



Abordaje de los errores asistenciales: protocolo de intervención para profesionales de enfermería

Addressing medical errors: an intervention protocol for nursing professionals

Abordagem dos erros assistenciais: protocolo de intervenção para profissionais de enfermagem

Como citar este artículo:

Díaz Pérez C, Salvadores Fuentes P, Jiménez García E. Addressing medical errors: an intervention protocol for nursing professionals. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03463. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018012703463>

 Cristina Díaz Pérez¹

 Paloma Salvadores Fuentes²

 Elena Jiménez García¹

¹ Universidad Pontificia de Salamanca, Facultad de Ciencias de la Salud "Salus Infirmorum", Madrid, España.

² Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, Madrid, España.

ABSTRACT

Objective: To identify the types of interventions that should be included in an organizational protocol for responding to serious adverse events involving nursing staff. **Method:** A descriptive exploratory study was conducted in the Autonomous Community of Madrid, Spain using a questionnaire. **Results:** 248 nurses have participated. The respondents prioritized the following interventions for inclusion in the protocol: legal advice (86.5% of participants) and counseling (82.4% of participants). Over two-thirds of the nurses (69.3%) showed that they would like to receive guidance on how to record adverse events on the patient's medical records, while 64.8% showed that they would like to receive advice on assurances and legal safeguards in relation to the health organization's medical error notification system and 54.5% endorsed refresher training. Compulsory temporary or permanent transfer of nursing staff involved in adverse events was one of the least popular interventions (3.3% of participants). **Conclusion:** The nurses prioritized counseling, legal advice, training in communication techniques, and refresher training to address the consequences of adverse events and discarded the possibility of compulsory temporary or permanent transfer.

DESCRIPTORS

Patient Safety; Medical Errors; Medication Errors; Nursing; Team.

Autor correspondiente:

Cristina Díaz Pérez
Facultad de Ciencias de la Salud "Salus Infirmorum"
Dirección postal: Calle de Gaztambide 12
28015 – Madrid, España.
cdp.urg@gmail.com

Recibido: 07/04/2018
Aprobado: 26/11/2018

INTRODUCCIÓN

Los Eventos Adversos son experiencias traumáticas y dolorosas tanto para el paciente y su familia, como para los profesionales sanitarios implicados⁽¹⁾. Aunque los pacientes son considerados las primeras víctimas de un error médico, los profesionales también sufren daños a consecuencia del mismo error, son las “segundas víctimas”⁽²⁻³⁾.

La enfermera segunda víctima de un error asistencial puede definirse como el profesional que sufre una afectación emocional postraumática debido a su implicación en un error médico con daño grave a un paciente⁽⁴⁾.

Cuando un profesional sanitario se ve involucrado en la comisión de un error derivado de la asistencia prestada, experimenta una serie de consecuencias emocionales posteriores al suceso que deben ser detectadas y abordadas precozmente^(2,5). Culpa, ansiedad, cansancio, falta de concentración, miedo a las consecuencias legales y revivir una y otra vez el suceso, son los sentimientos más frecuentes^(4,6-7). Los profesionales afectados pueden ver también limitada su capacidad de desarrollar sus funciones rutinarias durante días o semanas⁽³⁾.

Cuando se produce un error asistencial, por ejemplo un error en la administración de medicación, con daño grave a un paciente, en primera instancia las actuaciones deben ir dirigidas a dar soporte al paciente, pero no se puede obviar la necesidad de apoyo psicológico de los profesionales implicados^(2,5,8).

El derecho de los profesionales implicados en un evento adverso a recibir un tratamiento justo y comprensivo una vez acontecido el error, debe ser protocolizado por parte de las instituciones sanitarias⁽⁹⁾.

En ocasiones los profesionales convertidos en segundas víctimas son incapaces de continuar trabajando y precisan bajas laborales e incluso llegan a abandonar la profesión⁽⁶⁾. Sin embargo, existen pocas organizaciones sanitarias que hayan desarrollado procedimientos para asistir a las segundas víctimas que no son capaces de superar la situación⁽¹⁰⁾.

La propia institución sanitaria, donde ha tenido lugar evento adverso, es considerada tercera víctima, por la pérdida de reputación que también sufre ante los ciudadanos y pacientes^(1,11).

Los gerentes sanitarios y responsables de instituciones deben implementar intervenciones de ayuda a las segundas víctimas, basadas en una cultura de no culpabilidad de los profesionales⁽¹²⁻¹³⁾. Un adecuado liderazgo institucional debería promover la implantación de un protocolo de respuesta frente a eventos adversos con un conjunto de acciones respaldadas y consensuadas por los propios profesionales⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

El establecimiento de protocolos para atender a los profesionales implicados en un evento adverso y a la propia organización sanitaria en conjunto, servirían de guía para saber cómo actuar, cuándo y quién será el responsable de cada función^(6,9). Los mecanismos de soporte a los profesionales de Enfermería afectados por la implicación en un error asistencial, deben ser implementados in situ, en las propias unidades o servicios del centro sanitario, por parte de directores, supervisores y de los compañeros y colegas de profesión⁽⁴⁾.

Por ello, además de estrategias comunicativas que fomenten la comunicación o la disculpa ante un fallo derivado de la asistencia sanitaria, los profesionales reclaman seguridad jurídica para estas acciones, con garantías de un proceso adecuado para todas las partes implicadas⁽¹⁷⁾.

Partiendo de la ausencia de protocolos estandarizados de actuación y apoyo a las segundas víctimas de los eventos adversos y la necesidad percibida de que las instituciones sanitarias respalden a los profesionales sanitarios implicados en errores asistenciales, se plantea el presente estudio para incluir en un protocolo construido con rigor metodológico aquellas acciones percibidas como necesarias por los profesionales de enfermería.

La pregunta de investigación planteada fue: ¿Qué intervenciones debe incluir un protocolo que guíe las acciones institucionales frente a los eventos adversos graves que involucren al equipo de enfermería?

El objetivo del estudio fue conocer las medidas y acciones que debería incluir un protocolo de respuesta institucional frente a eventos adversos graves que involucren al equipo de enfermería.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO

Estudio exploratorio descriptivo.

ESCENARIO

Desarrollado en la Comunidad Autónoma de Madrid (España). La población de estudio estuvo constituida por una muestra de 248 sujetos del total de enfermeros colegiados en la capital de España.

COLETA DE DATOS

Los datos fueron recolectados de febrero a octubre de 2016, siendo utilizado como instrumento de recolección de datos un cuestionario en soporte papel y electrónico. El cuestionario que no estaba validado, fue expresamente diseñado *ad hoc*, para esta investigación tras una revisión bibliográfica⁽¹⁸⁾.

Las variables recogidas fueron socio-demográficas (sexo, edad) y laborales (años de experiencia profesional, tipo de centro asistencial y servicio de destino de los encuestados), así como una pregunta cerrada de opción múltiple de respuesta, para marcar las preferencias de actuación y asesoramiento que deberían ser incluidas en un protocolo de apoyo a los profesionales implicados en un evento adverso. Una pregunta abierta final y complementaria, denominada “Otros” también fue incluida.

ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE DATOS

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 23.0. Se emplearon datos descriptivos básicos, número de casos y porcentaje en cada categoría y valores mínimo, máximo, media y desviación típica. La comparación entre grupos de variables cualitativas se realizó mediante la prueba Chi-Cuadrado.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio fue autorizado por el Colegio Oficial de Enfermería de Madrid con número de Registro: 2016407176. Se aseguró el anonimato y confidencialidad de los participantes de conformidad con la Ley Orgánica Española de Protección de Datos 15/1999. Se solicitó la participación voluntaria a profesionales de Enfermería asistentes a diez ediciones de las convocatorias del curso “Actuación de Enfermería ante la Seguridad del Paciente” organizado bajo el auspicio del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, España.

RESULTADOS

La muestra final del estudio se ha constituido con doscientos cuarenta y ocho enfermeros/as (N=248). Un 90,3 % (n=224)

son mujeres y 9,7% (n=24) hombres. La edad osciló entre los 22 y 62 años con un promedio de 36,3 años (DT =10.5). Según el tipo de centro asistencial de trabajo, un 72,6% (n=180) trabaja en un hospital y un 25,8% (n=64) en otros tipos de centros (Atención Primaria y consultas externas). Siendo el promedio de años de experiencia de 14,6 años (rango 0-42, DT=10,8)

En la Tabla 1 se presenta la relación de actuaciones que los profesionales colegiados, desearían incluir en un protocolo de apoyo a las segundas víctimas por parte de sus centros de trabajo. Se muestran los resultados (porcentaje, número de sujetos y prueba Chi cuadrado) por servicio de destino, hospitalario o centro de Atención Primaria y consultas externas. A nivel hospitalario se desglosan las categorías bloque quirúrgico, unidades de hospitalización y servicios especiales que aglutinan Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Urgencias hospitalarias y Emergencias extrahospitalarias.

Tabla 1 – Acciones a incluir en un protocolo enumeradas por los profesionales según servicio de trabajo – Enfermeros Colegiados en la Comunidad de Madrid, España, 2016.

Acciones	Servicio, n (%)				Total (%)	Prueba Chi-cuadrado	
	Bloque quirúrgico	Unidades de hospitalización	Servicios especiales	Atención primaria		$\chi^2(1)$	p-valor
Asesoramiento psicológico						0,869	0,833
Sí	31 (81,6)	89 (80,9)	29 (87,9)	52 (82,5)	82,4		
No	7 (18,4)	21 (19,1)	4 (12,1)	11 (17,5)			
Asesoramiento del servicio jurídico						7,39	0,06
Sí	30 (78,9)	93 (84,5)	33 (100)	55 (87,3)	86,5		
No	8 (21,1)	17 (15,5)		8 (12,7)			
Asesoramiento sobre garantías y seguridad jurídica						7,03	0,084
Sí	17 (44,7)	73 (66,4)	24 (72,7)	44 (69,8)	64,8		
No	21 (55,3)	37 (33,6)	9 (27,3)	19 (30,2)			
Asesoramiento sobre cómo registrar						2,493	0,476
Sí	23 (60,5)	75 (68,2)	25 (75,8)	46 (73)	69,3		
No	15 (39,5)	35 (31,8)	8 (24,2)	17 (27)			
Taller de estrategias comunicativas						7,979	0,045*
Sí	16a (42,1)	66b (60)	22b (66,7)	43b (68,3)	60,2		
No	22a (57,9)	44b (40)	11b (33,3)	20b (31,7)			
Taller de reciclaje						3,643	0,303
Sí	16 (42,1)	60 (54,5)	21 (63,6)	36 (57,1)	54,5		
No	22 (57,9)	50 (45,5)	12 (36,4)	27 (42,9)			
Cambio/permuta de manera temporal						5,821	0,121
Sí	1 (2,6)	15 (13,6)	7 (21,2)	10 (15,9)	13,5		
No	37 (97,4)	95 (86,4)	26 (78,8)	53 (84,1)			
Cambio/permuta de manera permanente						11,809	0,008**
Sí		1a (0,9)	4b (12,1)	3a,b (4,8)	3,3		
No	38a (100)	109a (99,1)	29b (87,9)	60a,b (95,2)			
Otros						15,323	0,002**
Sí	5a (13,2)	12a (10,9)	13b (39,4)	14a,b (22,2)	18		
No	33a (86,8)	98a (89,1)	20b (60,6)	49a,b (77,8)			

a-b Comparaciones de columna: diferentes letras minúsculas indican diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni). * $p < 0,05$.

** $p < 0,01$

En relación al tipo de actuaciones que les gustaría recibir a los profesionales, el 86,5% de los enfermeros reclaman recibir asesoramiento jurídico específico sobre las consecuencias legales de la implicación de un profesional en un evento adverso grave, a través del servicio jurídico de sus centros de trabajo. Un 82,4 % de los profesionales encuestados, consideran necesario recibir asesoramiento psicológico por parte de especialistas, con el fin de abordar las secuelas psicológicas y el estrés postraumático, tras la comisión de un error de error con daño grave a un paciente.

Respecto al modo de registrar en la historia clínica del paciente tanto los hechos acaecidos, como las personas intervinientes en el evento adverso, un 69,3% de los profesionales destacan la necesidad de ser asesorados en este aspecto. Un 64,8% de los participantes, respondieron que les gustaría recibir también asesoramiento sobre las garantías y seguridad jurídica del sistema de registro y notificación de eventos adversos del centro asistencial.

Sobre los talleres de estrategias comunicativas, un 60,2 % de los encuestados abogan por recibir formación sobre técnicas de comunicación de malas noticias y cómo informar al paciente y sus familiares. Sin embargo, existe una diferencia estadísticamente significativa entre la opinión de los enfermeros/as del bloque quirúrgico, donde 22 participantes (57,9%) manifestaron que no desearían recibir el taller de comunicación ($p < 0,045$) y el resto de profesionales destinados en unidades de hospitalización, servicios especiales y/o Atención Primaria y otras consultas externas, quienes abogan por recibir estos talleres.

Un 54,5% de los enfermeros apoyan protocolizar talleres de reciclaje de realización de la técnica de enfermería o procedimiento, durante el cual tuvo lugar el evento adverso.

El cambio o permuta de servicio o destino de manera permanente, se perfila como una de las estrategias o actuaciones menos deseadas entre los profesionales, con solo un 3,3% de apoyo entre los participantes. Un porcentaje pequeño de profesionales (13,5%) respalda la medida de ser reubicados de manera temporal en otro destino tras haberse visto implicados en la comisión de un error con daño grave a un paciente. Casi el 90% de los enfermeros consultados no desearían ser cambiados de servicio o unidad, ni de manera permanente, ni temporal tras la comisión de un evento adverso.

El ítem *Otras* aglutina respuestas reflejadas por los sujetos participantes como tener días libres en la planilla de jornadas de trabajo y permisos sin sueldo protocolizados tras un evento adverso (18%). Esta última propuesta fue más demandada entre los profesionales de Atención Primaria y de servicios especiales.

En la Tabla 2 se muestra el resumen con los tipos de intervenciones que los profesionales de Enfermería incluirían en un protocolo de apoyo a las segundas víctimas de los eventos adversos.

Tabla 2 – Intervenciones a incluir en un protocolo de apoyo a las segundas víctimas de eventos adversos – Enfermeros Colegiados en la Comunidad de Madrid, España, 2016.

Ranking de opciones	Total n (%)
Item 1: Asesoramiento legal	211 (86,5)
Item 2: Asesoramiento psicológico	201 (82,4)
Item 3: Asesoramiento sobre cómo registrar el Evento Adverso en la historia clínica	169 (69,3)
Item 4: Asesoramiento sobre las garantías de la notificación y seguridad jurídica	158 (64,8)
Item 5: Taller de estrategias comunicativas	147 (60,2)
Item 6: Taller de reciclaje de procedimientos y técnicas de Enfermería	133 (54,5)
Item 7: Otras medidas como tener días libres o permiso sin sueldo tras la comisión del evento adverso grave.	61 (18)
Item 8: Cambio o permuta del profesional a otra Unidad/servicio ...	
...de manera temporal	33 (13,5)
...de manera definitiva	8 (3,3)

DISCUSIÓN

En el presente estudio se analiza el tipo de acciones que debería incluir un protocolo de respuesta institucional frente a eventos adversos graves que involucren al equipo de enfermería.

El asesoramiento psicológico y el asesoramiento por parte del servicio jurídico se perfilan como las necesidades prioritarias percibidas por los enfermeros con independencia del tipo de servicio de destino. Los datos obtenidos avalan la necesidad manifestada por los profesionales de recibir también asesoramiento sobre la seguridad jurídica derivada de la notificación y recomendaciones sobre cómo realizar el registro documental del evento adverso acaecido en la historia clínica.

Las medidas disciplinarias y legales, así como el estrés postraumático que puede sobrevenir, se perfilan como los principales temores derivados de la comisión de un error en la asistencia.

Estos hallazgos, son congruentes con los resultados de otros estudios. Un grupo de profesionales sanitarios y expertos en Derecho, participantes en una investigación sobre “las oportunidades y las barreras ético-legales de la comunicación y disculpa del error médico”, consideraron necesaria la formación en “conocimientos legales y comunicativos”, para vencer las barreras que limitan la revelación y comunicación de errores asistenciales y que están relacionadas con el “miedo a las consecuencias legales, a los medios de comunicación o a la reacción de la profesión”⁽¹⁷⁾.

En un estudio realizado en un hospital europeo con profesionales implicados en un error médico, la mayoría de los sujetos expresaron la necesidad de recibir apoyo institucional, por parte del centro de trabajo, así como información del proceso de investigación posterior⁽⁷⁾.

Cuando la asistencia sanitaria es prestada y desencadena unos resultados distintos a los esperados, la mayoría de los pacientes quieren recibir información precozmente. Y ante los errores cometidos, los pacientes también valoran positivamente una disculpa del profesional, así como ser informados por los responsables de la Institución implicada sobre las medidas preventivas que van a ser implementadas para evitar este tipo de errores en otros pacientes⁽¹⁹⁾.

Asimismo, los resultados de nuestro trabajo muestran que más de la mitad de los profesionales participantes, tanto de Atención Primaria, como de unidades de hospitalización y servicios especiales (Urgencias, Emergencias y UCI), demandan recibir “talleres de estrategias comunicativas”, para informar correctamente a los pacientes afectados por un error y/o a sus familiares.

Diversos autores destacan que una revelación franca y honesta del evento adverso al paciente y sus familiares, puede reducir la ansiedad y estrés emocional posterior de los profesionales implicados⁽⁴⁾. Asimismo una buena comunicación puede ayudar a restaurar la relación profesional sanitario-paciente. “La principal oportunidad derivada de una comunicación, es la mejora de la confianza entre el médico y el paciente o sus familiares”⁽¹⁷⁾. Existe evidencia científica de que una buena comunicación en la práctica clínica rutinaria, fortalece al equipo de trabajo, mejora la seguridad de los pacientes y disminuye los errores asistenciales⁽¹⁸⁾.

Diversos estudios internacionales, muestran que los profesionales no están formados en técnicas de comunicación y revelación de eventos adversos, estando ampliamente interesados en recibir este entrenamiento^(3,7). Un estudio realizado con profesionales sanitarios españoles, revela que sólo un 17,4% de médicos y un 19,1% de los enfermeros habían recibido entrenamiento para informar correctamente a un paciente tras un evento adverso⁽²⁰⁾.

En otra investigación desarrollada sobre la notificación y revelación de los eventos adversos, se demuestra la utilidad de la implementación de estrategias encaminadas a garantizar una comunicación abierta y franca entre el personal y con los pacientes, a través de reuniones de equipo con técnicas de-briefing en los cambios de guardia y con sesiones formativas de análisis de los incidentes⁽¹⁶⁾.

Por ello, además de estrategias comunicativas que fomenten la comunicación o la disculpa ante un fallo derivado de la asistencia sanitaria, los profesionales reclaman seguridad jurídica para estas acciones, con garantías de un proceso adecuado para todas las partes implicadas⁽¹⁷⁾. Una respuesta no punitiva al error en el entorno clínico es un aspecto importante en el manejo de los eventos adversos⁽¹⁴⁾.

Una gran mayoría de los profesionales encuestados, respaldan la iniciativa de recibir talleres de reciclaje en la realización de aquellas técnicas o procedimientos en los cuales se ha cometido el error (por ejemplo talleres de medicación de alto riesgo). La optimización de las habilidades de las enfermeras, reciclando y formando enfermeras especialistas en técnicas o procedimientos específicos, es otra práctica que contribuye a la mejora de la cultura de la seguridad del paciente⁽¹⁸⁾.

La evidencia científica ha puesto de manifiesto que los errores de medicación, principalmente con fármacos

potencialmente peligrosos administrados por vía parenteral, son los incidentes de seguridad más frecuentes en servicios de urgencias, UCI y bloque quirúrgico, y la mayoría involucran al personal de enfermería⁽²¹⁾. En una Unidad de Cardiología Pediátrica de un hospital estadounidense se introdujo un proyecto formativo para reducir los errores de medicación. Este proyecto incluía clases teóricas y prácticas para reciclar a los profesionales en el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo y los profesionales eran auditados y evaluados posteriormente para comprobar el cumplimiento de la regla de los “cinco correctos de la administración segura de medicación” y resultó ser muy efectivo⁽¹⁴⁾.

En concordancia con los resultados de nuestra investigación, hay otros estudios que recogen la necesidad de implementar mejoras en el área de la seguridad del paciente, que incluyan la formación, el asesoramiento y la investigación^(17,19).

Investigaciones recientes sobre las consecuencias de los errores asistenciales en los profesionales implicados, han planteado cuestiones trascendentes sobre la necesidad de valorar el impacto psicológico de las segundas víctimas, así como el deber de respetar sus derechos, que deberían de ser analizadas por los líderes de las instituciones sanitarias⁽⁸⁾. Proyectos de apoyo psicológico a las víctimas de errores asistenciales, como el programa MITSS, de soporte a los profesionales sanitarios, pacientes y familiares afectados por la implicación en un evento adverso, están siendo implementados en países como Estados Unidos⁽⁹⁾.

No se puede obviar el hecho de que ante un evento adverso con daño grave a un paciente, la institución sanitaria implicada puede ver afectada su imagen social. Iniciativas como el diseño de guías con recomendaciones para dar soporte a los profesionales implicados, están comenzando a ser instauradas en algunos centros sanitarios para atender a las segundas y terceras víctimas, e incluyen planes de crisis y listados de verificación de actuaciones encaminadas a ofrecer una adecuada respuesta a un evento adverso y salvaguardar la reputación de la institución sanitaria⁽²²⁻²³⁾.

En relación a la cuestión de si los profesionales de Enfermería desearían ser cambiados o reubicados de servicio tras la implicación en un evento adverso grave, los enfermeros de todos los servicios asistenciales encuestados mayoritariamente expresaron que no son proclives al cambio de Unidad o destino ni de manera temporal, ni permanente. Una medida forzosa en este sentido, podría ser contraproducente al ser percibida por los profesionales sanitarios como una sanción punitiva o disciplinaria.

Las consecuencias de los hallazgos obtenidos en este estudio para la profesión de Enfermería son muy relevantes. Dado que los enfermeros desempeñan un rol importante en la seguridad de los pacientes, un protocolo de apoyo y soporte a las segundas víctimas de los errores asistenciales debería tener muy presente las preferencias y expectativas manifestadas por los profesionales de Enfermería al respecto y que han sido por primera vez recogidas en este estudio. Cabe reseñar que los resultados obtenidos son extrapolables, dado que son propuestas de intervenciones consensuadas por una muestra amplia de enfermeros, que pueden ser tenidas en cuenta por parte de los gestores clínicos y directores

de instituciones sanitarias y aplicadas en distintos ámbitos geográficos a nivel internacional, con el fin de promover la cultura de la seguridad de los pacientes.

La innovación principal que aporta la presente investigación, es una herramienta novedosa desde el punto de vista de la seguridad de los pacientes, que permite realizar una intervención multidisciplinar desde las propias instituciones sanitarias, para dar soporte jurídico, psicológico y laboral a aquellos profesionales que se han visto implicados en errores asistenciales con daño grave al paciente. Como líneas futuras de investigación, procedería analizar el grado de implantación de estos protocolos en los centros sanitarios y valorar el grado de satisfacción y calidad percibida entre los profesionales.

Como limitaciones de nuestro estudio encontramos que los participantes pertenecen a una única categoría profesional sanitaria, no siendo extrapolables los resultados a otros profesionales. Asimismo, existe un sesgo de selección que no ha sido aleatoria. Un estudio comprensivo más amplio debería abordar estos aspectos.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las medidas y acciones que debería incluir un protocolo de respuesta institucional frente a eventos adversos graves que involucren al equipo de enfermería. **Método:** Estudio exploratorio descriptivo a través de cuestionario con una muestra de profesionales de Enfermería, colegiados en Madrid, España. **Resultados:** Participaron 248 profesionales de Enfermería. Un protocolo de respuesta institucional frente a eventos adversos graves que involucren al equipo de enfermería debería incluir el asesoramiento jurídico (86,5%) y psicológico (82,4%) como intervenciones prioritarias. Un 69,3% de los enfermeros son partidarios del asesoramiento sobre cómo registrar el evento adverso en la historia clínica. Un 64,8% desearían recibir asesoramiento sobre las garantías y seguridad jurídica del sistema de notificación de errores. Un 54,5% de los enfermeros apoyan protocolizar talleres de reciclaje de técnicas. El cambio o permuta forzosa de servicio de manera permanente, es una de las estrategias menos deseadas entre los profesionales (3,3%). **Conclusión:** Los enfermeros reclaman recibir asesoramiento psicológico y jurídico, técnicas de comunicación y reciclaje y no ser cambiados de servicio, para abordar las consecuencias posteriores de un evento adverso.

DESCRIPTORES

Seguridad del Paciente; Errores Médicos; Errores de Medicación; Grupo de Enfermería.

RESUMO

Objetivo: Conhecer as medidas e ações que deveriam incluir um protocolo de resposta institucional diante de eventos adversos graves que envolvam a equipe de enfermagem. **Método:** Estudo exploratório descriptivo por meio de questionário com uma amostra de profissionais de Enfermagem, colegiados em Madrid, Espanha. **Resultados:** Participaram 248 profissionais de Enfermagem. Um protocolo de resposta institucional diante de eventos adversos graves que envolvam a equipe de enfermagem deveria incluir a assessoria jurídica (86,5%) e psicológica (82,4%) como intervenções prioritárias. Cerca de 69,3% dos enfermeiros são partidários da assessoria sobre como registrar o evento adverso na história clínica. Aproximadamente 64,8% desejariam receber assessoria sobre as garantias e segurança jurídica do sistema de notificação de erros. Cerca de 54,5% dos enfermeiros apoiam protocolizar oficinas de reciclagem de técnicas. A mudança ou troca forçosa de serviço de modo permanente é uma das estratégias menos desejadas entre os profissionais (3,3%). **Conclusão:** Os enfermeiros reivindicam receber assessoria psicológica e jurídica, técnicas de comunicação e reciclagem e não ser trocados de serviço, para abordar as consequências posteriores de um evento adverso.

DESCRITORES

Segurança do Paciente; Erros Médicos; Erros de Medicação; Equipe de Enfermagem.

REFERENCIAS

1. Torrijano-Casalengua ML, Astier-Peña P, Mira-Solves JJ, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Aten Primaria*. 2016;48(3):143-6.
2. Edrees H, Connors C, Paine L. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jul 9];6:e011708. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27694486/>
3. Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2012 [cited 2018 Feb 15];21(4):267-70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22213379>
4. Lewis EJ, Baernholdt MB, Yan G, Guterbock TG. Relationship of adverse events and support to RN burnout. *J Nurs Care Qual*. 2015;30(2):144-52.
5. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof*. 2013;36(2):135-62.

CONCLUSIÓN

A la vista de los resultados alcanzados se concluye que para abordar las consecuencias psicológicas, legales y profesionales sobrevenidas en las segundas víctimas de los eventos adversos, los enfermeros reclaman principalmente recibir asesoramiento psicológico y jurídico, pero también consideran necesario ser informados sobre las garantías de anonimato, confidencialidad y no penalización del sistema de notificación de errores de cada centro sanitario.

Asimismo, los participantes han solicitado recibir asesoramiento sobre la manera correcta de registrar el error en la historia clínica y talleres formativos en técnicas de comunicación y revelación del evento adverso. Los enfermeros colegiados también son proclives a recibir talleres de reciclaje y no respaldan ser cambiados forzosamente de Unidad o Servicio.

Este estudio muestra la importancia de conocer e implementar las necesidades percibidas por los profesionales de Enfermería en los protocolos de apoyo a los profesionales de segundas víctimas de errores asistenciales.

6. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:151.
7. Ullström S, Sachs MA, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf [Internet]*. 2014 [cited 2018 Feb 15];23(4):325-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24239992>
8. Sociedad Española de Calidad Asistencial. Recomendaciones para la respuesta institucional ante un evento adverso. *Rev Calid Asis*. 2016;31(1):42-54.
9. Grissinger M. Too many abandon the “second victims” of medical errors. *PT [Internet]*. 2014 [cited 2018 Feb 15];39(9):591-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159062/>
10. Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(5):678-87.
11. Mira JJ, Lorenzo S, Navarro I. Hospital reputation and perceptions of patient safety. *Med Princip Pract*. 2013;23(1):92-94.
12. Taylor A. In response to the article, “Relationship of adverse events and Support to RN Burnout”. *J Nurs Care Qual*. 2015;30(4):289.
13. Ferner RE. Medication errors. *Br J Clin Pharmacol*. 2012;73(6):912-6.
14. Keiffer S, Marcum G, Harrison S, Teske DW, Simsic JM. Reduction of medication errors in a pediatric cardiothoracic intensive care unit. *J Nurs Care Qual*. 2015;30(3):212-9.
15. The Joint Commission. The essential role of leadership in developing a safety culture. *Sentinel Event Alert*. Oakbrook Terrace; 2017.
16. Astier-Peña MP, Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G. Setting priorities for patient safety in Primary Care. *Aten Primaria*. 2015;48(1):3-7.
17. Giraldo P, Corbella J, Rodrigo C, Comas M, Sala M, Castells X. Análisis de las barreras y oportunidades legales-éticas de la comunicación y disculpa de errores asistenciales en España. *Gac Sanit*. 2016;30(2):117-20.
18. Ricciardi R. AHRQ focuses on ambulatory patient safety. *J Nurs Care Qual*. 2015;30(3):193-6.
19. The Canadian Medical Protective Association. Disclosing harm from healthcare delivery [Internet]. Ottawa; 2015 [cited 2018 Feb 15]. Available from: https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/advice-and-publications/handbooks/com_15_disclosure_handbook-e.pdf
20. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, et al. Something is wrong in the way we inform patients of an adverse event. *Gac Sanit*. 2015;29(5):370-4.
21. Valle MMF, Cruz EDA, Santos T. Medication incidents in an outpatient emergency service: documental analysis. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03271. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016033303271>
22. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:341.
23. Mira-Solves JJ, Carrillo I, Lorenzo S. What are hospitals and primary care doing to mitigate the social impact of serious adverse events. *Gac Sanit*. 2017;31(2):150-3.

