

**DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LAS
SEGUNDAS VÍCTIMAS EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO
CUNDINAMARCA**

PRESENTADO POR:

MARISOL ANGEL REYES

LEYDY JOHANNA RODRÍGUEZ SUÁREZ

ASESORA:

DRA. GLORIA OSORIO

ESPECIALIZACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

BOGOTÁ D.C

2023

CONTENIDO

RESUMEN.....	3
1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3. JUSTIFICACIÓN	14
4. PROPÓSITO.....	16
5. OBJETIVOS	16
5.1 Objetivo General	16
5.2 Objetivos Específicos	16
6. MARCO TEÓRICO	17
6.1 MODELOS DE ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS	20
6.1.1 ForYOU TEAM Equipo cuidando de los nuestros	20
6.1.2 Modelo RISE (Resiliencia en eventos estresantes).....	24
6.1.3 Modelo CANDOR	25
7. METODOLOGÍA	32
8. INDICADORES DE SEGUIMIENTO.....	36
10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	42
11. PRESUPUESTO	43
12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	44
ANEXO 1. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS SEGUNDAS VICTIMAS ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD ADSCRITOS..	46
13. BILIOGRAFÍA	54

RESUMEN

Las segundas víctimas son aquellos profesionales sanitarios implicados en un evento adverso (EA) inesperado, en un error médico y/o en una lesión relacionada con el paciente y que se convierten en víctimas en el sentido que quedan traumatizados por el evento.

La literatura reporta que entre el 43% y 76% de los profesionales se ven emocional, física y laboralmente afectados después de un evento; su modo de práctica se vuelve inseguro, su situación afectiva se ve alterada y las dudas sobre su criterio profesional hacen que se afecte la calidad de la atención que brindan a los pacientes.

Reconocer a la segunda víctima durante el abordaje de un evento adverso en el Hospital San Rafael de Pacho; nos ha motivado a diseñar una propuesta de protocolo basada en los modelos de atención existentes y reconocidos a nivel mundial; buscando el que mejor se adapte a las características y recursos de la institución y que sea congruente con la Política de seguridad de esta.

SUMMARY

Second victims are those healthcare professionals involved in an unexpected adverse event (AE), a medical error and/or a patient-related injury and who become victims in the sense

that they are traumatized by the event. The literature reports that between 43% and 76% of professionals are emotionally, physically and work-related after an event; Their mode of practice becomes unsafe, their emotional situation is altered, and doubts about their professional judgment affect the quality of care they provide to patients.

Recognize the second victim during the addressing of an adverse event at the San Rafael de Pacho Hospital; It has motivated us to design a protocol proposal based on existing and globally recognized care models; looking for the one that best adapts to the characteristics and resources of the institution and that is consistent with its Security safe.

PALABRAS CLAVE: Segundas víctimas, protocolo, modelos de atención.

KEYWORDS: Second victims, protocol, care models.

ABREVIATURAS

- **EA:** Evento adverso
- **HSRP:** Hospital San Rafael de Pacho
- **MARSI:** Medical Adhesive Related Skin Injury (Lesiones cutáneas relacionadas con adhesivos médicos)
- **UCI:** Unidad de cuidados intensivos

1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Hospital San Rafael de Pacho Cundinamarca (HSRP) es una empresa que presta servicios de atención en salud de baja y mediana complejidad a la población de la provincia del Rionegro y municipio de Pacho dentro de la Subred Norte de prestadores del Departamento de Cundinamarca (1); bajo su dirección también se encuentran los puestos de salud de Supatá, Pasuncha, Villa Gómez, Pasuncha, Paima, Topaipí y Tudela. El Hospital San Rafael de Pacho cuenta con servicios de urgencias, cirugía, consulta externa, hospitalización general de población adulta, pediátrica y obstétrica, apoyo diagnóstico y terapéutico, unidad de cuidado intermedio adulto.

El HSRP enmarca su atención dentro de un sistema de gestión por procesos con enfoque en la prevención de riesgo, autosostenible, con responsabilidad social, comprometidos con un servicio humanizado, seguro y amigable con el medio ambiente centrado en el usuario, su familia, buscando activamente la satisfacción y mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes y colaboradores.

Su visión es ser una Empresa Social del Estado (E.S.E.) reconocida en los procesos de mejora continua, con un enfoque de seguridad en el paciente, humanización del servicio y gestión de riesgos, dentro de sus valores corporativos se encuentran la humanización, seguridad, integridad, trabajo en equipo y calidad (2).

Se estima que para el año 2022 el HSRP atendió un total 235.535 pacientes de los cuales 3.307 estuvieron hospitalizados en los diferentes servicios con un promedio de estancia entre 7-14 días; el restante de los ingresos se presenta en mayor proporción desde el área de

consulta externa y urgencias donde la estancia no supera las 72 horas, seguido de cirugía programada y en un menor porcentaje los pacientes que ingresan por cirugía ambulatoria (ver tabla No 1).

Tabla No 1. Ingresos en el HSRP año 2022

INGRESOS EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO/CUNDINAMARCA EN EL AÑO 2022					
MES	TOTAL DE INGRESOS POR SERVICIO				
	Cirugía ambulatoria	Consulta externa	Hospitalización	Urgencias	Total de ingresos
Enero	111	13487	235	1816	15649
Febrero	113	16736	258	1310	18417
Marzo	160	17942	252	1552	19906
Abril	114	16064	247	1484	17909
Mayo	107	17687	223	1526	19543
Junio	105	18737	299	1382	20523
Julio	114	18162	257	1543	20076
Agosto	151	21285	253	1515	23204
Septiembre	262	19076	296	1542	21176
Octubre	265	17954	323	1421	19963
Noviembre	188	17985	341	1388	19902
Diciembre	134	17359	323	1451	19267
Total de ingresos	1.824	212.414	3.307	17.930	235.535

Fuente: Programa Seguridad Paciente. HSRP. Año 2022

Esta atención fue realizada por personal entrenado y calificado, con recursos y tecnología adecuadas, de acuerdo con el sistema (Dinámica gerencial) de información que se utiliza para la notificación de los eventos relacionados con la atención en salud.

Se pudo identificar que para el año 2022 de las 235.535 atenciones efectivas en salud en el HSRP se reportaron 762 fallas relacionadas con la atención de las cuales los 218 fueron clasificados como eventos adversos, que corresponden al 28.6% del total de fallas reportadas al programa de seguridad del paciente del HSRP (Ver tabla No 2).

Tabla No 2: Eventos de salud reportados en el año 2022

EVENTOS DE SALUD REPORTADOS EN EL AÑO 2022		
CLASE DE REPORTE	NÚMERO	PORCENTAJE
Evento adverso externo	23	3%
Falla de calidad	57	7,50%
Descartado	99	13,00%
Complicación	49	6,40%
Evento adverso	218	28,60%
Incidente	316	41,50%
TOTAL	762	100%

Fuente: Programa Seguridad Paciente. HSRP. Año 2022

Los cinco eventos adversos más frecuentes fueron flebitis y úlceras por presión, seguido de lesiones MARSI, caídas, multipunción y otros eventos (ver tabla 3).

Tabla No 3. Tipo de eventos adversos reportados en el año 2022

EVENTO REPORTADO AÑO 2022	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Flebitis	61	28%
Úlceras por Presión	34	15%
Lesiones MARSÍ	24	11%
Caídas	19	9%
Multipunción	13	6%
Otros eventos	67	31%
TOTAL	218	100%

Fuente: Programa Seguridad Paciente. HSRP. Año 2022

En cuanto a los servicios con mayor frecuencia en la presentación de los eventos fue hospitalización adultos, seguido de UCI intermedios y urgencias (ver tabla 4).

Tabla No 4. Servicio con mayor frecuencia de EA reportados en el año 2022

SERVICIO	No DE CASOS PRESENTADOS POR SERVICIO	PORCENTAJE
Hospitalización adultos	98	45%
UCI intermedio adultos	59	27%
Urgencias	27	12%
Cirugía	18	8,20%
Apoyo diagnóstico y terapéutico	9	4,10%
Consulta externa	5	2,30%
Hospitalización pediátrica	2	1%
TOTAL	218	100%

Fuente: Programa Seguridad Paciente. HSRP. Año 2022

De acuerdo con el reporte entregado por el líder del programa de seguridad del paciente los eventos adversos generaron un aumento en la estancia hospitalaria, sentimientos de angustia y discomfort en el paciente, familia y en los colaboradores involucrados sentimientos de ansiedad, culpa y miedo de comprometer su estabilidad laboral; similares a lo descrito por Scott et al 2009 (3), en su artículo sobre “La historia natural de la recuperación del proveedor de atención médica como segunda víctima después de eventos adversos en el paciente” el ámbito emocional, físico y profesional, por tal razón, la relación con el paciente se ve alterada por cambios de humor y en muchos casos, el personal de salud involucrado opta por ocultar información al paciente por temor o por no saber cómo hacerlo (4).

Por otro lado y de acuerdo con la encuesta de seguridad del paciente realizada en el I semestre de 2023 en el HSRP (ver tabla 5), el 61% de los colaboradores reportan incidentes y/o eventos adversos los cuales son analizados a través del protocolo de Londres facilitando la investigación clara y objetiva de los factores contributivos, sin embargo, por recolección de relatos espontáneos se evidencia que la forma en que muchas veces se comienza la investigación no es la adecuada, creando de cierta forma un sentimiento de culpa hacia el profesional implicado lo cual no permite una cultura justa frente a la seguridad del paciente.

Tabla No 5. Resultados de la Encuesta AHRQ. HSRP I semestre de 2023.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA AHRQ - HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO		
Dimensiones de Cultura de Seguridad	Valoración de la dimensión para su hospital Media del % de respuestas positivas	Valoración de la dimensión Margen de error (- o +)
Percepciones globales de seguridad (4 ítems--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	53%	4%
Frecuencia de notificación de incidentes (3 ítems--% La mayoría de las veces/Siempre)	61%	4%
Expectativas y acciones de los jefes inmediatos para promover la seguridad (4 preguntas--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	57%	4%
Aprendizaje organizacional-Mejora continua (3 preguntas--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	76%	4%
Trabajo en equipo en la unidad/servicio (4 preguntas--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	70%	3%
Comunicación franca (3 preguntas--% La mayoría de las veces/Siempre)	45%	4%
Comunicación y feedback sobre errores (3 preguntas--% La mayoría de las veces/Siempre)	69%	4%
Respuesta no punitiva frente al error (3 preguntas--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	31%	4%
Dotación de personal (4 preguntas--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	25%	3%
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (3 preguntas--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	71%	4%
Colaboración entre unidades y servicios del hospital (4 preguntas--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	57%	4%
Transmisión de información durante traslados y cambios de turno (4 preguntas--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	50%	4%

Fuente: Programa Seguridad Paciente. HSRP. I semestre de 2023

Dentro de la política de seguridad del paciente se describe que cuando se identifique una segunda víctima en el HSRP, los compañeros, líderes de proceso o responsables del talento humano, deberán dar a conocer esta situación al líder de seguridad del paciente, para que en articulación con el programa de humanización el o los colaboradores sean intervenidos y la institución pueda brindarles apoyo, dicho proceso de apoyo no se encuentra aún documentado en la institución razón por la cual se hace necesario realizar una propuesta de protocolo de atención integral a las segundas víctimas.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El concepto “segunda víctima” fue reconocido por primera vez por Albert Wu (2000) quien señala que “son aquellos profesionales de la salud que participaron en un evento adverso, en un error médico y/o en una lesión relacionada con la atención del paciente y que se convierten en víctimas al quedar traumatizados por las consecuencias del evento” (5).

Estos individuos suelen sentirse personalmente responsables del desarrollo de sus pacientes y muchos sienten que han fracasado cuestionando sus capacidades y conocimientos (6).

Scott, define las segundas víctimas; como todo proveedor de atención médica, que de alguna manera estuvo involucrado en un evento adverso que lo traumatizó emocional y profesionalmente (7).

Un estudio realizado en España reportó que el 72,5 % de los profesionales de la salud en el área hospitalaria tuvieron que enfrentarse a una situación como segunda víctima, una revisión sistemática sobre segundas víctimas incluyó un estudio en Estados Unidos con 2.500 otorrinolaringólogos, en el que la prevalencia de segundas víctimas fue del 10,4 % y

otro con 402 profesionales que incluye profesionales de enfermería, médicos y farmacéuticos en el cual la prevalencia fue del 43,3 % (8).

La literatura reporta que tres de cada cuatro personas informaron que conocieron casos de profesionales con alteraciones en su estado emocional después de haber participado en un evento adverso y el 70,9 % sabían de casos de profesionales que tuvieron consecuencias con su estabilidad laboral debido a un evento grave (7)(9).

El proyecto de investigación sobre segundas y terceras víctimas confirma que 8 de cada 10 trabajadores de salud han participado en un incidente relacionado con la atención en salud y un 62% ha experimentado sentimientos como segunda víctima y casi un tercio (28%) de estas segundas víctimas eran incapaces de continuar trabajando y decidieron abandonar sus labores y un 3% decidió dejar de ejercer su profesión (10)(4).

Además del miedo a las consecuencias legales, los síntomas más comunes de la segunda víctima son la culpa, la ansiedad y la sensación de revivir una y otra vez el EA (4).

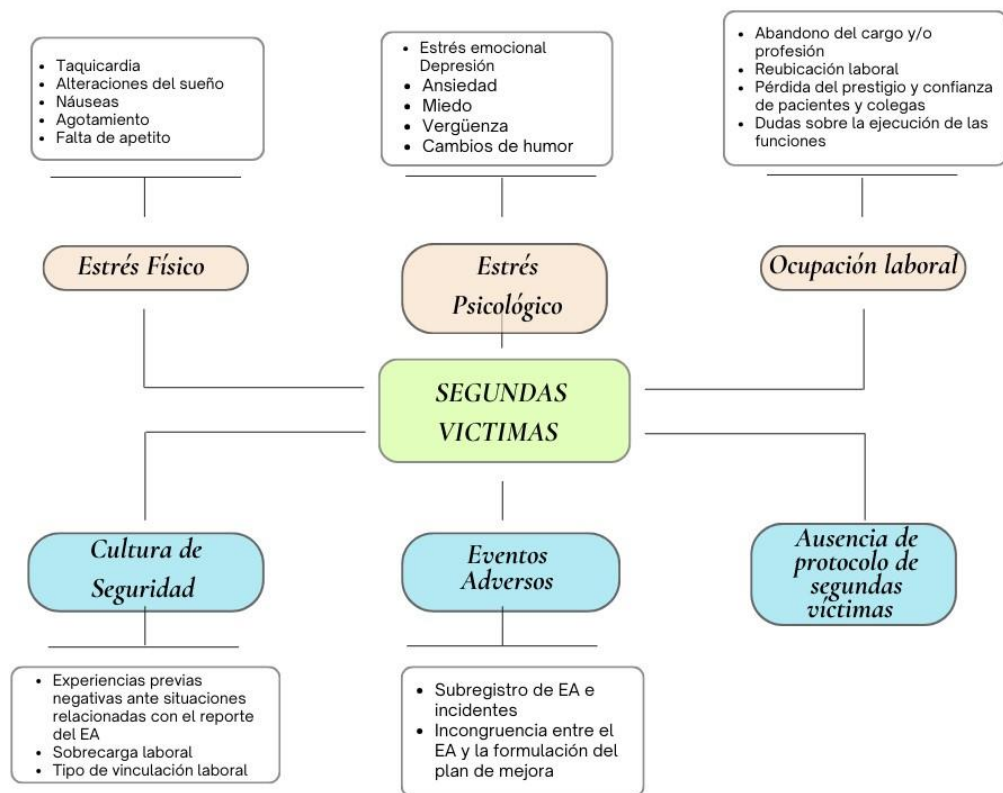
El estudio APEAS, sobre seguridad de los pacientes en atención primaria, estima una prevalencia de eventos adversos (EA) de 11,2%, de los que el 54,7% eran leves, el 38,0% moderados y el 7,3 % generaron la muerte en el paciente. De estos últimos, el 70% eran claramente evitables (11). Esto sugiere la necesidad de establecer acciones que disminuyan los EA y mejoren la seguridad del paciente; las cuales no solo deben estar encaminadas en la identificación y gestión del riesgo, sino que se requiere de un cambio en el modo de afrontar los incidentes de forma que no sean tratados como fallos de las personas, sino como oportunidades para mejorar el sistema y prevenir el daño (10).

En Colombia, Flórez et al. 2019 adelantó un estudio en una institución de alta complejidad en la ciudad d Medellín , donde se identifica que el 44 % de los profesionales que participaron en este estudio, manifestaron que se habían visto directamente involucrados en un evento adverso y el 99 % de éstos manifestó haber presentado en algún momento después del evento, por lo menos una de las siguientes sensaciones: caos, confusión, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa, agotamiento físico y mental, ansiedad, recordación del evento una y otra vez, dudas constantes sobre la ejecución de sus actividades y toma de decisiones clínicas; y que entre el 43% y 76% de los profesionales se vieron emocional, física y laboralmente afectados después de un evento (8).

Por otro lado, al indagar con el personal asistencial como se sienten cuando son abordados para la investigación de un evento adverso; manifiestan inconformidad con la forma en la que se aborda al colaborador ya que la primera pregunta que se hace es ¿quién fue?

ÁRBOL DE PROBLEMAS

De acuerdo con lo expuesto anteriormente es necesario dar prioridad al establecimiento de intervenciones enfocadas a brindar apoyo a las segundas víctimas, con el ánimo de lograr que los colaboradores puedan superar con éxito el estado de estrés post traumático y de esta manera se garantice la reintegración a la vida laboral; situación que se ve plasmada en la siguiente imagen:



Fuente: Elaboración propia

3. JUSTIFICACIÓN

Los eventos adversos (EA) han sido definidos como el resultado de un incidente o imprevisto presentado durante la atención en salud, que genera como consecuencia en el paciente un daño físico o psicológico no intencionado (12). Los EA no solo generan daños al paciente y su familia los cuales son considerados las primeras víctimas, sino que también trae consecuencias a los colaboradores de las instituciones de salud, quienes se definen como las segundas víctimas que son nuestro foco de atención en esta investigación.

Cuando un profesional de salud se ve involucrado en la materialización de un evento adverso, se desencadenan una serie de sentimientos y pensamientos los cuales deben ser

intervenidos precozmente (9), los sentimientos más frecuentes al momento de ser partícipe de un EA: la culpa, ansiedad, el autoaislamiento, sentimientos de insuficiencia, la falta de concentración y revivir una y otra vez el suceso (13).

En ocasiones cuando las segundas víctimas no reciben a tiempo el apoyo adecuado, se generan una serie de consecuencias en el ámbito personal y profesional encontrado deserción y abandono de su cargo secundarios al miedo e inseguridad para continuar, tristeza persistente y otros incluso abandonan su ejercicio profesional (14).

A raíz de este panorama es deber de las instituciones de salud, incluir dentro de su programa de seguridad del paciente intervenciones enfocadas en la atención a la segunda víctima, para favorecer la cultura justa, la superación del evento adverso y de esta manera evitar la deserción laboral y ocupacional del profesional y la prevención de nuevos errores.

Con base en esta situación, nace la iniciativa de crear esta propuesta de protocolo basada en experiencias propias y traumas que se han generado cuando de las participantes del proyecto de investigación durante un evento adverso en donde se reconoció como segunda víctima y no recibió el apoyo esperado más allá de una reubicación de servicio.

Reuniendo esta experiencia personal y lo que manifiestan los colaboradores de la institución se ve la necesidad de protocolizar la atención de la segunda víctima basándonos en modelos y recomendaciones que ya han sido validados a nivel mundial y que se pueden adaptar a los recursos e intereses del HSRP.

4. PROPÓSITO

Una vez se conozcan los diferentes modelos de intervención existentes a nivel mundial para el abordaje de segundas víctimas, es necesario contextualizar y priorizar el modelo que mejor se adapta de acuerdo a las necesidades y recursos de la institución; con el fin de adoptar las recomendaciones avaladas por dicho modelo que sean factibles de implementar en el HSRP; lo cual nos permite diseñar una propuesta para la contextualización de protocolo que describa el paso a paso del acompañamiento integral de la segunda víctima en el HSRP con el fin de mitigar las afectaciones físicas, psicológicas, sociales y laborales que puedan surgir como consecuencia de un evento adverso.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Diseñar una propuesta de protocolo de atención integral a las segundas víctimas del Hospital San Rafael de Pacho Cundinamarca; adoptando las recomendaciones de abordaje e intervención de un modelo reconocido y aprobado a nivel mundial.

5.2 Objetivos Específicos

- Realizar revisión de la literatura actualizada relacionada con el término segundas víctimas y modelos de atención.

- Comparar los modelos de atención que existen para brindar apoyo a las segundas víctimas a segundas a nivel mundial.
- Identificar y contextualizar el modelo de atención a las segundas víctimas que se adapte a las necesidades y recursos del HSRP.

6. MARCO TEÓRICO

El evento adverso (EA) está considerado en la literatura como la lesión, daño o sufrimiento del cual es víctima el paciente y que se produce durante la atención en salud pero que se produjo de manera involuntaria; el cual no solo repercute en el paciente y familia (primera víctima), profesional de salud (segundas víctimas) que es nuestro foco de interés y la tercera víctima (institución).

Para entender un poco más de como se percibe e interpreta el error humano Reason (15), propone que sea visto desde dos enfoques: centrado en las personas y centrado en el (modelo sistémico) (16).

El primero argumenta que los errores son producidos por las personas de allí que el colaborador de salud cuando cometa un error sienta miedo de reportar y prefiere callar dado que este tipo de enfoque estimula la cultura punitiva al fomentar la identificación de culpables con la consecuente generación de acciones disciplinarias (15).

El segundo parte del principio de reconocer que todo ser humano se puede equivocar; aquí el error es la consecuencia de una serie de factores contributivos que cuando se alinean se

produce el fallo en la atención, aquí los esfuerzos se reúnen para prevenir el error, mitigar el riesgo y reestructurar los procesos de atención en salud para que estos sean seguros (15).

Esto no quiere decir que no se pueda fallar durante el proceso; por eso lo que busca este enfoque es modificar las circunstancias que contribuyen al error y de esta manera disminuir la probabilidad de riesgo y hacer que los profesionales de salud se vuelvan más efectivos y creen una cultura de conciencia de reporte sobre la seguridad del paciente, ayudando así a la mejora continua, sin embargo, cuando el EA se materializa no solo el paciente y su familia se afecta; se afecta el profesional de salud conocido como segunda víctima.

En el 2009 Scott y colaboradores (6) ampliaron la definición de la segunda víctima como todo proveedor de servicios sanitarios, que participa de alguna forma en un evento adverso a consecuencia de lo cual queda emocional y profesionalmente traumatizado.

Algunos de los síntomas que presentan las segundas víctimas incluyen culpa, ansiedad, miedo a las consecuencias legales y a la pérdida de la reputación; situación que lleva a que el trabajador piense una y otra vez en el evento, generando falta de concentración, falta de confianza; y por ende la probabilidad de nuevos EA, ausentismo y/o deserción laboral (17).

Situación que se confirma a través de los datos reportados en el proyecto de investigación sobre segundas y terceras víctimas desarrollado en España que revela un 62.5% de los profesionales de salud de atención primaria y un 72% de los profesionales de salud de la parte hospitalaria han vivido de cerca esta situación.

La percepción de apoyo para las segundas víctimas en la atención primaria y hospitalaria es muy similar solo el 13.4% de los profesionales manifestaron recibir apoyo psicológico y el

46.5% recibieron apoyo por pares desde su unidad; sin embargo un tercio de los entrevistados (segundas víctimas) manifestaron no poder continuar ejerciendo su profesión en el mismo sitio de trabajo; solicitando licencias, bajas y en el mejor de los casos cambio de servicio e incluso reasignación de tareas (17).

Dado que los recursos humanos son el activo más importante de la infraestructura asistencial, existe una gran necesidad de implementar programas de intervención eficaces y asequibles para apoyar y rehabilitar a estos trabajadores después de la materialización de un evento adverso.

El objetivo del apoyo a la segunda víctima es garantizar que los derechos que se tienen para superar esta situación se protejan y se brinden los medios para que sean respetados.

Denham 2007 (13) destacó cinco derechos para orientar la conducta del equipo de trabajo ante el profesional que ha cometido un error; los cuales han sido resumidos con el acrónimo TRUST que traducido al español significa “Confiar”:

- **T (treatment) Trato justo:** la gestión del error debe estar enfocada en la identificación de los fallos humanos y los fallos del sistema. En una cultura justa, la responsabilidad por los resultados es compartida (13)
- **R (respect) Respeto:** Ningún sujeto dentro de un equipo asistencial está libre de cometer un error (13)
- **U (understanding) Comprensión y compasión:** Tiempo de escucha y apoyo emocional por los pares para intentar aliviar el dolor (13)
- **S (supportive care) Apoyo:** Los colaboradores involucrados en un EA tienen derecho a servicios psicológicos y de apoyo emocional de forma profesional y organizada (13)

- **T (transparency) Transparencia y oportunidad para contribuir:** el análisis del EA debe ser visto como una oportunidad de aprendizaje y mejora de los procesos a través de la gestión de riesgo (13).

6.1 MODELOS DE ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS

6.1.1 ForYOU TEAM Equipo cuidando de los nuestros

Scott en su artículo “La historia natural de la recuperación del proveedor de atención médica como segunda víctima después de eventos adversos en el paciente” hace referencia a la segunda víctima como “todo profesional sanitario que participa en un EA, un error médico, o una lesión inesperada relacionada con el paciente y que se convierte en víctima y que como consecuencia queda traumatizado (3)(18).

Los efectos del trauma son producto de la situación y afectan el estado de ánimo del sujeto desencadenando cambios en su capacidad de concentración y rendimiento laboral, lo que lleva a perder la confianza y la reputación profesional, situación que si no es intervenida a tiempo puede llevar a que el colaborador deje de ejercer su profesión. Del mismo modo, afecta sus vínculos personales, su trato con los pacientes e incluso hasta la forma en que se concebirse a sí mismo (16).

De acuerdo con Scott (7) el modelo de intervención a segundas víctimas se basa en tres niveles. Ver figura 1.

Nivel 1: Favorece una primera intervención de apoyo emocional a nivel local en el área de trabajo del profesional (segunda víctima) (7)

Nivel 2: Existe un equipo organizado (generalmente pares entrenados) que se encarga de proporcionar apoyo a las segundas víctimas ya identificadas; y de ser necesario solicitará la intervención de otras disciplinas del conocimiento (7).

Nivel 3: Aquí se debe garantizar la disponibilidad de otros recursos de atención, cuando la experiencia de la segunda víctima supera la atención de los compañeros. Aquí se incluye: apoyo religioso, de acuerdo con el credo que se profese, psicólogos, trabajadores sociales y personal de riesgos laborales (7)

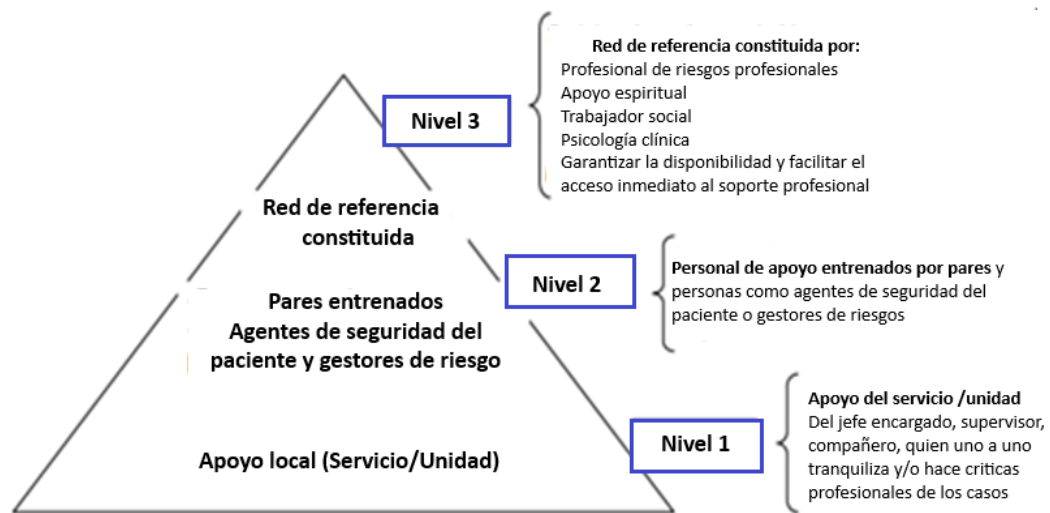


Figura1. Niveles de Scott

Fuente: Scott SD, Hirschinger LE et al. Caring for our own: Deploying a systemwide second victim rapid response. Team. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2010; 36 (5): 233-40.

Etapas en el proceso de recuperación

Se reconocen seis etapas en el proceso de recuperación que realizan las segundas víctimas luego de un error o EA por Scott (7) las primeras tres etapas ocurren después de la

“realización del impacto” y son únicas en el sentido de que la segunda víctima puede pasar por una o más de estas etapas simultáneamente (7)

Etapas 1: Caos y respuesta a accidentes: Es el momento en que se detecta el evento adverso y todo el personal asistencial busca ayuda e intenta asistir al paciente para mitigar el daño ocasionado. Sentimientos de confusión interna y externa por lo sucedido (7)

Etapas 2: Reflejos intrusivos: La víctima vuelve a evaluar la situación una y otra vez y se pregunta continuamente "¿qué pasaría si?" (7)

Etapas 3: Restauración de la integridad personal: el profesional busca apoyo de una persona que le genere confianza, necesita ser escuchado (7)

Etapas 4: Soportando la inquisición: la segunda víctima comienza a preguntarse sobre las repercusiones que afectan la seguridad laboral, la obtención de licencias y los litigios futuros; se ve obligado a responder a los múltiples ¿por qué? de lo ocurrido con los diferentes actores relacionados con el evento (familia del paciente, paciente, autoridades de la institución, entre otros) (7)

Etapas 5: Obtención de primeros auxilios emocionales: Brindar apoyo emocional de diversas formas (7)

Etapas 6: Seguir adelante: En esta etapa la segunda víctima solo puede tomar tres caminos (7).

- a. Abandono: pérdida de la confianza en la competencia profesional lo que motiva a la segunda víctima a abandonar su ejercicio profesional.

- b. Supervivencia: La segunda víctima no abandona su ejercicio profesional, pero si ha perdido la confianza en sus habilidades, continuamente se atormenta y carga con el peso del error por el resto de su vida.
- c. Superación: Esta fase permite que el colaborador gestione de manera adecuada el evento y se vuelva parte activa de los planes de mejora para evitar que el EA se vuelva a presentar. Aprende y enseña la lección, cambia sus prácticas inseguras y trabaja para asegurar que los déficits de los procesos que llevaron al error sean corregidos. (7)

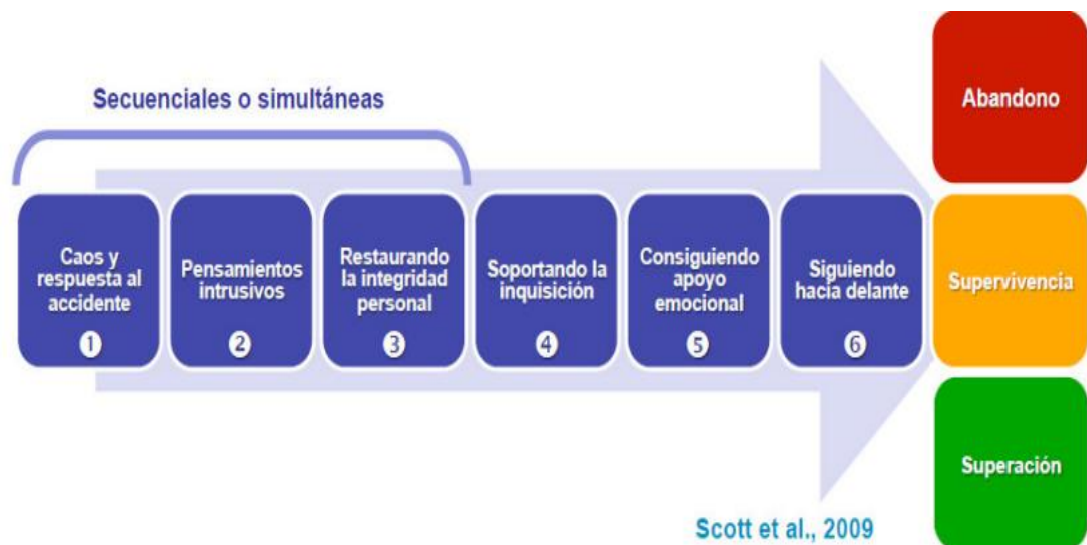


Figura2. Trayectoria natural de recuperación de la segunda víctima

Fuente: Vítolo F. LA SEGUNDA VÍCTIMA [Internet]. Com.ar. [citado el 24 de noviembre de 2023].
 Disponible en: http://clinicaelcastano.com.ar/images/cursos-virtual/modulo2/Segundas_Vctimas.pdf

En general, el equipo de forYOU demostró que cuando un paciente sufre una lesión involuntaria, el profesional "segunda víctima" pierde confianza y su salud a menudo se deteriora debido a la experiencia traumática, requiere de apoyo emocional ético, reparador, amplio y oportuno.

6.1.2 Modelo RISE (Resiliencia en eventos estresantes)

El programa RISE (19), se origina en el Hospital Johns Hopkins a partir del reconocimiento por parte del equipo de seguridad del paciente de una brecha en la capacidad de la institución para brindar apoyo constante y oportuno a la segunda víctima afectada por un evento adverso; su misión es proporcionar apoyo a tiempo a los profesionales de salud que se han visto envueltos en la ocurrencia de un evento adverso a través del servicio de “primeros auxilios emocionales”.

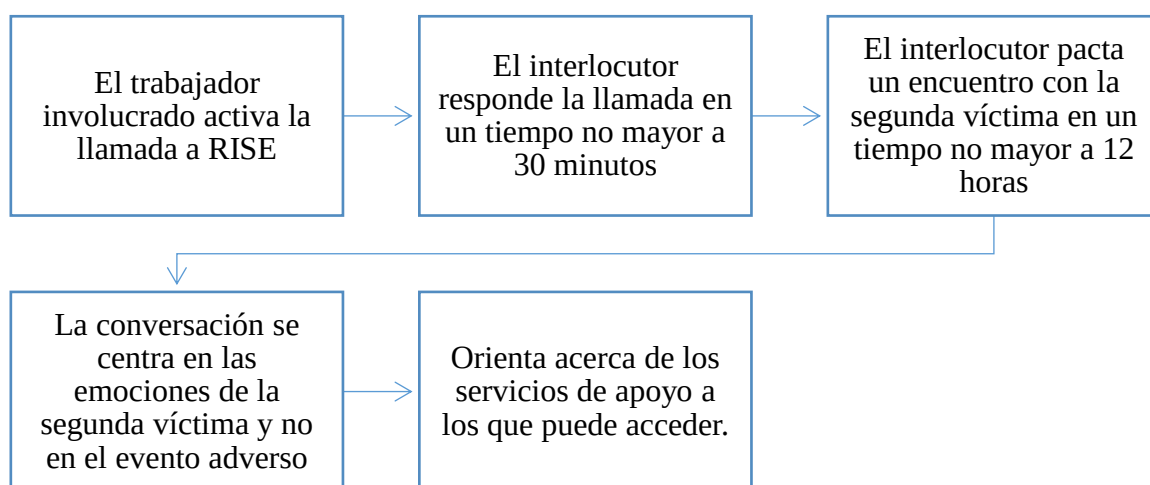
Este apoyo lo brindan colegas con experiencia capacitados para este fin, incluidos médicos, enfermeras, trabajadores sociales, expertos en salud mental, clérigos y/o directivos; el cual se activa a través de una llamada telefónica que se encuentra disponible las 24 horas, los 7 días de la semana (6); destinado principalmente a la primera fase tras el incidente.

Brinda la oportunidad de realizar reuniones grupales donde varios profesionales comparten sus experiencias (19)(20).

Los “Primeros auxilios emocionales” son facilitados por pares capacitados y deben cumplir con las siguientes características según L-Rowen (19)(6).

- Son de carácter voluntario.
- Deben brindar la oportunidad de hablar sin la presión del grupo
- Deben permitir la escucha activa y hacer sentir su presencia en las conversaciones
- Compasión y afecto

- Ofrecer discusión sobre la estrategia de afrontamiento que va a utilizar.
- Comprender las situaciones que preocupan a los profesionales
- Brindar explicación y orientación sobre las respuestas y reacciones normales ante esa situación.
- La ruta de atención RISE, fue definida de la siguiente manera con el fin de facilitar el rápido acceso a los “primeros auxilios psicológicos”:



6.1.3 Modelo CANDOR

Este modelo (21)(17) se activa para iniciar el seguimiento del evento inesperado que involucra un daño (físico, emocional o financiero) a un paciente y de esta manera promover una mejor atención al paciente a través de una comunicación sincera y solidaria; aún cuando no se conozcan las causas que desencadenaron el evento.

El proceso mejora la seguridad del paciente a través de un abordaje empático, justo y equitativo de los errores médicos y promueve una cultura de seguridad que se enfoca en el cuidado del paciente, la familia y el cuidador; una investigación y análisis de eventos en profundidad y resolución.

El kit de herramientas del proceso CANDOR proporciona un marco para que los hospitales mejoren su respuesta a eventos inesperados de daño al paciente.

La implementación de todos los elementos del marco está diseñada para perfeccionar una serie de situaciones a corto y largo plazo; a corto plazo, los hospitales desarrollarán procesos para mejorar la notificación y el seguimiento de los eventos adversos promoviendo una mejor atención a los pacientes a través de una comunicación franca y afectuosa tras un evento adverso.

A largo plazo, los hospitales experimentarán menos reclamos de responsabilidad médica, mejores resultados de seguridad del paciente y mejores puntajes de satisfacción del paciente al involucrar a los pacientes y sus familias a lo largo del proceso CANDOR.

La implementación del proceso CANDOR ocurre en tres fases y el kit de herramientas proporciona ocho módulos para ayudar a las organizaciones a implementar cada fase como se enuncia a continuación:

FASES	MÓDULOS
Fase I Evaluaciones:	Descripción general del proceso CANDOR. Cómo obtener apoyo y aceptación organizacional. Preparación para la implementación: análisis de brechas.
Fase II: Implementación del proceso CANDOR	Investigación y análisis de eventos. Comunicación de respuesta y divulgación. Cuidado del cuidador. Resolución.
Fase III: Mejora y sostenimiento organizacional	Aprendizaje y sostenibilidad organizacional.

El módulo 6 de la fase II se centra en cómo resolver el gran desafío de plasmar las intervenciones que respondan adecuadamente a las necesidades de las segundas víctimas; a través del apoyo de pares y define los pasos para desarrollar un programa de atención a segundas víctimas “cuidando al cuidador” (23) que incluyen:

- a. Cultura de seguridad del paciente: evaluar si los eventos presentados relacionados con la seguridad del paciente la institución los ve como una oportunidad de aprendizaje.
- b. Identificar a los partidarios "naturales" de las segundas víctimas: identificar los colaboradores innatos que voluntariamente quieran formar parte de un equipo directivo para implementar una red de apoyo cuidando al cuidador.
- c. Establecer la infraestructura del equipo
- d. Socializar y divulgar a los colaboradores la presencia del equipo en la institución.
- e. Programa de capacitación para personas que apoyan a las segundas víctimas
- f. Establecer los indicadores de resultado de las actividades ejecutadas por los integrantes del programa.

Comparación de los Modelos de intervención de segundas víctimas

Una vez realizada la revisión de los modelos de intervención existentes para brindar soporte a las segundas víctimas se decide realizar un cuadro comparativo que permita identificar como cada modelo desarrolla las fases de recuperación establecidas por Scott, las ventajas y desventajas; para que finalmente se pueda elegir el modelo que permita construir el diseño de la propuesta de protocolo acorde a las necesidades identificadas y los recursos con los que cuenta el HSRP.

MODELO ETAPAS	FOR YOU	RISE	CANDOR Modulo 6: Cuidado del cuidador
Etap 1 Caos y respuesta a accidentes	Soporte emocional facilitado por los compañeros de turno o por el supervisor inmediato.	Se cuenta con una línea telefónica que funciona 24/7 que programa una intervención de soporte en un tiempo no mayor a 12 horas.	Incluye un proceso de "vía rápida" para que el profesional de salud pueda acceder rápidamente a apoyo y orientación después de un evento. Evaluar la capacidad del profesional para continuar trabajando después del evento.
Etap 2 Pensamientos intrusivos	Facilitar un espacio de "privado, seguro y tranquilo" que permita la escucha activa.	La conversación se centra en las emociones de la segunda víctima y no en el evento adverso.	Soporte entre pares diseñado para abordar cualquier inquietud que experimente la segunda víctima.
Etap 3 Restauración de la integridad personal	Manejo y control de "rumores y chismes" Realizar informe del evento y atención ofrecida al profesional de manera confidencial.		Apoyo por parte de un equipo de trabajo entrenado en manejo de emociones.
<i>Las Etapas de la 1 a la 3 se pueden presentar de manera simultánea</i>			
Etap 4 Soportando la inquisición	Análisis del evento con las personas involucradas con el fin de identificar por que sucedió; e	Apoyo emocional facilitado por pares entrenados en primeros auxilios psicológicos.	Identifica a las personas clave involucradas en el evento, para desarrollar una comprensión de lo que sucedió y favorecer soporte

	identificación la necesidad de apoyo de otras especialidades incluyendo el legal. Esta fase incluye la planeación para informar a paciente / familia lo sucedido.		emocional de calidad a todas las personas que se ven involucradas en el evento.
Etapas Etapas 5 Obtención de apoyo emocional	Incluye una serie de recursos de apoyo emocional, legal, espiritual y laboral.	Ofrece una lista de recursos útiles para el abordaje continuo hasta asegurarse que se logre superar este suceso.	Garantizar que el plan de respuesta emocional de la organización esté en progreso y que, si es necesario, los representantes de gestión de riesgos/seguridad del paciente estén disponibles para apoyar al(los) cuidador(es).
Etapas Etapas 6 Siguiendo hacia adelante	Proporcionar apoyo continuo a la segunda víctima con el objetivo de que se supere este suceso de manera efectiva. Diálogo abierto Apoyo continuo a la segunda víctima. Fomentar lecciones aprendidas entre los colaboradores. Reubicación laboral o reasignación de funciones.		Desarrollar una estrategia de control y medición para determinar la efectividad del programa de apoyo a la segunda víctima.
Ventajas	• Identifican que cada segunda víctima es única y maneja experiencias diferentes. • Se centra en lograr la reintegración laboral efectiva. • Se involucran no solo en el acompañamiento si no en su curación.	• Primeros auxilios psicológicos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. • Ofrece la posibilidad de realizar sesiones grupales en las que varios profesionales cuente su experiencia(6).	• Reconoce que cuidar al profesional de salud es un componente clave del proceso cultura justa. • Identifica los pasos para desarrollar un equipo y programa de Atención al Cuidador (modulo 6 del kit de herramientas CANDOR). • Describe los desafíos, estrategias e intervenciones del apoyo entre pares.

Desventajas	No incluye grupos de soporte emocional	No incluye estrategias de seguimiento y control.	CANDOR no es reconocido como un modelo de intervención en segundas víctimas; sin embargo, este incluye en el modulo VI la descripción del programa de segundas víctimas.
Etapas identificadas	6	4	6

Adopción del modelo for you para el HSRP

Una vez revisados los modelos de atención existentes para las segundas víctimas; se decide adoptar para el HSRP el modelo de For you teniendo en cuenta las necesidades y recursos con los que cuenta la institución.

La adopción de este modelo ofrece soporte a través de tres niveles de apoyo para facilitar la expresión de las emociones y preocupaciones que experimentan los profesionales de salud como consecuencia de un evento o incidente en seguridad en el HSRP.

El apoyo y acompañamiento que va a dirigir el equipo For You del HSRP se basa en las recomendaciones brindadas por S. Scott (3) donde se establece que el soporte que requiere las segundas víctimas se basa en las necesidades de ayuda que se identifiquen y manifiesten, en función del impacto que les causan los EA en los que se ven implicados.

Nivel de atención 1y 2	Nivel de atención 3
Líder del programa de seguridad del paciente Líder del área/servicio Profesional enfermería De acuerdo con el profesional afectado un representante par	Miembros del equipo de daño leve/moderado Subgerente científico Líder del programa de humanización Psicólogo Trabajador social Profesional salud ocupacional Apoyo espiritual

A continuación, a través de un cuadro resumen se identifica como se adopta el modelo For You para el HSRP; el cual será la base teórica para la elaboración del diseño de la propuesta de protocolo de atención integral a las segundas víctimas a través los tres niveles de atención propuestos por el modelo.

Niveles de atención	Etapas de recuperación	Adopción del Modelo For You en el HSRP
Nivel 1: Apoyo y consuelo a la segunda víctima por jefe inmediato y/o líder de área	Etapa 1: Caos y respuesta al accidente	Primeros auxilios emocionales, facilitados por profesional de enfermería de turno/ líder de área una vez se reporte el EA
	Etapa 2: Pensamientos intrusivos	Garantizar un espacio seguro (Oficina del programa de seguridad del HSRP) para la expresión de sentimientos y pensamientos,
Nivel 2: Existe un equipo organizado que se encarga de proporcionar apoyo a las segundas víctimas ya identificadas; y de ser necesario solicitará la intervención de otras disciplinas del conocimiento y se asegura de la intervención y seguimiento.	Etapa 3: Restaurando la integridad Personal	Pares entrenados en estrategias de comunicación efectiva que han recibido la capacitación realizada por el programa de humanización del HSRP; quienes aseguran que el manejo de la información sea confidencial y segura.
	Etapa 4: soportando la inquisición	Apoyo y seguimiento dirigido por pares entrenados, líder de seguridad del paciente, psicología del programa de humanización; las intervenciones van dirigidas a los sentimientos de la segunda víctima.
Nivel 3: Garantizar la disponibilidad y el rápido acceso a servicios profesionales para seguimiento y control (psicología, trabajo social, asesoría legal, asesoría y apoyo espiritual)	Etapa 5: primeros auxilios psicológicos	Requiere la derivación a otras disciplinas de apoyo como: psicología de talento humano, profesional de salud ocupacional, asesoría legal para lograr superar el estrés que le generó el EA. Definir con salud ocupacional reintegro y/o reubicación laboral.

	Etapa 6: Siguiendo hacia adelante	Esta fase incluye el acompañamiento y seguimiento con el objetivo de que la segunda víctima logre superar con éxito esta situación. Asegurar seguimiento y control por psicología, profesional de salud ocupacional del HSRP y de la ARL posterior a 3 meses del reintegro o reubicación si hubo necesidad.
--	-----------------------------------	--

7. METODOLOGÍA

Para el diseño de la propuesta del protocolo de atención integral a segundas víctimas se priorizaron cinco fases; las cuales se describen a continuación:

Fase 1: Construcción del marco teórico

A partir del establecimiento de la temática central: segundas víctimas y modelos de intervención; se realiza una búsqueda bibliográfica organizada en diferentes bases de datos reconocidas como son: Pubmed, Cochrane, the BMJ Medline, Science Direct y Google Scholar en español e inglés por medio del método SPIDER.

En un periodo de tiempo de máximo 10 años, aplicando al estrategia de búsqueda establecida, lo cual nos garantice realizar un marco teórico robusto que sustente el desarrollo de la presente propuesta.

Método SPIDER

Sample	Phenomenon of Interest	Design	Evaluation	Research Type
Segundas Víctimas	Modelos de atención a segundas víctimas	Artículos de revisión bibliográfica, experiencias, modelos de atención	Modelos de atención a segundas víctimas: For you Team, Rise Candor, Guía de Recomendaciones	Revisión de literatura científica en bases de datos reconocidas

Estrategia de búsqueda

En la cual se utilizan operadores booleanos tales como “OR” para separar los términos en una misma categoría, “AND” empleado para asociar dos términos o frases y “NOT” que ejecuta bloques de código cuando una condición es falsa.

OPERADORES BOOLEANOS	ECUACIÓN DE BUSQUEDA
AND /OR	"Segunda Víctima" AND "Evento Adverso"
	"Segunda Víctima" AND "Modelos de atención"OR "Recomendaciones"
	“Segunda víctima” AND “José Joaquín Mira” AND “Susan Scott”
	"Health care worker" OR "Second victim" AND "Adverse worker" OR “Adverse events”
	"Second victim" AND "Emotional distress worker"
	"Second victim" AND "Care models"
	"Second victim" AND “patient safety” OR "Culture of safety"
NOT	"Segunda víctima" NOT "Tercera víctima"

Fase 2: Comparación de los modelos de intervención para segundas víctimas

Se realiza una comparación de los tres modelos de atención a las segundas víctimas que se describen en el marco teórico (For you team, RISE, CANDOR); teniendo en cuenta las

etapas de recuperación que describió Scott 2009 para las segundas víctimas, ventajas, desventajas e intervenciones planteadas en cada etapa.

Se elabora un cuadro comparativo, y se decide que para el diseño de la propuesta se adoptará el modelo for you; considerando las necesidades y recursos disponibles del Hospital San Rafael de Pacho Cundinamarca.

Fase 3. Diseño de una propuesta de protocolo de atención a segundas víctimas HSRP

Se realiza la propuesta de protocolo de atención integral a segundas víctimas del HSRP; adoptando el modelo for you. Ver anexo 1

Fase 4. Presentación de la propuesta al HSRP

Presentar la propuesta de protocolo de atención integral a las segundas víctimas a los integrantes de la junta directiva, líder del programa seguridad del paciente, líder de calidad, líder del programa de humanización del HSRP para su aprobación y posterior publicación en la página institucional del Hospital.

Una vez aprobada la propuesta; se programa la publicación del documento en la plataforma institucional del HSRP llamada Hospinet.

Fase 5. Fase de socialización, difusión e implementación

El objetivo de esta fase es lograr que el 100% de los colaboradores de la institución a través de un proceso programado, dinámico y continuo de socialización y difusión conozcan el

protocolo e identifiquen cómo, cuándo y a quién acudir cuando se sientan una segunda víctima tras la materialización de un evento adverso.

Para esta fase se proponen las siguientes estrategias que serán desarrolladas en un lapso de tiempo de 6 meses de acuerdo al cronograma que establezca el equipo de seguridad del paciente del HSRP.

- Socialización del protocolo por parte del líder del programa de seguridad del paciente a todos los líderes de unidad, para que éstos se conviertan en multiplicadores de conocimiento en su área asignada.
- Encuentros virtuales de 1 hora de duración donde el líder de cada unidad socialice el protocolo a sus funcionarios.
- Socialización presencial en las reuniones mensuales que son programadas en cada servicio por el líder de la unidad.
- Aplicación de pretest y pos test antes y después de la socialización.
- Socialización del protocolo de segundas víctimas en los procesos de inducción mensual y reinducción anual de la Institución.
- Instalación de infografía sobre atención de las segundas víctimas en las carteleras informativas de la institución.
- Durante la semana institucional de seguridad del paciente: dirigir conferencia sobre las segundas víctimas.
- Difusión en redes sociales : Facebook e Instagram

8. INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Para este protocolo se proponen una serie de indicadores, con el único fin de evaluar el impacto de la socialización e implementación del protocolo en la institución; y que al aplicarlos se conviertan en una herramienta objetiva de medición frente al proceso de atención a segundas víctimas en el HSRP.

Los indicadores que se proponen son los siguientes:

Indicadores de gestión

Nombre	Proporción de colaboradores del HSRP que conocen el protocolo de atención de segundas víctimas
Dominio	Seguridad del Paciente
Numerador	Número de colaboradores que asisten a la socialización del protocolo de atención a segundas víctimas
Denominador	Total de los colaboradores del HSRP
Unidad de medición	Porcentual
Factor	*100
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de colaboradores que asisten a la socialización del protocolo de atención a segundas víctimas}}{\text{Total de los colaboradores del HSRP}} \times 100$
Fuente de datos	Listas de asistencia de las jornadas de socialización del protocolo de segundas víctimas
Meta	Socializar al 100% de los colaboradores el protocolo de segundas víctimas
Responsable	Líder del programa de seguridad del paciente y líderes de unidad.

Nombre	Proporción de intervención a segundas víctimas según protocolo de atención
Dominio	Seguridad del Paciente
Numerador	Número de personas a las que se les realiza intervención como segunda víctima según protocolo
Denominador	Total de los colaboradores del HSRP identificados como segundas víctimas
Unidad de medición	Porcentual
Factor	*100
Fórmula de cálculo	Número de personas a las que se les realiza intervención como segunda víctima según protocolo adoptado en el periodo (definir el tiempo) en la institución / Total de los colaboradores del HSRP identificados como segundas víctimas (en ese periodo de tiempo) *100
Fuente de Datos	Base de datos del programa de seguridad del paciente
Meta	100%

Indicadores de resultado

Nombre	Apropiación de los conceptos del protocolo de atención integral de segundas víctimas HSRP
Dominio	Seguridad del Paciente
Numerador	Número de colaboradores que conocen los niveles de atención descritos en el protocolo de atención de segundas víctimas
Denominador	Número total de colaboradores
Unidad de medición	Porcentual
Factor	*100
Fórmula de cálculo	Número de colaboradores que conocen los niveles de atención descritos en el protocolo de atención de segundas víctimas / Número total de colaboradores *100
Fuente de datos	Pos test
Meta	90 % de los colaboradores conoce y entiende los niveles de atención del protocolo de segundas víctimas

Nombre	Relación de eventos adversos relacionados con la presencia de segundas víctimas en el HSRP
Dominio	Seguridad del Paciente
Numerador	Número de segundas víctimas intervenidas de acuerdo con el protocolo
Denominador	Número total de eventos adversos en el HSRP (en un tiempo definido)
Unidad de medición	Porcentual
Factor	*100
Fórmula de cálculo	Número de segundas víctimas intervenidas de acuerdo con el protocolo/ Número total de eventos adversos en el HSRP (en un tiempo determinado) *100
Fuente de datos	Base de datos de reporte de eventos adversos

Indicadores de impacto

Nombre	Percepción de los colaboradores frente a la implementación del protocolo de segundas víctimas en el HSRP
Dominio	Seguridad del Paciente
Numerador	Número de colaboradores que consideran como positivo la implementación del protocolo de atención a segundas víctimas en el HSRP
Denominador	Número total de colaboradores encuestados en el HSRP
Unidad de medición	Porcentual
Factor	*100
Fórmula de cálculo	Número de colaboradores que consideran como positivo la implementación del protocolo de atención a segundas víctimas en el HSRP / Número total de colaboradores encuestados en el HSRP *100
Fuente de datos	Resultados de la encuesta de percepción
Meta	El 90% de los colaboradores perciben como positivo la implementación del protocolo en la institución.

Nombre	Colaboradores entrenados en primeros auxilios psicológicos y comunicación asertiva vinculados al equipo de apoyo a la segunda víctima
Dominio	Seguridad del Paciente
Numerador	Número de colaboradores entrenados en primeros auxilios psicológicos y comunicación asertiva vinculados al equipo de apoyo a la segunda víctima del HSRP.
Denominador	Número total de colaboradores entrenados en primeros auxilios psicológicos y comunicación asertiva formados en el HSRP
Unidad de medición	Porcentual
Factor	*100
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de colaboradores entrenados en primeros auxilios psicológicos y comunicación asertiva vinculados al equipo de apoyo a la segunda víctima del HSRP}}{\text{Número total de colaboradores entrenados en primeros auxilios psicológicos y comunicación asertiva formados en el HSRP}} * 100$
Fuente de datos	Base de datos del programa de humanización del HSRP

9. PLAN DE ACCIÓN

A continuación, se describe el plan de acción que se determina para lograr los objetivos de este proyecto de investigación.

Actividad	Intervención	Indicador	Meta	Responsable	A quién va dirigido	Producto
Realizar la revisión bibliográfica secuencial relacionada con la temática segunda víctima en las diferentes bases de datos.	Aprender que el evento adverso genera una segunda y tercera víctima. Aumentar el nivel de conocimientos sobre los modelos de intervención a segundas víctimas. Conocer como se puede	Número de artículos consultados que cumplieron con los criterios de inclusión para la realización del marco teórico / número total de artículos	Obtener un marco teórico robusto relacionado con la segunda víctima y protocolos de atención ante la presencia de un evento adverso.	Investigadoras principales del proyecto de gestión.	Dra. Gloria Osorio. Asesora de trabajo de grado	Marco teórico con los modelos de atención disponibles a nivel mundial para la atención integral de las segundas víctimas.

	implementar un modelo de atención a segundas víctimas en una institución de salud. Reconocer la necesidad de brindar soporte emocional a las segundas víctimas como parte importante de la superación de un evento adverso.	consultados *100				
Adoptar uno de los modelos de atención a segundas víctimas para el HSRP de acuerdo con sus necesidades y recursos.	Conocer los diferentes modelos de abordaje a las segundas víctimas; que sirvan como fundamento teórico para la construcción de un protocolo de atención a segundas víctimas para el HSRP.	No Aplica	Contextualizar y priorizar el modelo de atención a segundas víctimas que mejor se adapte a las necesidades y recursos del HSRP".	Investigadoras principales del proyecto de gestión.	Líder del programa de Seguridad del paciente y calidad del HSRP.	Definición del modelo de atención a segundas víctimas para la realización de la propuesta de protocolo de atención a segundas víctimas para el HSRP.
Elaboración de una propuesta de protocolo de atención integral a las segundas víctimas del HSRP	Presentación del protocolo de atención integral a las segundas víctimas al líder de seguridad y líder de calidad del HSRP para su aprobación	Grado de Satisfacción de la junta directiva, líder de seguridad del paciente y calidad del HSRP frente a la propuesta del protocolo de atención integral a segundas víctimas	Aprobación del protocolo de atención integral a segundas víctimas	Investigadoras principales del proyecto de gestión.	Líder del programa de Seguridad del paciente y calidad del HSRP.	Aprobación y publicación en la página institucional del Protocolo de atención integral a segundas víctimas HSRP

Conformación del equipo de atención a segundas víctimas	Capacitación a un par académico de cada profesión en temas relacionados con primeros auxilios psicológicos y comunicación asertiva dirigida por el líder del programa de humanización del HSRP	Numero de integrantes del equipo de atención a segundas víctimas / Total de integrantes del equipo * 100	El 100% de los integrantes del equipo de atención se encuentran certificados en primeros auxilios psicológicos y comunicación asertiva.	Líder del programa de humanización del HSRP	Integrantes del equipo de atención a segundas víctimas del HSRP	Certificación de primeros auxilios psicológicos y comunicación asertiva
Socialización del protocolo de atención integral a las segundas víctimas del HSRP a los colaboradores	Presentación del protocolo a los líderes de unidad y colaboradores de la institución (estrategias comunicativas y de socialización)	Número de colaboradores que asisten a la socialización del protocolo / Número total de trabajadores *100	Socializar al 100% de los colaboradores el protocolo de atención integral de segundas víctimas para el HSRP.	Líder de seguridad del HSRP	Colaboradores del HSRP	El 100% de los colaboradores conocen el protocolo de atención a segundas víctimas
Implementación del protocolo de atención integral a las segundas víctimas del HSRP	Formación de Multiplicadores del protocolo de atención a segundas víctimas. Formación en primeros auxilios psicológicos y comunicación asertiva. Conformación de los equipos de atención a segundas víctimas.	Cultura de seguridad	Lograr que el 100% de los colaboradores conozcan el protocolo de segundas víctimas cuando, donde y a quien acudir; cuando se presenten síntomas por la ocurrencia de un EA.	Líder de seguridad y del programa de humanización del HSRP Equipo interdisciplinario de atención a segundas víctimas	Colaboradores del HSRP	Los colaboradores perciben como positivo la implementación de un protocolo que brinde apoyo y soporte psicológico para superar un evento adverso que genere segundas víctimas.

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	PERIODO DE TIEMPO									
	Mar	Abr	May	Jun	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	
Planificación del proyecto de gestión										
Identificación de la necesidad en la institución										
Revisión de la literatura científica relacionada con las segundas víctimas y modelos de atención										
Elaboración del marco teórico, y selección del modelo a adoptar										
Estructuración del marco metodológico										
Elaboración plan de acción, cronograma y presupuesto										
Elaboración de la propuesta de protocolo										
Socialización de la propuesta de protocolo a la junta directiva, líder de seguridad, líder de calidad y del programa de humanización del HSRP.										
Conformación y capacitación del equipo interdisciplinario de atención a las segundas víctimas										
Realización prueba piloto dentro de la institución HSRP										

11. PRESUPUESTO

RECURSOS	CANTIDAD	VALOR UNIT	DURACIÓN	VALOR TOTAL
Humanos				
Líder del programa de seguridad del paciente del HSRP	1 profesional	120.000	12 horas	1,440,000
Investigadoras principales (medio tiempo)	2 profesionales	1.850.000	4 meses	14,800,000
Tecnológicos				
Telecomunicaciones	1	70.000	9 meses	630.000
Base de datos del programa de seguridad del paciente	1		No aplica (HSRP)	No aplica (HSRP)
Página institucional del HSRP	1	No aplica (HSRP)	No aplica (HSRP)	No aplica (HSRP)
Elementos de Oficina y otros				
Lapiceros, marcadores, resma de papel		9 meses	9 meses	90.000
SUBTOTAL				\$16.960.000
Imprevistos 5 %				\$848.000
TOTAL				\$17.808.000

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La primera vez que se habló de segundas víctimas fue en el año 2000 por Albert Wu; y a pesar de que ha pasado más de dos décadas, hasta ahora se está haciendo evidente en las instituciones la necesidad de adoptar estrategias para fortalecer el programa de seguridad; enfocando también esfuerzos en los pilares fundamentales de la práctica del cuidado: los profesionales de la salud.
- Es importante resaltar que durante la materialización de un evento adverso lo que menos existe es la intención de ocasionar; y que la mayoría son el resultado de malos diseños en el sistema y en los procesos y no de malos seres humanos.
- Cuando un evento adverso ocurre generalmente la institución dirige sus esfuerzos en mitigar el daño en el paciente y su familia (primera víctima); sin embargo, deja a un lado el profesional de salud que si presenta síntomas de segunda víctima puede generar consecuencias en la vida personal, familiar, social y laboral; de allí la importancia de adoptar estrategias que permitan enfocar esfuerzos en brindar apoyo oportuno y seguro a estos colaboradores.
- Un colaborador con sentimientos de culpa, incertidumbre e inseguro sobre las decisiones clínicas que debe tomar para su actuar profesional; tras la ocurrencia de un evento adverso tiene mayor probabilidad de continuar involucrado en eventos adversos por la falta de concentración y confianza en su quehacer, de allí la importancia de brindar apoyo para facilitar el proceso de superación del suceso.

- Los programas de seguridad del paciente dentro de su equipo requieren de un facilitador en habilidades blandas, para enseñar la manera efectiva de comunicarse con el paciente y familia frente a un evento adverso.

ANEXO 1. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO Y PUESTOS DE SALUD ADSCRITOS

INTRODUCCIÓN

En el año 2000 Albert Wu introdujo por primera vez el término Segundas Víctimas que hace referencia a los profesionales sanitarios implicados en un evento adverso que quedan traumatizados por esa experiencia o que no son capaces de afrontar emocionalmente la situación.

La sintomatología que experimenta una segunda víctima comprende sentimientos de culpa, ansiedad, revivir el evento adverso una y otra vez, miedo a las consecuencias legales; se trata de un sufrimiento distinto al del paciente y familiares pero tiene un impacto negativo que incapacita al profesional y aumenta la probabilidad de nuevos errores.

En 2009, Scott inició una profunda investigación sobre el impacto devastador que el fenómeno de la segunda víctima podía tener sobre los profesionales de salud, y describió una trayectoria de recuperación de la segunda víctima a través de la superación de tres niveles.

- Nivel 1: Promueve primeros auxilios emocionales básicos a nivel “local”, se estima que hasta el 60% de las segundas víctimas recibirán suficiente apoyo en este nivel.
- Nivel 2: Está integrado por equipo de liderazgo de la organización, para monitorear continuamente a los colegas en busca de signos y síntomas que sugieran una respuesta segunda de víctima y están equipados para brindar apoyo básico instantáneo uno a uno.
- Nivel 3. Este nivel debe garantizar la pronta disponibilidad y el acceso al apoyo y la orientación de asesoría profesional cuando el estrés emocional de la víctima excede la experiencia de los miembros del equipo de respuesta rápida. Se estima que el 10% de las segundas víctimas requerirán este nivel de apoyo y orientación en algún momento después del trauma emocional.

OBJETIVOS

General

Garantizar la atención integral a las segundas víctimas del Hospital San Rafael de Pacho Cundinamarca y puestos de salud adscritos; de acuerdo a los criterios establecidos en el protocolo.

Específicos

- Identificar de manera temprana las segundas víctimas del HSRP
- Definir el nivel de atención que requiere la segunda víctima, de acuerdo al impacto que se genere por la ocurrencia del evento adverso.
- Mitigar las consecuencias emocionales y físicas que se puedan presentar en los profesionales de salud que presenten eventos adversos.
- Diseñar un flujograma de atención para las segundas víctimas

ALCANCE DEL PROTOCOLO

Este protocolo está dirigido a todos los colaboradores como: Médicos especialistas, médicos generales, profesionales de enfermería, técnicos en enfermería, camilleros y todos aquellos profesionales y técnicos del área de salud de apoyo diagnóstico y terapéutico del Hospital San Rafael de Pacho Cundinamarca y puestos de salud adscritos; que han estado involucrados en la materialización de un evento adverso y se reconocen como segundas víctimas, y que requieren de un manejo integral para lograr superar el estrés que éste hecho les ha ocasionado.

Este protocolo será activado por uno de los integrantes pares del equipo de respuesta rápida y finalizará una vez se asegure que la segunda víctima ha logrado superar el estrés que le produjo este evento.

DEFINICIONES OPERATIVAS

- **APOYO EMOCIONAL:** Forma en que sostenemos con delicadeza a alguien que se encuentra en una situación difícil. Es un bálsamo que fluye entre palabras, empatía y compasión, y que beneficia tanto a quien lo ofrece como a quien lo recibe.
- **ATENCIÓN EN SALUD:** Es el proceso por el cual los profesionales de la salud ven los problemas de las personas, y buscan soluciones.
- **DAÑO:** Se entiende como a todos los posibles cambios en el estado de salud que son consecuencia de la exposición a factores de riesgo o de la manera en que es abordado un problema de salud.
- **ERROR:** El error médico es cualquier falla ocurrida durante la atención de salud que haya causado algún tipo de daño al paciente, y cuyo origen puede relacionarse con la organización e implementación del servicio, a través de múltiples y complejos mecanismos. Ninguna especialidad médica está exenta de él.
- **EVENTO ADVERSO:** 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 (OMS 2009).
- **EVENTO CENTINELA:** Suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos al paciente. Todo evento centinela es un EA pero por sus consecuencias reúne unas características que obligan a una completa revisión de qué ha sucedido para evitar que vuelva a producirse y a la provisión de apoyo y asesoramiento a los profesionales implicados (Norma ISO 179003).
- **INCIDENTE:** Es un suceso repentino no deseado, que no desencadena lesiones en las personas o al proceso.
- **PRIMERA VICTIMA:** Paciente que sufre un evento adverso, considerando primera víctima también a familiares o amigos del paciente afectado. (Mira et al., 2015).
- **SEGUNDA VICTIMA:** Todo profesional sanitario que participa en un EA, un error médico o una lesión relacionada con el paciente no esperada y que se convierte en víctima en el sentido que queda traumatizado por el evento (Scott et al.,2009).

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

CONFORMACIÓN DEL EQUIPO

El equipo de atención integral a segundas víctimas esta integrado por una serie de profesionales de salud con habilidades y conocimientos certificados en primeros auxilios psicológicos y comunicación asertiva; los cuales darán soporte al profesional de salud de acuerdo a la magnitud del evento y el grado de afectación de la segunda víctima:

Nivel de atención	Integrantes del equipo de atención integral a segundas víctimas HSRP
<i>Nivel 1</i>	• Apoyo por un colega que elija la segunda víctima que se encuentre en el servicio
<i>Nivel 2</i>	• De acuerdo al profesional afectado un representante par • Líder del programa de seguridad del paciente • Líder del área / servicio • Profesional enfermería
<i>Nivel 3</i>	• Miembros del equipo de daño leve/moderado • Representante de la gerencia • Líder del programa de humanización • Psicólogo • Trabajador social • Profesional salud ocupacional • Apoyo espiritual

Funciones del Equipo

- Identificar el número de segundas víctimas relacionadas con el EA
- Establecer un diálogo abierto y libre de juicios de valor. La atención debe estar enfocada en proporcionar apoyo al profesional y no en conocer los detalles de la atención prestada.
- Garantizar que las necesidades asistenciales del paciente están cubiertas en todo momento designando un equipo asistencial responsable.

- Identificar síntomas como ansiedad, depresión, miedo, feedback que indiquen la necesidad de un apoyo continuo.
- Realizar seguimiento telefónico por parte del profesional de psicología en los días siguientes y de acuerdo a la necesidad identificada para asegurar que la segunda víctima esta afrontando de manera adecuada las consecuencias emocionales del EA.
- Brindar asesoría legal en caso de ser necesario.
- Valoración por parte del profesional de salud ocupacional para determinar el reintegro, reubicación y/o reasignación de funciones una vez la segunda víctima decida retomar su actividad laboral.
- Organizar el retorno a la vida profesional tras el EA estableciendo asignación de funciones de forma paulatina sin que el profesional suponga que se desconfía de su capacidad sino como procedimiento para contribuir a su estabilidad emocional y bienestar.
- Mantener informado al profesional sobre el proceso de información al paciente y familia, y del análisis de situación que se haya iniciado.
- Programar un seguimiento periódico de acuerdo a la necesidad identificada una vez la segunda víctima se reincorpore para asegurarse que el profesional 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
- Informar a la oficina de salud ocupacional en caso de que la salud física o psíquica del profesional se vea afectada, y sea necesario la baja laboral, ayudar al profesional en este proceso.

RECOMENDACIONES

- Identificar quien será el par que acompañará a la segunda víctima en todo su proceso de soporte y seguimiento.
- Garantizar la confidencialidad sobre el evento y el respeto hacia los implicados.
- Difundir los resultados de la investigación

- Realizar seguimiento del plan de acción y mejora realizado específicamente para el evento adverso.

PRECAUCIONES

Se debe evitar este tipo de conductas con la segunda víctima:

- Obligarle a continuar con la prestación del servicio
- Adoptar una actitud culpabilizadora por parte de jefes y colegas
- Contribuir a la formación y transmisión de rumores
- Aconsejar a la segunda víctima que no hable de lo sucedido ni notifique el EA lo cual impedirá realizar la investigación de lo sucedido.
- Evitar el contacto con la segunda víctima por miedo a verse en una situación incómoda al tener que escuchar sus sentimientos.
- Someter a la segunda víctima a interrogatorios repetidos
- Ignorar las necesidades emocionales.
- Aislar a la segunda víctima.

DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN

- a) Notificación del Evento Adverso: Reportar el evento adverso en el sistema de Dinámica Gerencial y/o formulario de reporte de eventos adversos en la plataforma de Google diseñado por el programa de seguridad del paciente.
- b) Identificación de la Segunda Víctima: tras el reporte del EA es necesario que se identifique si el profesional de salud involucrado en el suceso, manifiesta algún síntoma que permita determinar que está afectado emocionalmente (sentimientos de culpa, frustración, ansiedad o temor).

Ejecución del primer nivel de intervención

- c) Investigación y análisis: Realizar el análisis del EA de acuerdo al protocolo de Londres.
- d) Ejecución del segundo nivel de intervención: Comunicación efectiva por parte de los pares capacitados de brindar soporte, apoyo y estrategias para superar el suceso de

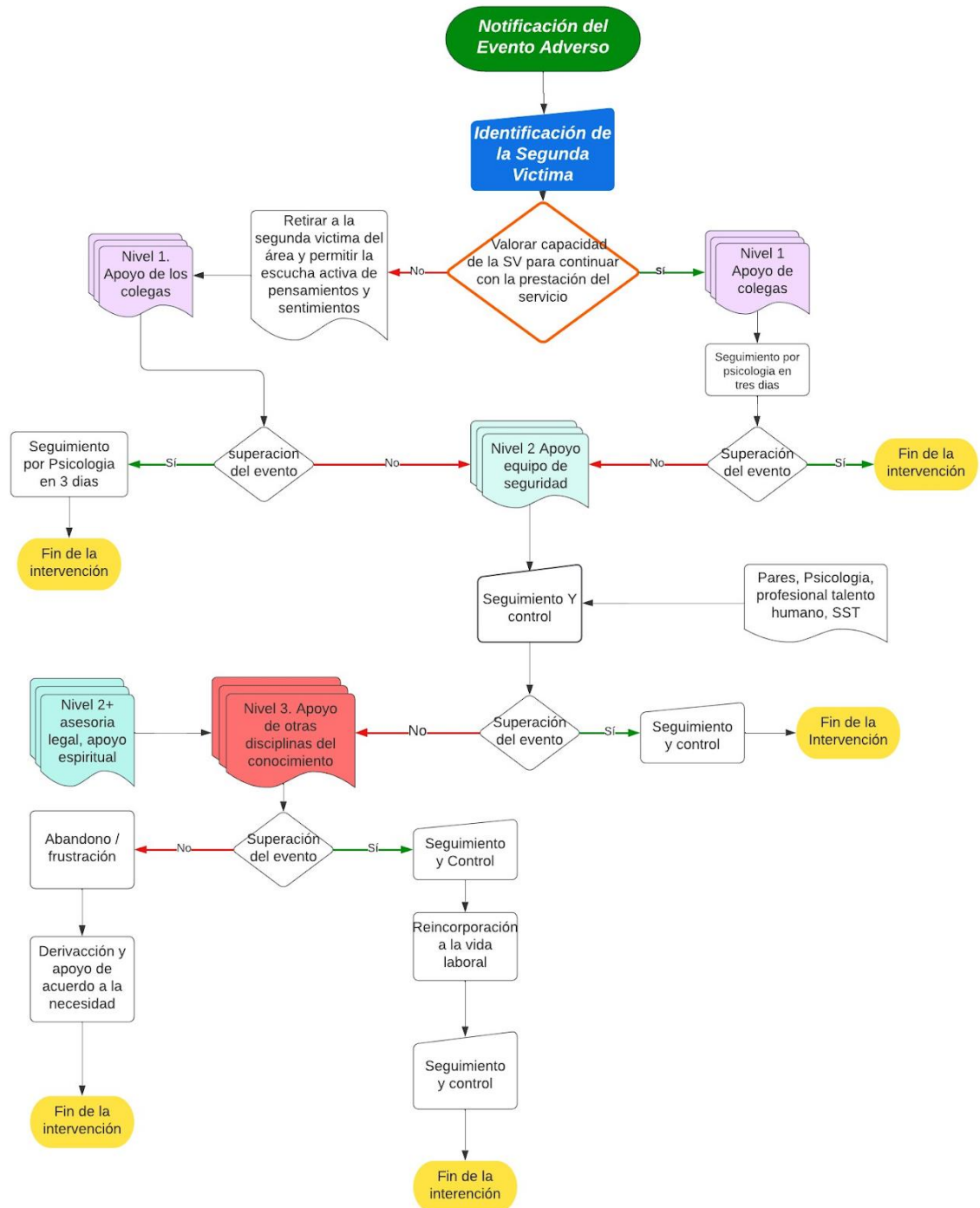
la mejor manera; si en esta fase se determina que requiere de apoyo de otras disciplinas continuar con la ruta de atención.

- e) Ejecución del tercer nivel de intervención: Valoración por un profesional de psicología quien continuará con la intervención terapéutica; y es quien define la necesidad de intervención de otras especialidades o sistemas de apoyo.

Si en esta fase se identifica que el colaborador no se encuentra en condiciones de continuar con sus funciones asignadas, deberá generar un informe a la oficina de talento humano y seguridad en el trabajo para dar el trámite correspondiente de incapacidad y/o licencia.

- f) Valoración y seguimiento: de acuerdo a la necesidad del colaborador y lo definido por el equipo interdisciplinario de apoyo del tercer nivel; emitir concepto si el colaborador ya se encuentra apto para continuar con sus actividades en la institución.
- g) Regreso al trabajo: De acuerdo a los resultados de la valoración y seguimiento el colaborador podrá reintegrarse a las actividades para las cuales ha sido contratado de acuerdo a las indicaciones y recomendaciones del grupo interdisciplinario del tercer nivel de atención.
- h) Seguimiento: Programar el seguimiento periódico del colaborador a los 3 meses, para asegurarse que la segunda víctima ha superado de manera satisfactoria el estrés postraumático que le generó el evento.
- i) Fin y egreso: Una vez superado el evento por parte de la segunda víctima, se da cierre a la intervención ofrecida por este protocolo.

DIAGRAMA DE FLUJO DE LA OPERACIÓN



Fuente: elaboración propia

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Acuña Pedro. Hospital San Rafael de Pacho. 2009 [cited 2023 Oct 17]. Reseña historica del hospital . Available from: <http://hsrp3.blogspot.com/2009/11/>
2. Hospital San Rafael de Pacho. Misión, Visión y Valores - Actualización 2023. 2023 [cited 2023 Oct 29]. E.S.E Hospital San Rafael de Pacho. Available from: <http://www.hospipacho.gov.co/entidad/mision-vision-y-valores--actualizacion-2023>
3. Scott S., Hirschinger L., Cox K., McCoig M., Brandt J., Hall L. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *BMJ Quality & safety* [Internet]. 2009 Oct 7 [cited 2023 Oct 16];18:325–30. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/18/5/325>
4. Torijano Maria Luisa, Astier Pilar, Mira Jose Joaquin. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Atencion primaria* [Internet]. 2016 Mar [cited 2023 Oct 16];48(3):143–6. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716300105?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=817bf0ca3aa03ecd
5. Vitolo Fabian. Circulo medico de misiones zona sur . Segundas victimas [Internet]. 2021 May [cited 2023 Oct 17];5–6. Available from: <http://circulomedicosur.com.ar/web/uploads/revista/51-revista-oficial.pdf>
6. Carvajal Ruiz Monica. IMPACTO DE EVENTOS ADVERSOS EN EL PROFESIONAL SANITARIO “SEGUNDAS VÍCTIMAS” [Internet]. [Navarra]: Universidad publica de Navarra ; 2017 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/26840/TFG%20M%C3%93NICA%20CARVAJAL.pdf?sequence=1&isAllowed>
7. Scott D. Susan, Hirschinger E. Laura, Cox R. Karen, McCoig Myra, Hahn-Cover Kristin, Epperly M. Kerri, et al. The joint commission journal on Quality and patient safety. 2010 [cited 2023 Oct 16]. p. 233–40 Caring for our own: Deploying a systemwide second victim rapid response team. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1553725010360387?via%3Dihub>
8. Florez Fredy, Lopez Lucelly, Bernal Catalina. Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Biomedica: Revista del instituto nacional de salud* [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2023 Oct 16];42(1):184–94. Available from: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/6169/5026>

9. Albert W Wu. National Library of Medicine. 2000 [cited 2023 Oct 16]. p. 320–726
Medical error: The second victim. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117748/>
10. Torijano Maria Luisa, Olivera Guadalupe, Astier Maria Pilar, Maderuelo Jose Angel, Silvestre Carmen. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España Validation of a questionnaire to assess patient safety culture in Spanish Primary Health Care professionals. *Atención Primaria* [Internet]. 2013 Feb [cited 2023 Nov 25];46(1):21–37. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656712003447?via%3Dihub>
11. Ministerio de sanidad y consumo. Estudio APEAS Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet]. Madrid; 2008 [cited 2023 Nov 25]. Available from:
https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
12. Vítolo Fabian. LA SEGUNDA VÍCTIMA. Noble compañía de seguros [Internet]. 2017 May [cited 2023 Oct 16];1–9. Available from:
http://clinicaelcastano.com.ar/images/curso-virtual/modulo2/Segundas_Vctimas.pdf
13. Denham Charles. TRUST: The 5 Rights of the Second Victim. *JSTOR* [Internet]. 2007 Aug 12 [cited 2023 Oct 16];3(2):107–19. Available from:
<https://www.jstor.org/stable/26636566>
14. Wu W. Albert, Steckelberg C. Rachel. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *BMJ quality & safety* [Internet]. 2012 Mar 20 [cited 2023 Oct 16];21(4):267–70. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22213379/>
15. Reason James. Human error: models and management. *The bmj* [Internet]. 200AD Mar 18 [cited 2023 Nov 25];320–768. Available from:
<https://www.bmj.com/content/320/7237/768.full>
16. Portela Romero Manuel, Bugarin Gonzalez Rosendo, Rodriguez Calvo Maria Sol, Alonso Fachado Alfonso. Seguridad del paciente, calidad asistencial y ética profesional. *Scielo revista Bioética* [Internet]. 2018 Oct [cited 2023 Nov 30];26(3). Available from:
<https://www.scielo.br/j/bioet/a/4hRnkzkJFL8MxdRByNv7LPj/?lang=es#>
17. Mira Jose, Carillo Irene, Lorenzo Susana, Ferrús Lena, Silvestre Carmen, Perez Pastora, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015 Apr 9 [cited 2023 Oct 16];15(151). Available from:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0790-7#citeas>

18. Herrero Cuenca Juan Francisco. Los profesionales afectados por el daño de los pacientes. Las segundas víctimas. RediUMH. 2017 Sep;
19. Vogus Timothy, Ramanujam Rangaraj, Novikov Zhanna, Venkataramani Vijaya, Tangirala Subrahmaniam. Adverse Events and Burnout: The Moderating Effects of Workgroup Identification and Safety Climate. Med Care [Internet]. 2020 Jul [cited 2023 Oct 16];58(7):594–600. Available from: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/2020/07000/adverse_events_and_burnout__the_moderating_effects.4.aspx
20. Edress Hanan, Connors Cheryl, Paine Lori, Norvell Matt, Taylor Henry, Wu Albert. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. BMJ Open [Internet]. 2016 Sep 30 [cited 2023 Oct 16];6. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/9/e011708>
21. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville MD. Implementation Guide for the CANDOR Process: Communication and Optimal Resolution Toolkit. Agency for healthcare research and quality [Internet]. 2010 [cited 2023 Oct 16]; Available from: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/candor/impguide.html>
22. Agency for Healthcare Research and Quality. Módulo 6: Cuidado del cuidador Kit de herramientas de comunicación y resolución óptima de la AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. 2022.