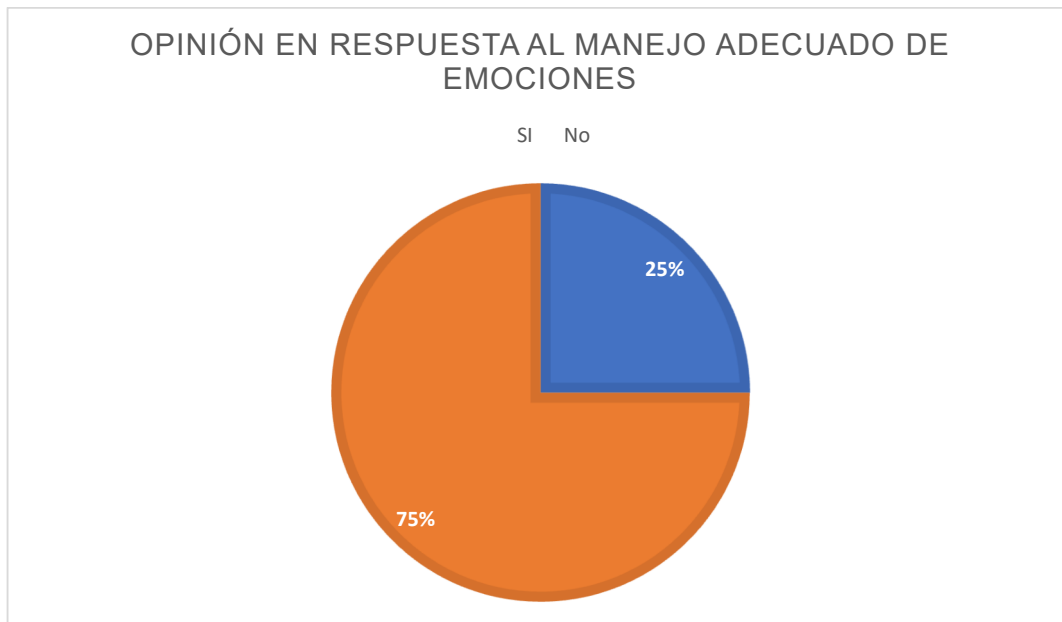


Fuente: Propia

Descripción: Sobre un total de 8 enfermeros que participaron de un evento adverso, el 50% de los enfermeros recurrieron al método de comunicación telefónico, el 37.5% a través de Intranet y el 25% utilizó el Correo Electrónico.

Tabla y Gráfico N°13: Cantidad de Enfermeros que sintieron un manejo adecuado de emociones en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Mayo-junio de 2020.

Respuesta	Enfermeros	%
Si	2	25
No	6	75
Total	8	100

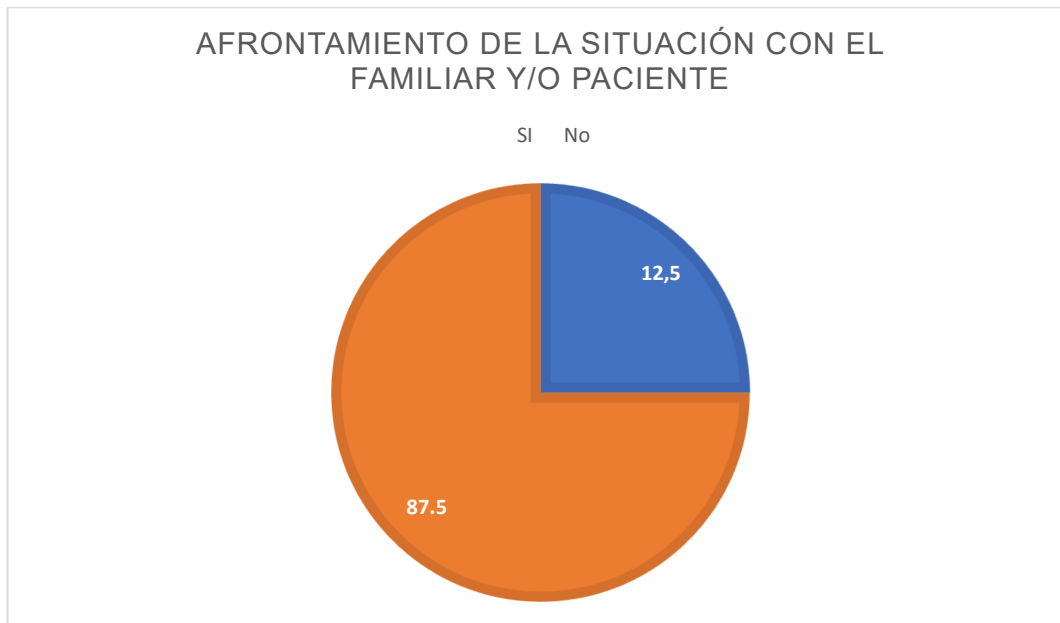


Fuente: Propia

Descripción: En cuanto a los 8 enfermeros que participaron de un evento adverso, en la pregunta n°13 se observa que el 25% refirió sentir por parte de la Institución un manejo adecuado de las emociones, mientras que el 75%, no.

Tabla y Gráfico N°14: Cantidad de Enfermeros que afrontaron la situación con el familiar y/o paciente en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Mayo-junio de 2020.

Respuesta	Enfermeros	%
Si	1	12.5
No	7	87.5
Total	8	100

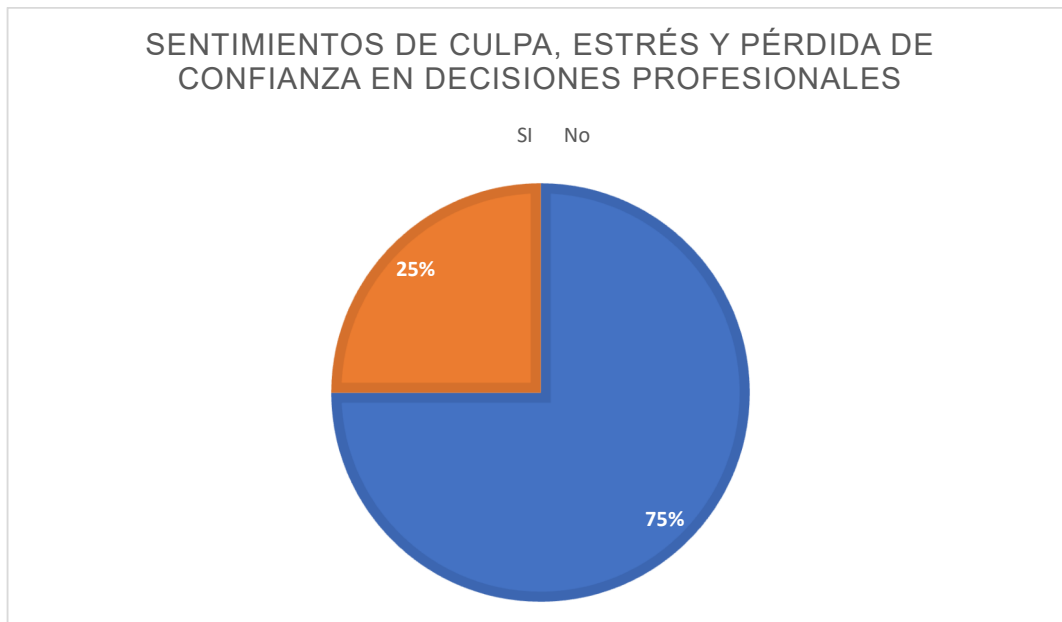


Fuente: Propia

Descripción: De los 8 enfermeros encuestados que participaron de un evento adverso, el 12.5% afrontaron la situación con las primeras víctimas, mientras que el 87.5% no lo hicieron.

Tabla y Grafico n°15: Cantidad de Enfermeros que refieren sentimientos de culpa, estrés y pérdida de confianza en sus decisiones profesionales en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Mayo-junio de 2020.

Respuesta	Enfermeros	%
Si	6	75
No	2	25
Total	8	100



Fuente: Propia

Descripción: De los resultados obtenidos de los 8 enfermeros que participaron de un evento adverso, el 75% respondieron que tuvieron sentimientos de culpa, estrés y pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y el 25% no.

Tabla y Grafico n°16: Cantidad de Enfermeros que contaron con el programa de apoyo a Segundas Víctimas en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Mayo-junio de 2020.

Respuesta	Enfermeros	%
Si	3	37.5
No	5	62.5
Total	8	100



Fuente: Propia

Descripción: Por último, del total de los 8 enfermeros que participaron de la encuesta y afirmaron haber estado en un evento adverso, el 37.5% afirmó que recurrieron al programa de apoyo a Segundas Víctimas de la Institución, el 62.5% no lo hicieron.

Conclusión

En cuanto a los resultados obtenidos sobre la investigación de Segundas Víctimas en Enfermería y las encuestas en la que accedieron 42 enfermeros del 2°,3° y 4° piso de Internación Gral. del turno nocturno del Hospital Italiano de Buenos Aires, es posible concluir que el conocimiento sobre el tema es relativamente menor en la mayoría de los enfermeros.

Las consecuencias originan un gran impacto, tanto en el enfermero, como en el paciente y en la institución.

Como se consultó en la bibliografía, las reacciones emocionales y psicológicas influyen en la vida personal. Muchos profesionales temen a la acción disciplinaria y la pérdida de reputación profesional. Ofrecer apoyo, acompañar al profesional, entender las causas y realizar un proceso de mejora, es de sumo interés.

De ello resulta necesario decir que solo el 67% comprende la denominación de Segundas Víctimas. Por consiguiente, el 60% de los enfermeros conocen sobre la existencia de la Norma/Política de Segunda Víctimas; el 64% sabe qué protocolo seguir ante un evento adverso, y, por ende, el 36% no puede asegurar una respuesta adecuada y proporcional ante la ocurrencia de un error.

El 71% desconoce que la institución brinda capacitación continua e información clara sobre este tema; los profesionales que respondieron afirmativamente, el 29%, tienen conocimiento de ello.

Ante un evento adverso, del total de enfermeros que participaron de la encuesta, solo el 29% afirmó haber estado involucrado en un evento adverso. Y por último el 7% de los profesionales, recurrieron al programa de apoyo a las Segundas Víctimas de la Institución, este mismo consta de ser citado por Medicina del trabajo, y si se requiere, continua con el apoyo psicológico de la mano de un especialista y se brinda licencia psiquiátrica.

De acuerdo con lo señalado y los resultados demostrados, es de suma importancia acceder a un soporte de apoyo institucional para la integración de la labor asistencial, contando con protocolos y procedimientos para responder adecuadamente a los pacientes y a los profesionales.

Bibliografía Preliminar

- Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas de España. (2015). *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*. España.
- HIBA. (2015). From https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/68/documentos/17613_MANUAL%20DE%20CALIDAD%20HIBA_2015.pdf
- Kris Vanhaecht, Deborah Seys, Loes Schouten, Luk Bruyneel, Ellen Coeckelberghs, Massimiliano Panella, Gerda Zeeman. (2019). *Duración de los síntomas de la segunda víctima después de un incidente de seguridad del paciente y asociación con el nivel de daño del paciente: un estudio transversal en los Países Bajos*. From https://bmjopen.bmj.com/content/9/7/e029923?int_source=trendmd&int_medium=cpc&int_campaign=usage-042019
- OMS. (2008). *La investigación en Seguridad del Paciente - Mayor conocimiento para una atención mas segura*. From https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1
- Rey, Y. L. (2014). *Causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la Atención en Enfermería*. Tesis, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Sandi, D. G. (2003). *scielo.sa.cr*. From https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100011#5
- Scott S, Hirschinger L, Cox K, McCoig M, Brandt J, Hall L. (2009). *The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events*. University of Missouri Health System, University of Missouri Columbia, Columbia, Missouri, USA: Qual Saf Health Care. From <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/18/5/325.full.pdf>
- Seys, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, de Scott SD, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. (2013). Repercussion of adverse events upon the healthcare professionals. A study of the second victims. *Trauma Fund MAPFRE*, 24, 54-60. From <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v24n1/docs/Articulo8.pdf>

Ullstrom S 1 , Andreen Sachs M , Hansson J , Ovretveit J , Brommels M .
(2014). Sufriendo en silencio: un estudio cualitativo de segundas
víctimas de eventos adversos. Estocolmo, Suecia. From
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24239992>

Who. (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la
Seguridad del Paciente Versión 1.1.*

Wu, A. (2000). Medical error: the second victim: the doctor who makes the
mistake needs help too. *British Medical Journal.*

Anexos

Norma/Política Segundas Víctimas

Nº 198/17

Nº de Versión / Modificación:
01/00 Fecha de Vigencia:
28/11/2017

Responsables de la Gestión de la política:

Jefe de Departamento de Medicina del Trabajo
Jefes de Departamentos Médicos Profesionales
Comité de Seguridad del Paciente

Estándar 6º Edición JCI: SQE. 8.2 – EM 5

Estándares Relacionados: QPS.7/PCI.5/5.1/ SQE 5 / AOP 5.3 / PCI 2 /PCI 8.2

Palabras clave: evento adverso, segundas víctimas, cultura, seguridad, reporte de incidentes

Introducción (¿Por qué este documento?)

A pesar de que se han desarrollado y extendido numerosos planes e iniciativas dirigidos a asegurar la seguridad de los pacientes, en determinadas situaciones, se siguen produciendo eventos adversos, en algunos casos con repercusión relevante para los pacientes. Pero también son víctimas, los profesionales de la salud que se ven involucrados directa o indirectamente en el evento adverso y que sufren emocionalmente a consecuencia de ello.

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 este contexto se enmarca la elaboración de la presente Norma/Política, en la que se manifiesta el conjunto de estrategias establecidas por esta institución para reforzar la cultura de la seguridad, brindar educación, evaluación, contención, atención y seguimiento de aquellos colaboradores que son segundas víctimas de eventos adversos.

Propósito/Objetivo (¿Qué queremos conseguir?)

Asegurar una respuesta adecuada y proporcional ante la ocurrencia de un evento adverso a fin de mitigar las consecuencias emocionales del mismo en el profesional/es involucrado/s.

Definiciones/Glosario [En caso de corresponder]

Evento adverso: Incidente que produce daño al paciente. Un evento adverso es un suceso no deseado e imprevisto que tiene consecuencias negativas perdurables o no, para el paciente o la propia organización, como consecuencia de la atención sanitaria.

Podemos distinguir tres tipos de eventos adversos:

- **Evento centinela:** Suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos, o tiene riesgos de causarlos, o pérdida de función permanente (por ejemplo muerte o pérdida de función).
- **Eventos adversos moderados** requiere tratamiento adicional, prolonga la estadía.
- **Eventos adversos leves** por ejemplo fiebre, dolor de intensidad leve.

Primera Víctima: paciente que sufre un evento adverso. También se considera primera víctima a los familiares y amigos cercanos del paciente afectado.

Segunda Víctima: Todo profesional de la salud involucrado en un evento adverso imprevisto para el paciente, y/o una lesión relacionada con el paciente que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el evento. La respuesta emocional del profesional, puede incluir remordimiento, ansiedad y angustia moral, y tal vez pueda tener un impacto sobre la calidad y seguridad de la atención al paciente si la organización de atención médica no reconoce y apoya al profesional de la salud.

Tercera Víctima: organización sanitaria que puede sufrir una pérdida de reputación como consecuencia de un incidente para la seguridad del paciente.

Código de Ética: documento institucional que establece los principios y pautas de conducta fundamentales destinados a orientar el comportamiento de los integrantes de la comunidad hospitalaria en todos los ámbitos vinculados a la Institución.

Colaboradores del Hospital Italiano: Incluye a todas las personas que se desempeñan en el hospital, cualquiera sea su relación laboral con la Institución.

Alcance (¿Dónde empieza y dónde termina el proceso?) Desde la detección de un colaborador afectado hasta la recuperación general del mismo.

Ámbito (¿Dónde se tiene que aplicar?) Hospital Italiano de Buenos Aires

Áreas Involucradas (¿Quiénes deben aplicarlo?)

Servicios Médicos, Departamentos Profesionales, Servicios de Apoyo Asistenciales, Instituto Universitario, Departamento de Medicina del Trabajo, Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Ética.

Población (¿A quién se aplica?)

Todo el colaborador que preste funciones asistenciales en la institución, independientemente de su convenio laboral, residentes, becarios y estudiantes.

Desarrollo de Acciones (¿Cómo y cuándo hacerlo?)

El Hospital Italiano de Buenos Aires es una organización que promueve la cultura de la seguridad y el cuidado de la salud de sus integrantes, fomenta con espíritu constructivo, la comunicación de errores y conflictos éticos, para enriquecer el proceso de mejora continua.

Así mismo da impulso y apoyo a las iniciativas de mejora y de búsqueda de la calidad y la eficiencia, en el marco del proceso formativo, garantizando la seguridad de los pacientes.

Por su lado los integrantes de la Institución se comprometen a la actualización continua y la observación de los procedimientos vinculados a la cultura de la seguridad, mediante la realización de capacitaciones brindadas por el Hospital y el aviso oportuno de errores o accidentes.

A fin de estimular la cultura de la seguridad la institución ha desarrollado diferentes estrategias y recursos que se implementan de forma integrada.

A) Código de Ética

A través de este documento la institución promueve un clima organizacional basado en la confianza, el respeto y la lealtad. En este mismo sentido, los responsables y referentes de la institución tienen objetivos tales como:

- Promover en los integrantes de la Institución el trabajo en equipo y la vocación de servicio, con independencia de su función, vínculo contractual o jerarquía.
- Brindar a los integrantes de la Institución información clara, efectiva y capacitación continua.
- Favorecer a los integrantes de la Institución la comunicación de errores o incidentes, como parte del proceso de mejora continua.

B) Encuesta de Cultura de Seguridad

Este instrumento evalúa si el entorno organizacional es proclive a reportar eventos adversos o errores, tiene una periodicidad bianual y está destinada a los grupos asistenciales.

Los resultados se reportan al hospital a través de los canales de la Unidad de Calidad y permiten evaluar las acciones a implementar para mejorar un clima que ayude a aprender del error.

C) Comunicación de los Eventos

El Hospital dispone de un sistema con múltiples entradas para que cualquier persona pueda reportar incidentes para ser analizados.

Los incidentes pueden comunicarse y/o registrarse por múltiples vías:

- **Reporte de Incidente:** asegura confidencialidad y si quien reporta lo decide permanece anónimo, está ubicado en Intranet: (http://www.hospitalitaliano.org.ar/reporte_incidentes/), se completa el formulario de notificación con cuatro campos fundamentales :

Descripción y características del incidente o resultados en el paciente o características del paciente o datos de notificación

Así mismo habrá un apartado específico de propuesta de áreas de mejora o correcciones por parte del notificante de forma voluntaria.

- **Telefónicamente:** al Comité de Seguridad de paciente.
- Por intermedio del análisis de los **Global Trigger Tool**.

El proceso del análisis de los eventos centinelas se detalla en la Norma/Política 76/13 “Evento Centinela”.

D) Comité de Seguridad del Paciente:

- Mantiene la medición del Clima de Seguridad
- Realiza un análisis oportuno y objetivo del evento adverso
- Propone barreras para incrementar la seguridad de los pacientes
- Es una herramienta de difusión de segundas víctimas
- Es parte del proceso de apoyo al profesional afectado como segunda víctima

E) Apoyo a la Segunda Víctima

La institución desarrolla una estructura de contención y atención de los profesionales afectados como segundas víctimas producto de un evento adverso. La misma se divide en tres niveles de acción:

Nivel I:

Base del sistema de contención, conformado por todos los colaboradores de la institución. En este nivel el profesional verbaliza y analiza lo ocurrido con un par, referente o superior inmediato en un lugar con la privacidad adecuada. La atención se centra en proporcionar apoyo al profesional y no en investigar los detalles de la asistencia prestada, realizando una escucha activa.

Las preguntas se formulan de forma abierta permitiendo hablar libremente del tema.

Se orienta acerca que pasos seguir y donde encontrar apoyo.

Se Brinda la posibilidad de no seguir atendiendo a ningún otro paciente ese mismo día.

Nivel II:

Este escalón de apoyo está coordinado por el Comité de Seguridad del Paciente acompañando a profesionales capacitados por la institución en el manejo de segundas víctimas. Los mismos cuentan con:

- Experiencia en el Centro
- Conocimientos básicos sobre la experiencia como segunda víctima (sentimientos, etapas de recuperación, necesidades).
- Manejo adecuado del contacto físico en respuesta a las necesidades emocionales del profesional afectado.
- Habilidad para emplear palabras y acciones claves (qué decir/hacer y qué no decir/hacer).
- Capacidad para discriminar síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés postraumático.
- Conocimiento del plan y actuaciones en seguridad del paciente.

Nivel III:

Este nivel es la última categoría del programa, en el se centran las acciones de atención a la salud física y/o psicológica del profesional afectado. Es coordinado por el Departamento de Medicina del Trabajo.

En este nivel se hace evaluación asistencial, derivaciones correspondientes y se da seguimiento y acompañamiento hasta la finalización del proceso de la segunda víctima.

En todo caso que sea posible y la segunda víctima así lo desee y esté dispuesta, es invitada a participar de los análisis realizados por el Comité de Seguridad y a ayudar en el proceso de recuperación de otras segundas víctimas.

Excepciones (¿Qué casos no son regulados por esta política?)

No posee

Documentos Institucionales o Públicos relacionados

Código de Ética

Norma/Política 76/13 “Evento Centinela”

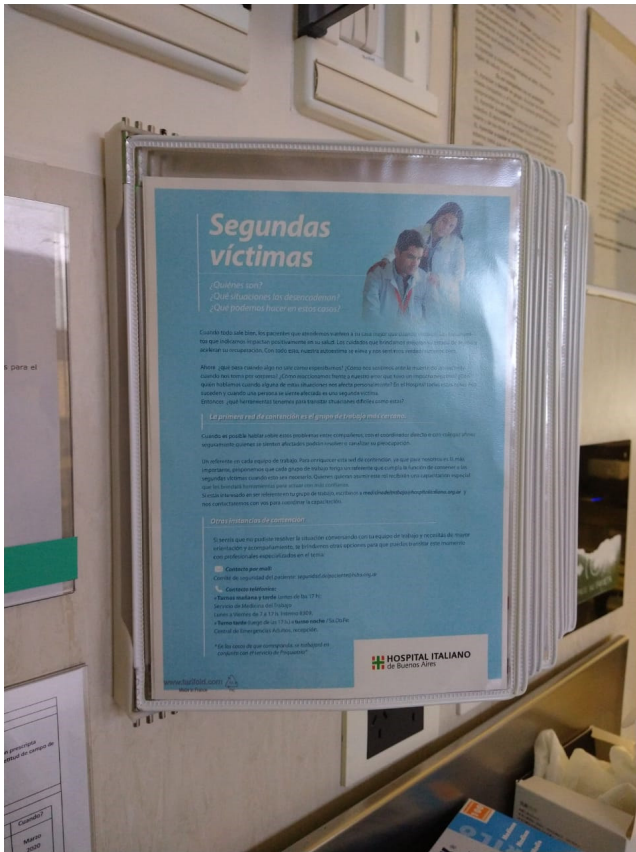
Norma Política 84/13 “Salud Ocupacional”

Anexos

No posee.



Office de Enfermería – Internación General – Turno Nocturno



Afiche informativo de Programa de Apoyo a Segundas Víctimas

Segundas víctimas

¿Quiénes son?
¿Qué situaciones las desencadenan?
¿Qué podemos hacer en estos casos?



Cuando todo sale bien, los pacientes que atendemos vuelven a su casa mejor que cuando vinieron. Los tratamientos que indicamos impactan positivamente en su salud. Los cuidados que brindamos mejoran su estado de ánimo y aceleran su recuperación. Con todo esto, nuestra autoestima se eleva y nos sentimos verdaderamente bien.

Ahora ¿qué pasa cuando algo no sale como esperábamos? ¿Cómo nos sentimos ante la muerte de un paciente cuando nos toma por sorpresa? ¿Cómo reaccionamos frente a nuestro error que tuvo un impacto negativo? ¿Con quién hablamos cuando alguna de estas situaciones nos afecta personalmente? En el Hospital todas estas cosas nos suceden y cuando una persona se siente afectada es una segunda víctima. Entonces ¿qué herramientas tenemos para transitar situaciones difíciles como estas?

La primera red de contención es el grupo de trabajo más cercano.

Cuando es posible hablar sobre estos problemas entre compañeros, con el coordinador directo o con colegas afines seguramente quienes se sienten afectados podrán resolver o canalizar su preocupación.

Un referente en cada equipo de trabajo. Para enriquecer esta red de contención, ya que para nosotros es la más importante, proponemos que cada grupo de trabajo tenga un referente que cumpla la función de contener a las segundas víctimas cuando esto sea necesario. Quienes quieran asumir este rol recibirán una capacitación especial que les brindará herramientas para actuar con más confianza.

Si estás interesado en ser referente en tu grupo de trabajo, escribinos a medicinadeltrabajo@hospitalitaliano.org.ar y nos contactaremos con vos para coordinar la capacitación.

Otras instancias de contención

Si sentís que no pudiste resolver la situación conversando con tu equipo de trabajo y necesitás de mayor orientación y acompañamiento, te brindamos otras opciones para que puedas transitar este momento con profesionales especializados en el tema:

✉ Contacto por mail:

Comité de seguridad del paciente: seguridad.delpaciente@hiba.org.ar

☎ Contacto telefónico:

» **Turnos mañana y tarde** (antes de las 17 h):

Servicio de Medicina del Trabajo

Lunes a Viernes de 7 a 17 h. Interno 8309.

» **Turno tarde** (luego de las 17 h.) » **turno noche** / Sa.Do.Fe:

Central de Emergencias Adultos, recepción.

* En los casos de que corresponda, se trabajará en conjunto con el servicio de Psiquiatría*

 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

Afiche informativo online de Segundas Víctimas.



Menú Principal

- Inicio
- Beneficios Institucionales
- Beneficios Comerciales
- Inducción



Usted se halla en: RRHH > Todas las noticias

12 noticias

COVID-19
Certificado único de circulación

Medicina del Trabajo
¿Cómo actuar ante un accidente de trabajo?
ART

Pensando en VOS
Una red de Beneficios pensada para tu bienestar
Beneficios Comerciales, institucionales y espacios de encuentro

Guía de Ausentismo
Para el personal del Hospital Italiano

Actualizá los datos de tus Familiares
(Puedes hacerlo desde el Self Service!)

Programa de Segundas Víctimas
Cómo debemos actuar

ANTICIPO DE SUELDO POR VACACIONES

LICENCIA POR VACACIONES

Intranet

Encuesta

La presente encuesta es de carácter anónima y voluntaria y forma parte de un estudio de investigación que tiene como objetivo: “Determinar en qué medida los enfermeros del área de Internación General del Hospital Italiano de Bs. As, conocen sobre las Normas/Políticas de Segundas Víctimas y como actuarían frente a un evento adverso”. Para completar la misma, debe colocar una cruz (X) en la única opción que considere correcta a cada pregunta.

Desde ya se agradece su colaboración.

1. ¿Sabe a qué se denomina como “Segundas Víctimas” a los profesionales implicados ante un Evento Adverso?	Si	No
2. ¿Tiene conocimiento de que el Hospital Italiano tiene una Norma/Política sobre Segundas Víctimas?	Si	No
3. ¿La institución brinda a los integrantes información clara, efectiva y/o capacitación continua sobre Segundas Víctimas?	Si	No
4. ¿Se cuenta con un protocolo sobre que, como, cuando y a quien informar sobre un incidente o efecto adverso?	Si	No
5. ¿Conoce las vías de comunicación de incidentes o efectos adversos?	Si	No
6. ¿Siente compromiso activo de la Institución para mejorar el cuidado del paciente?	Si	No
7. ¿Siente que los errores se resuelven de manera rápida y eficaz?	Si	No
8. ¿Estuvo involucrado/a en un Evento Adverso?	Si	No

En caso de estar involucrado/a en un Evento Adverso

9. ¿Tiene conocimiento sobre si la institución provee un profesional especializado como apoyo y persona de contacto para compartir dicha experiencia?	Si	No
10. Estuve involucrado/a en un Evento Adverso, pero oculté la información.	Si	No
<p>11. ¿A quién/es comunico el incidente? Puede marcar varias opciones.</p> <p>a. Asistente de Piso b. Supervisor c. Departamento de Enfermería</p>		
<p>12. ¿Qué forma/s de comunicación utilizó? Puede marcar varias opciones.</p> <p>a. Telefónica (Comité de Seguridad del Paciente) b. Intranet (Reporte de Incidente) c. Correo Electrónico (seguridad.delpaciente@hospitalitaliano.org.ar)</p>		
13. ¿Hubo un manejo adecuado en respuesta a las necesidades emocionales?	Si	No
14. ¿Afronto la situación con el paciente y/o familiares?	Si	No
15. ¿Tuvo sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales?	Si	No
16. ¿Conto con el programa de apoyo a Segundas Víctimas de la institución?	Si	No