

Servicio Navarro de Salud  
Osasunbidea

---

# Guía de Recomendaciones para la gestión de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un evento adverso

**Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea  
2016**

(Última actualización en enero de 2019)

Introducción.....	3
Definiciones.....	5
Cómo prepararse para afrontar un Evento adverso.....	6
I. Acciones inmediatas tras un Evento Adverso-Investigación.....	6
II. Comunicación y soporte al paciente y/o familia afectados.....	9
III. Comunicación y soporte a los profesionales afectados.....	11
IV. Seguimiento y difusión de resultados de la investigación.....	13
Estructuras organizativas para la implantación del procedimiento .....	14
Formación .....	18
Referencias.....	19
Anexos	
Anexo I. Recomendaciones sobre qué hacer y no hacer con las segundas y terceras víctimas..	20
Anexo II. Listado de eventos centinela del NQF 2011 (2ª Edición).....	21
Anexo III. Check-list de acciones inmediatas.....	22
Anexo IV. Check-list de seguimiento y difusión de resultados.....	23
Anexo V. Check-list de evaluación de la gestión del EA.....	24
Anexo VI. Procedimiento Reclamación Responsabilidad Patrimonial.....	25

En 1999 el Institute of Medicine (IOM) publica el informe *To err is human*. En los estudios que se revisaron para el informe, la tasa de eventos adversos en los hospitales oscilaba entre un 4% y un 17%; el número de muertes superaba las ocurridas por accidente de tráfico y más de la mitad eran evitables. Dicho informe asume, ya desde su título, que los seres humanos son falibles y que con seguridad se producirán errores; el origen de estos errores no está en la malicia de las personas sino que son consecuencia del diseño de los procesos de la organización, son sistémicos y muchos de ellos se pueden evitar.

Este nuevo enfoque del origen de los errores generó un nuevo interés en las organizaciones sanitarias por identificar los incidentes que ocurren para analizarlos, aprender de ellos, mejorar la asistencia a los pacientes y mitigar sus consecuencias.

En España, los estudios sobre eventos adversos (EA) en los hospitales (ENEAS, 2005) y en la atención Primaria (APEAS, 2007), pusieron cifras a unos datos que hasta entonces no se divulgaban. Casi el 10% de los pacientes hospitalizados se veían afectados por un EA, mientras que 6,7% de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria (AP), experimentan más de un EA por año.

Así pues, también en nuestro entorno, los eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria suponen un problema importante para la salud pública por su frecuencia y sus graves consecuencias. Su tendencia es creciente, tienen un gran impacto sanitario, económico, social e incluso mediático.

Estos EA, que causan lesiones u otros tipos de daño o sufrimiento en los pacientes, también pueden afectar notablemente el trabajo, la familia y la vida personal de los profesionales de la salud involucrados en ellos. A estos se les reconoce como las segundas víctimas de los EA y han sido definidas por Susan Scott como *miembros del equipo de salud que participan en un evento imprevisto, en un error médico y / o una lesión relacionada con el paciente y que llegan a ser víctimas porque se ven traumatizados por dicho evento*.

Igualmente, estos EA producen daño en la reputación de las organizaciones en las que ocurren (terceras víctimas), porque socavan la confianza tanto de los pacientes perjudicados como la de la población en general.

Hasta 2010, casi ninguna organización sanitaria disponía de un plan para prevenir el impacto que provoca un evento adverso. Ese año, el Institute for Healthcare Improvement (IHI) publicó el *Libro Blanco para la Gestión Respetuosa de Eventos Adversos Clínicos Graves*, con la intención de superar la nula de atención de la organización hacia la "segunda víctima", la ocultación de los errores, la falta de alineación de la organización en todo el enfoque de un EA y un énfasis excesivo en las consideraciones legales y protecciones para la organización a expensas de todo lo demás.

Cuando ocurre un evento adverso a uno o varios pacientes, lo que diferencia a las organizaciones, de forma positiva o negativa, es su cultura de la seguridad, el papel de la junta directiva y el liderazgo de los ejecutivos, la planificación anticipada para tal evento, la asignación de prioridades ajustada a las necesidades de los pacientes y sus familias, de los profesionales y de la organización, además de cómo se establecen las acciones inmediatas y a lo largo del proceso orientando, de forma integrada, los elementos de empatía, la divulgación, el apoyo, la evaluación, la resolución, el aprendizaje y la mejora.

Los riesgos de no responder a estos eventos adversos de manera oportuna y eficaz son importantes porque provocan pérdida de la confianza, heridas que permanecen abiertas, ausencia de aprendizaje y mejora, el envío de mensajes contradictorios sobre lo que es muy importante para la organización, el aumento de la probabilidad de demandas, y el desafío de los medios de comunicación.

Este documento<sup>1</sup> pretende ser una Guía de recomendaciones para todos los centros del Servicio Navarro de Salud con **dos objetivos**:

1. Alentar y ayudar a todos los centros a desarrollar un plan de de Respuesta ante un evento adverso, con una herramienta práctica y concisa que oriente sus esfuerzos, antes de que sea necesario utilizarlo;
2. Proporcionar un enfoque para la integración de este plan en la cultura organizacional de calidad y seguridad, con particular orientación a restablecer la situación tanto del paciente y su familia como la de los profesionales.

---

<sup>1</sup> Este documento ha sido elaborado en base a las recomendaciones de está basado en las recomendaciones de *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (IH)*, Guía de recomendaciones para la Gestión de eventos Centinela y eventos Adversos graves. Servicio Gallego de Saude. Guía de Recomendaciones para la Gestión de EVENTOS ADVERSOS (Osakidetza), Plan de Crisis ante la detección de un evento adverso (OSI Donostialdea) y Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas ([web segundasvictimas.es](http://web.segundasvictimas.es)).

**Incidente o Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente.

**Cuasiincidente:** evento o situación que podría haber derivado en un accidente, una lesión o una enfermedad, pero que no lo hizo, ya fuera por el azar o por una intervención oportuna.

**Incidente sin daño:** evento que alcanza al paciente pero no le causa daño apreciable.

**Daño:** toda lesión física o psíquica o perjuicio para la salud de una persona, lo que incluye tanto las lesiones temporales como las permanentes.

**Evento adverso:** daño no intencional causado al paciente como resultado no esperado de la asistencia sanitaria y que puede o no estar asociado a un error clínico

**Evento centinela:** suceso imprevisto en el que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. Esos eventos se denominan «centinela» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas. (Ver listado)

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

**Segunda víctima:** todo profesional sanitario que participa en un EA, un error médico o una lesión relacionada con el paciente, no esperada, y que se convierte en víctima en el sentido que queda traumatizado por el evento.

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

## COMO PREPARARSE PARA AFRONTAR UN EVENTO ADVERSO

Los Eventos Adversos, serán tratados de forma individualizada, completa, detallada y exhaustiva.

La gestión de un evento adverso contempla cuatro aspectos fundamentales cuyas acciones siguen un orden cronológico:

- I. Acciones inmediatas tras un Evento Adverso-Investigación
- II. Comunicación y soporte al paciente y/o familia afectados
- III. Comunicación y soporte a los profesionales afectados
- IV. Seguimiento y difusión de resultados de la investigación

### I. ACCIONES INMEDIATAS TRAS UN EVENTO ADVERSO- INVESTIGACIÓN

#### Garantizar la seguridad del paciente

- Valorar al paciente; administrarle la atención sanitaria precisa.
- Contactar con el médico responsable si no está presente en ese momento o el jefe más inmediato.
- Retirar del uso todo el material, medicación o equipos inseguros o peligrosos y conservarlos como prueba para el análisis posterior.
- Valorar si puede haber más pacientes en riesgo inmediato, y actuar en consecuencia.

#### Articular la Comunicación Interna

Notificar lo ocurrido a:

- Jefe de Servicio o director de Centro de Salud(CS), Mental(CSM) / Supervisora de Enfermería
- Responsable de Seguridad del Centro
- Gerente y equipo directivo serán informados de los EA graves, que a su vez informarán a Gerencia del SNS-O y Gabinete de prensa (el resto de los eventos adversos, según se considere en cada centro)

#### Conservar pruebas

- Anotar las personas presentes en el evento.
- Mantener todo aquello que pueda ayudar a la investigación posterior del caso, como: equipos médicos implicados, cuerpos extraños retenidos, medicaciones, contenedores, jeringas, bolsas de sueros, muestras de laboratorio, etc.
- Tomar fotografías si es preciso.
- Conservar las pruebas físicas incluidos los datos electrónicos
- Asegurarse de que se ha recogido correctamente toda la documentación clínica relacionada con el evento y la información verbal de los presentes en el EA. Registrar la información lo antes posible para que la descripción sea lo más fiel posible a lo ocurrido.

### **Dar soporte al personal implicado**

- El Jefe de Servicio/director de centro /Supervisora de enfermería deberá valorar desde el principio el impacto psicológico que el evento adverso ha podido causar al profesional o profesionales implicados, y solicitar el soporte pertinente y posible.
- Brindar a los profesionales implicados la posibilidad de que no sigan atendiendo a ningún otro paciente ese día, para permitir que puedan afrontar la situación y evitar nuevos riesgos. Distribuir su carga de trabajo entre sus compañeros, si fuera posible.

### **Formar el Equipo de Gestión del Evento Adverso**

Convocar al Equipo de gestión de EA del centro que acordará los miembros para ese EA y cuáles serán sus funciones inmediatas. En base a la gravedad del Evento Adverso se recomienda la siguiente **composición**:

- En el caso de Evento Adverso con **consecuencias leves o moderadas** para el paciente:
  - responsable del servicio/Centro implicado
  - referente de seguridad del Servicio/Centro
  - otros (a determinar en cada caso)
- En el caso de Evento Adverso con **consecuencias graves** para el paciente:
  - Gerente
  - Dirección Médica
  - Dirección de Enfermería
  - Responsable del servicio/Centro implicado
  - Referente de seguridad del Servicio/Centro (a criterio de la organización en función de su estructura)
  - Gerencia del Servicio Navarro de Salud
  - Gabinete de prensa
  - Otros (a determinar en cada caso)

El Equipo designado velará escrupulosamente por la confidencialidad sobre el evento y el respeto hacia los implicados y determinará qué miembro del Equipo de Gestión del EA será responsable de las siguientes **funciones**:

- Será el contacto permanente para la familia (24 horas al día, 7 días por semana); dicho miembro se asegurará de mantener al paciente y/o la familia permanentemente informada de cualquier avance en la investigación del caso.
- Vehiculará la comunicación interna, la que se dará al resto del centro y de la organización.
- Será el portavoz único para los medios de comunicación. Será el mismo, y único para la comunicación interna y externa.

- Será responsable del seguimiento de la gestión del EA

### **Comenzar de inmediato la investigación**

La investigación interna del centro debe iniciarse de manera inmediata a la notificación con la intención de perder la menor información posible, poder informar cuanto antes al paciente y/o su familia y reducir el sufrimiento de los profesionales implicados, realizando siguientes acciones:

- Determinar la magnitud del EA y decidir el nivel de investigación que se realizará.
- El responsable de Seguridad conducirá la investigación, conjuntamente con las partes implicadas y los líderes asistenciales:
  - Iniciando y liderando el proceso metodológico del Análisis Causa Raíz (ACR)
  - Entrevistando a los participantes del evento adverso en las primeras 24 horas tras el EA, priorizando esta actividad sobre su práctica asistencial o de otro tipo.
- El ACR requerirá de las reuniones necesarias para conseguir los objetivos, definir los hallazgos, identificar las causas latentes y desarrollar acciones de mejora. El proceso incluye analizar las pruebas, identificar e interrogar a los profesionales implicados, reproducir el proceso en todo su recorrido y documentar los hallazgos.
- La severidad del daño y la probabilidad de recurrencia determinarán el nivel de profundidad y la urgencia de la investigación. En el caso de Eventos Centinela y/o Eventos Adversos Graves, se recomienda iniciar el ACR en las primeras 24 horas y completarlo lo antes posible.
- La información que se genere tendrá carácter confidencial y se asegurará que la información que se brinde de pacientes y profesionales guarde la confidencialidad y respeto de todo detalle personal. Tanto si el EA tiene carácter mediático como si no.
- Considerar que, una vez consensuadas las medidas para mejorar procedimientos y evitar que vuelvan a ocurrir otros similares, toda información recogida pierde su sentido y resulta innecesaria, teniendo en cuenta que ya se habrán registrado en la historia clínica las anotaciones pertinentes.

## II. COMUNICACIÓN Y SOPORTE AL PACIENTE Y/O LA FAMILIA AFECTADA

El paciente y/o su familia necesitan de información y apoyo por parte del centro, esto además de ayudarles, puede contribuir a establecer un vínculo de confianza entre ambas partes, con el objeto de minimizar las consecuencias del Evento Adverso.

### Iniciar de inmediato la comunicación

- Es preciso asegurarse de que desde el primer momento, algún miembro del equipo sanitario se ocupa de dar soporte y apoyo a la familia y/o acompañantes, además de al propio paciente.
- La primera información debe transmitirla o debe darse en presencia del profesional más próximo al paciente, y el que tenga una mayor relación de confianza previa con él y/o con su familia. Es importante que esas primeras conversaciones las realicen al menos dos profesionales (médico y enfermera, referentes del paciente), esto facilitará la transparencia entre profesionales.
- En este primer momento la información será de carácter general, especificando el hecho pero dejando claro que aún no se conocen bien las causas de lo sucedido, que se ha notificado el hecho a la Comisión de Seguridad, aclarando que se está siguiendo estrechamente el caso, y dando ya a la familia la referencia clara de la persona de contacto que les mantendrá permanentemente informados a partir de entonces.

### Establecer la estrategia de comunicación con la familia

- *El Equipo de Gestión del EA habrá designado al comunicador con la familia teniendo en cuenta que:*
  - el comunicador principal debe ser alguien con una relación de confianza previa con el paciente
  - al menos un miembro del equipo de soporte debe tener competencia clínica suficiente en el tema como para resolver las dudas que pueda plantear el paciente o su familia o representantes.
- La información que se comunicará al paciente y/o su familia se ceñirá a los hechos objetivos (sin establecer causalidad o responsabilidad) y se realizará en función de la evidencia disponible en cada momento.
- Asegurarse que se dispone de un lugar adecuado que permita hablar con el paciente y/o su familia sin interrupciones.
- Asegurarse si el paciente desea estar a solas o va a estar acompañado por algún familiar o si designa un interlocutor. Especialmente en el caso de menores de 18 años.
- Valorar si existen factores intrínsecos del paciente (personalidad, situación emocional, etc.) que, en casos puntuales, desaconsejen informarle directamente. Evaluar qué conocen él o sus familiares y qué desean conocer.

- Se utilizará un lenguaje apropiado a los interlocutores teniendo en cuenta barreras idiomáticas u otras. Asegurarse de que el paciente y/o su familia entienden la información y no se han quedado con dudas.

### **Preparar el Contenido de la comunicación**

Es recomendable que los profesionales conversen sobre el EA antes de informar al paciente y/o su familia para rebajar la tensión emocional y facilitar un clima de confianza entre los miembros del equipo asistencial. **Es importante:**

- Explicar al paciente y/o la familia lo que ha pasado, intentando seguir estas premisas:
  - Hablar de los hechos, de lo que ha pasado (evitar culpas, opiniones, elucubraciones...)
  - Ser empático, tener en cuenta la situación emocional en que se encuentran
  - Comprometerse a hacer una investigación con la intención de aclarar por qué ha sucedido el evento, establecer las acciones que eviten su repetición, de cuyos resultados serán informados.
  - Tener en cuenta que probablemente tanto el paciente como su familia estén en shock postraumático y habrá que esforzarse para que realmente comprendan lo que se les explique, repitiendo la información cuantas veces sea necesario, hasta comprobar que lo comprenden.
- Disculpase
  - Expresar que los profesionales del centro lamentan que haya ocurrido el evento
  - Las disculpas deben ser claras y personalizadas, evitando señalar culpables.

### **Garantizar el soporte a la familia y/o al paciente**

- Ofrecer a la familia la mayor comodidad posible si tiene que permanecer en el hospital, previendo y tratando de minimizar los costes económicos que ello les ocasione.
- Estar atentos a las posibles necesidades de apoyo psicológico y/o social
- Ofrecer la información que precisen

### **Garantizar la continuidad de la comunicación**

- - Estar atentos a cómo se siente la familia, preguntándole directamente si es preciso, si considera que se le está diciendo la verdad, o si se siente abandonada, etc.
- - Asegurarse de que saben cómo y con quién tienen que contactar en caso de consultas o dudas, y de que disponen de sus teléfonos de contacto permanentes.
- - Informar permanentemente a la familia y/o al paciente de cualquier novedad o hallazgo en la investigación del evento, (y por supuesto, de cualquier cambio en la situación clínica)
- - En su momento, explicar al paciente y/o la familia, las medidas que el centro ha tomado para prevenir futuros eventos similares.

### III. COMUNICACIÓN Y SOPORTE A LOS PROFESIONALES IMPLICADOS (SEGUNDAS VÍCTIMAS)

Las segundas víctimas de los eventos adversos son los profesionales, que experimentan un complejo daño psicológico cuando se ven envueltos en errores que causan problemas a sus pacientes. El apoyo a los profesionales sanitarios involucrados en la existencia de incidentes y eventos adversos debe ser prioritario si queremos ir avanzando en la cultura de seguridad.

Las segundas víctimas tienen derecho a un **tratamiento justo** que incluya la presunción de que su intención era buena y por ello no deben ser culpadas ni avergonzadas. Es importante que reciban:

- Respeto y comprensión: de directivos y compañeros.
- Comprensión y empatía desde los colegas a la institución.
- Transparencia y oportunidad para contribuir al aprendizaje. Las segundas víctimas tienen el derecho a contribuir al aprendizaje que supone para la organización todo lo relativo al error, y también a compartir información causal importante.
- Apoyo psicológico: La experiencia de las segundas víctimas se relaciona con los síntomas de un stress postraumático (pánico, angustia, depresión, inseguridad, pérdida de autoestima alteraciones del sueño a lo que se une las dudas sobre cómo informar al paciente, colegas y directivos de lo sucedido, el miedo a las consecuencias legales y la preocupación a la pérdida de prestigio profesional).

#### Reconocer el impacto del Evento Adverso sobre los profesionales sanitarios implicados

Los mandos intermedios de las unidades donde tenga lugar un EA estarán muy atentos a la repercusión que el mismo pueda tener sobre los profesionales involucrados, informando de sus impresiones al EGEA.

#### Identificar y proporcionar el soporte adecuado

- Ofrecer disponibilidad completa por parte de la organización para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.
- Ofrecer, desde el primer momento tras la ocurrencia de un EA con consecuencias graves, el asesoramiento legal al profesional contemplado en la póliza de seguros contratada por la institución.
- Poner a disposición de los profesionales que se han visto involucrados en un EA con consecuencias graves un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima. Hay que tener en cuenta que para estas personas cada día es una eternidad por lo que la ayuda psicológica debe ser prestada de manera profesional,

rápida y organizada. Dicho apoyo debe comenzar en el mismo momento en el que se descubre un episodio y debe mantenerse durante el tiempo que sea necesario.

- Ofrecer y recomendar de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves, que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten. Esta necesidad de hablar para aliviar la presión no se limita a los EA con consecuencias graves porque la situación de segunda víctima es posible que se produzca a raíz de cualquier incidente relacionado con la seguridad del paciente, incluidos los incidentes sin daño.
- Procurar que la segunda víctima participe activamente en la búsqueda de soluciones para que el EA no se vuelva a producir en el futuro. Se incluirá a los profesionales implicados en la elaboración del ACR. Este aspecto se valorará en cada caso de forma individual aunque se considera que es deseable ya que su inclusión favorece el aprendizaje y su exclusión, la culpa.
- El Equipo de gestión del EA emitirá mensajes claros, orientados al enfoque sistémico del error, del tipo “vamos a gestionar esto entre todos”, evitando declaraciones culpabilizadoras.
- El Equipo de gestión del EA pondrá en conocimiento de los profesionales implicados los hallazgos que vayan encontrando como resultado de la investigación.
- Los centros deben tener el compromiso expreso, dentro de su cultura de seguridad y aprendizaje, de hacer seguimiento a largo plazo de los profesionales que han pasado por una experiencia de este tipo.

#### **IV. SEGUIMIENTO Y DIFUSION DE RESULTADOS A LA ORGANIZACIÓN**

Con las recomendaciones que se deriven del ACR, el Equipo de gestión del EA elaborará un Plan de Acción que estará orientado a solventar las causas raíz resultantes del análisis. Este plan deberá detallar las acciones e identificar tareas y responsables.

Las acciones de mejora resultantes de un ACR deben ser consideradas como una prioridad absoluta, siendo responsabilidad del Equipo de Gestión de EA monitorizar los cambios se producen y detectar posibles efectos indeseables de dichos cambios.

La responsabilidad de la implantación de las mejoras será delegada a los jefes de servicio, quienes emitirán informes periódicos de seguimiento y memoria final de implantación al Equipo de gestión del EA y a los responsables de Seguridad de sus centros.

El Equipo de gestión del EA mantendrá informados de las acciones implantadas a profesionales y directivos.

El Equipo de gestión del EA, cumplimentará el Check-list de evaluación de actuaciones una vez que considere cerrado el evento. Esto permitirá aprender no sólo del evento adverso en sí mismo sino también de la manera en que se han cumplido los objetivos del plan previsto.

La Comisión de seguridad del paciente de cada Gerencia será quién realizará el seguimiento de los eventos adversos ocurridos en el hospital a lo largo del año.

## ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

### Equipo de gestión del evento adverso

Para garantizar esta respuesta y gestionar el evento adverso, es necesario que en cada centro se cree un Equipo de Gestión del EA, cuya composición dependerá de la severidad del daño y la probabilidad de recurrencia.

Estos equipos se organizan de forma inmediata tras la detección de un evento adverso, que puede ocurrir 24 horas al día los 7 días de la semana. Las primeras 24 horas son decisivas para su desarrollo y sus consecuencias, por lo que cada centro establecerá la forma de reunir dicho equipo.

El Equipo de Gestión del EA se activará de forma urgente siempre que se produzca un evento adverso incluido en el listado del National Quality Forum (Anexo). En casos no tan graves, la composición del equipo se podrá diferir al siguiente día laborable.

En el siguiente cuadro se resume su objetivo, la composición y sus funciones:

<b>EQUIPO DE GESTIÓN DE EVENTO ADVERSO</b>		
<b>Objetivo</b>	Grupos organizados ante la aparición de un evento adverso cuyo papel es hacer confluir los intereses de pacientes, familias, personal y organización, asegurando la comunicación, soporte, resolución y aprendizaje.	
<b>Composición</b>	Daño Leve o Moderado	Daño Grave
	<ul style="list-style-type: none"><li>Referente de Seguridad del centro</li><li>Responsables del servicio/ centro implicado</li><li>Otros a determinar en cada caso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Equipo de daño leve y además</li><li>Gerente</li><li>Director Médico</li><li>Directora Enfermería</li><li>Gerente del SNS-O</li><li>Gabinete de Prensa</li></ul>
<b>Funciones Generales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Determinar quiénes serán los responsables de realizar el Análisis Causa Raíz.</li><li>Garantizar que las necesidades asistenciales del paciente están cubiertas en todo momento designando un equipo asistencial responsable.</li><li>Gestionar la comunicación</li><li>Determinar qué miembro del Equipo de Gestión del Evento Adverso, será el contacto permanente para la familia (24 horas al día, 7 días por semana); dicho miembro se asegurará de mantener al paciente y/o la familia permanentemente informada de cualquier avance en la investigación del caso.</li><li>Determinar qué miembro del Equipo de Gestión del Evento Adverso será el portavoz único para la comunicación interna, la que se dará al resto de la Organización y para los medios de comunicación.</li><li>Velar escrupulosamente por la confidencialidad sobre el evento y el respeto hacia los implicados.</li><li>Difundir los resultados de la investigación</li><li>Realizar seguimiento del plan de acción realizado específicamente para el evento adverso</li></ul>	

## Estructura piramidal de atención a la segunda víctima

La estructura para dar apoyo a las segundas víctimas se basa en la establecida por S. Scott. El soporte se organiza en base a las necesidades de diferentes grados de ayuda que las segundas víctimas requieren en función del impacto que les causan los EA en los que se ven implicados:

**1<sup>er</sup> Nivel apoyo de los colegas:** Este primer apoyo puede resolver el 60% de los casos

- Promueve una primera atención emocional en el área de trabajo del profesional.
- Proporciona comprensión y análisis del caso con respeto y honestidad.
- Deben recibir formación sobre el fenómeno y cómo manejarlo en primera instancia.

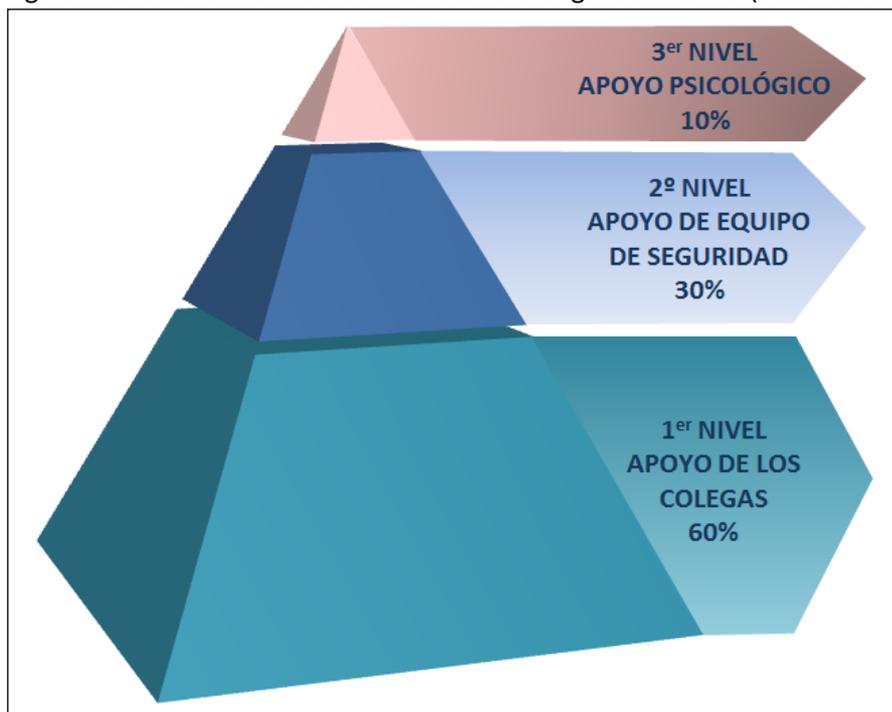
**2<sup>o</sup> Nivel apoyo de equipo de seguridad:** El 30% de los casos se resuelven en este segundo nivel

- Ofrece atención a las segundas víctimas previamente identificadas en el servicio.
- Ofrece investigación del evento adverso, reuniones de equipo...
- Identifican la sintomatología que requiere respuesta rápida y están preparados para proporcionarla.
- Personal del hospital entrenado antes de formar parte del equipo de apoyo.
- Aconsejan la consulta con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales si los síntomas persisten

**3<sup>er</sup> Nivel apoyo psicológico:** En 10% de casos restante suele precisar asistencia especializada

Los profesionales serán atendidos por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales que derivará a otras instancias los casos que superen sus competencias.

Figura: Estructura Piramidal de Atención a la Segunda Víctima (SusanScott 2009)



## Selección de los componentes para cada Nivel de apoyo.

Para el **1<sup>er</sup> nivel apoyo de los colegas**, se propone que en cada centro/ servicio o Unidad, se seleccionen 1 o 2 profesionales que se conviertan en las figuras fundamentales para el primer nivel de apoyo de los colegas. Estos profesionales deben tener la confianza de la mayoría de sus colegas, deben ser elegidos por ellos, actuar de forma voluntaria y tener un PERFIL que incluya las habilidades, conocimientos y características que aparecen en el cuadro siguiente:

PERFIL DEL PERSONAL DEL PRIMER NIVEL
<ul style="list-style-type: none"><li>• Capacidad para escuchar de forma activa.</li><li>• Empatía.</li><li>• Personalidad reflexiva, no impulsiva</li><li>• Capacidad de comunicación verbal y no verbal.</li><li>• Manejo adecuado del contacto físico en respuesta a las necesidades emocionales del profesional afectado.</li><li>• Manejo adecuado de silencios de modo que resulten reconfortantes para la persona afectada. Experiencia en el centro.</li><li>• Capacidad para discriminar síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés postraumático.</li><li>• Conocimiento del circuito de derivación para aquellos casos en los que se identifica la necesidad un tipo de ayuda más especializada.</li><li>• Conocimientos básicos sobre la experiencia como segunda víctima (etapas de recuperación, necesidades, etc.).</li><li>• Conocimiento del plan y actuaciones en seguridad del paciente.</li><li>• Palabras y acciones claves (qué decir/hacer y qué no decir/hacer).</li><li>• Capacidad para identificar necesidades específicas a nivel personal, familiar o laboral.</li><li>• Actitud respetuosa, evitando en todo momento la elaboración y expresión de juicios de valor. Habilidad para compartir de forma respetuosa experiencias propias similares en caso de que puedan resultar reconfortantes para la segunda víctima.</li><li>• Capacidad para adoptar una actitud de apoyo fundamentada en la escucha y evitar en todo momento una actitud resolutive</li></ul>

Siguiendo la metodología de Scott, se emplearía la estrategia de identificar en cada unidad o servicio qué personas reúnen las características deseables para brindar apoyo consiste en consultar al personal asistencial a qué miembro de su centro / servicio/ unidad acudiría a pedir ayuda en caso de convertirse en segunda víctima. Para ello debiera impartirse una breve sesión de formación en el centro / servicio/ unidad, previa la elección.

Estos profesionales realizarán el curso de formación on-line diseñado por el proyecto de investigación y recibirán formación presencial sobre cómo informar a los pacientes que han sufrido un EA y sobre cómo realizar el apoyo a sus colegas afectados por dicho EA.

El grupo de **apoyo del segundo nivel**, incluye al equipo de seguridad de los centros, ya está formado en estos aspectos, y con experiencia en el tratamiento de eventos adversos, y

también, a profesionales que, en el pasado se vieron envueltos en un evento adverso, y que estén dispuestos a cooperar apoyando a sus colegas, a los que pueden comprender mejor y ayudarles tras su experiencia.

Para la selección de estos profesionales, se propone la realización, de entrevistas con profesionales que los responsables de seguridad tienen identificados, respetando la confidencialidad y su derecho a no querer participar.

Para el **tercer nivel**, disponemos de la colaboración del Servicio de Prevención de Riesgos quien en caso de considerarlo necesario derivaría a la segunda víctima, otras instancias. Hay que tener en cuenta que a este nivel únicamente llegaría el 10% de los casos.

## **FORMACIÓN**

### **Formación para todos los profesionales de la organización**

Todos los profesionales pueden, y es conveniente que así lo hagan, acceder a la web [www.segundasvictimas.es](http://www.segundasvictimas.es), (cuyos contenidos están en fase de acreditación) que dispone de materiales estructurados en dos módulos diferenciados, en su mayoría audiovisuales, que pretenden trasladar al profesional una serie de conocimientos y habilidades de utilidad a la hora de afrontar situaciones complejas en el ámbito de la seguridad del paciente y de reducir el impacto que éstas tienen sobre el profesional sanitario.

El Módulo informativo ofrece el componente teórico desarrollando todos los conceptos relativos al contexto del evento adverso y los resultados de los estudios tanto nacionales como internacionales sobre el tema.

El Módulo de intervención está compuesto por un conjunto de vídeos demostrativos en los que se describen las situaciones problema más frecuentes en la seguridad del paciente (p. ej. fallos de comunicación que ocasionan errores de medicación), las consecuencias emocionales, familiares y laborales tras casos de EA evitables e inevitables, las dificultades en la toma de decisiones clínicas tras EA, y los principales problemas al informar a un paciente que ha sufrido un EA. Además, ofrece recomendaciones sobre cómo actuar tras la ocurrencia de un EA.

### **Formación para los profesionales que participen en los Equipos de Gestión del EA o de soporte para sus compañeros**

La formación para los profesionales que requieran un nivel de conocimiento o experiencia más especializado, será realizada por el equipo de psicólogos de Prevención de Riesgos Laborales se impartirá a través de 2 cursos presenciales:

- Cómo comunicarse con el paciente y la familia afectados por un EA
- Cómo dar apoyo y soporte a otros profesionales afectados por un EA.

## Referencias

Aranaz Jm, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell M. *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (Second Edition)*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011. (Available on [www.IHI.org](http://www.IHI.org))

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

Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Guía de recomendaciones para la Gestión de eventos Centinela y eventos Adversos graves. Servicio Gallego de Saude . 2013.

Guía de Recomendaciones para la Gestión de EVENTOS ADVERSOS ( Osakidetza 2015)

Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento ad verso y atender a las segundas y terceras víctimas. PI13/0473 y PI13/01220. Disponible en: [www.segundavictimas.es](http://www.segundavictimas.es)

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

Khon Lt, Corrigan Jm, Donaldson Ms. To err is human: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington (DC):National Academy Press; 2000.

Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo, Enero de 2009. Ginebra: WHO; 2009.

[http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)

Mira JJ, Lorenzo S, Navarro I. Hospital Reputation and Perceptions of Patient Safety. *Med Princ Pract* 2014;23:92-94. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/Pdf/353152>

National Quality Forum (NQF). Serious Reportable Events In Healthcare – 2011 Update: A consensus report. Washington, DC: NQF; 2011. Disponible en: <http://www.doh.wa.gov/portals/1/documents/2900/nqf2011update.pdf>

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

Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M,Hahn-Cover K et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36:233-40

White AA, Waterma A , Mc Cotter P, Boyle D, Gallagher TH. Supporting heakth care workers after medical error: considerations for helathcare leaders. *J Clin Outcomes Management* 2008;15 240-7

Wu A. Boyle DJ, Wallace G, Mazor KM.Disclosure of adverse events in the United States

## Anexo I. RECOMENDACIONES SOBRE QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER CON LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS

QUE HACER	QUE NO HACER
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar a la segunda víctima, lo cual a veces no es fácil dado que el profesional refiere encontrarse bien</li> <li>• Actuar con empatía, sin culpabilizar</li> <li>• Ofrecer ayuda de colegas</li> <li>• Reorganizar su actividad asistencial</li> <li>• Evitar el rechazo de compañeros y superiores</li> <li>• Aumentar redes sociales de apoyo</li> <li>• Identificar síntomas</li> <li>• Ayudarle con baja laboral, si fuera necesario</li> <li>• Valorar la necesidad de asistencia jurídica y emocional</li> <li>• Aclarar lo sucedido y mantenerle informado de la investigación e incluso invitarle a participar</li> <li>• Organizar su regreso a la actividad clínica</li> <li>• Programar un seguimiento periódico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligarle a continuar con la prestación del servicio</li> <li>• Adoptar una actitud culpabilizadora por parte de jefes y colegas</li> <li>• Contribuir a la formación y transmisión de rumores</li> <li>• Aconsejar a la segunda víctima que no hable de lo sucedido ni notifique el EA lo cual impedirá realizar la investigación de lo sucedido.</li> <li>• Evitar el contacto con la segunda víctima por miedo a verse en una situación incómoda al tener que escuchar sus sentimientos.</li> <li>• No facilitar el apoyo desde la Dirección de la institución.</li> <li>• Ignorar las necesidades emocionales.</li> <li>• Someter a la segunda víctima a interrogatorios repetidos y aislarle</li> <li>• Aislar a la segunda víctima.</li> </ul>

## RECOMENDACIONES SOBRE QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER CON LAS TERCERAS VÍCTIMAS

QUE HACER	QUE NO HACER
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar la experiencia vivida para, en los meses siguientes al incidente ofrecer una información positiva de la labor asistencial que contribuya a generar entre los pacientes confianza en el centro y en sus profesionales.</li> <li>• Actualizar periódicamente la información sobre nuevas actuaciones de seguridad clínica que se desarrollen en el centro.</li> <li>• Difundir noticias sobre éxitos terapéuticos y actividades de formación realizadas para contribuir a afianzar la confianza en los profesionales y en la institución de los ciudadanos y de los pacientes Emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demora en la atención a las necesidades del paciente y/o su familia.</li> <li>• Tardar demasiado tiempo en ofrecer una primera información de lo que ha sucedido.</li> <li>• Filtración de información por vías no oficiales.</li> <li>• No facilitar canales de comunicación directos al paciente afectado /o su familia.</li> <li>• No incluir una disculpa en la información que se da al paciente o su familia.</li> <li>• No centralizar las comunicaciones con los medios en un único portavoz con cualificación.</li> <li>• Emitir comunicados de prensa con periodicidad superior a 7 días durante los primeros momentos.</li> <li>• Elusión de responsabilidades en comunicados oficiales.</li> <li>• Olvidarse de informar a los profesionales fomentando así los rumores.</li> <li>• Falta de información u ofrecer informaciones equívocas.</li> </ul>

## ANEXO II: LISTADO DE EVENTOS CENTINELA DEL NATIONAL QUALITY FORUM 2011 (2ª Edición)

<p><b>1. EVENTOS DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INVASIVO</b></p> <p>1A. Cirugía u otro procedimiento invasivo realizado en el sitio incorrecto.</p> <p>1B. Cirugía u otro procedimiento invasivo realizado en el paciente equivocado.</p> <p>1C. Procedimiento quirúrgico u otro procedimiento invasivo incorrecto realizado en un paciente.</p> <p>1D. Retención involuntaria de un objeto extraño en un paciente después de una cirugía u otro procedimiento invasivo</p> <p>1E. Muerte intraoperatoria o inmediatamente postoperatoria / posprocedimiento en un paciente con ASA1</p> <p><b>2. EVENTOS DE PRODUCTOS O DISPOSITIVOS</b></p> <p>2A. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada con el uso de medicamentos, dispositivos o productos biológicos contaminados proporcionados en un centro sanitario.</p> <p>2B. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada con el uso o la función de un dispositivo en la atención al paciente, en el que el dispositivo se utiliza o funciona de forma distinta a la prevista.</p> <p>2C. Muerte de un paciente o incapacidad grave asociada con un embolismo aéreo intravascular que ocurre mientras se lo atiende en un centro sanitario</p> <p><b>3. EVENTOS DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE</b></p> <p>3A. El alta o la liberación de un paciente / residente de cualquier edad, que no pueda tomar decisiones, a otra persona que no sea la autorizada.</p> <p>3B. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada con el fuga del paciente (desaparición).</p>	<p><b>4. EVENTOS DE MANEJO DE CUIDADO</b></p> <p>4A. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada con un error de medicación.</p> <p>4B. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada con la administración insegura de hemoderivados.</p> <p>4C. Muerte materna o incapacidad grave asociada con el trabajo de parto o el parto en un embarazo de bajo riesgo mientras se la atiende en un centro sanitario.</p> <p>4D. Muerte o incapacidad grave de un neonato relacionado con el trabajo de parto o el parto en un embarazo de bajo riesgo</p> <p>4E. Muerte de un paciente o incapacidad grave asociada con una caída mientras se le atiende dentro o en un entorno de atención sanitaria.</p> <p>4F. Cualquier úlcera por presión estadio 3, 4, inestables, adquiridas después de la admisión en un centro sanitario.</p> <p>4G. Inseminación artificial con el espermatozoide de donante incorrecto o el óvulo incorrecto.</p> <p>4H. Muerte del paciente o incapacidad grave como resultado de la pérdida irreparable de una muestra biológica irremplazable.</p> <p>4I. Muerte del paciente o incapacidad grave resultante de la falta de seguimiento o comunicación de resultados de pruebas de laboratorio, anatomía patología o radiología.</p> <p><b>5. EVENTOS AMBIENTALES</b></p> <p>5A. Muerte del paciente o del personal o incapacidad grave asociada con una descarga eléctrica en el curso de un proceso de atención al paciente en un centro sanitario.</p> <p>5B. Cualquier incidente en el que los sistemas designados para que el oxígeno u otros gases indicados para el paciente no contenga oxígeno o bien contenga otro gas, o se encuentre contaminado por sustancias tóxicas.</p> <p>5C. Muerte del paciente o del personal o incapacidad grave asociada con una quemadura provocada por cualquier fuente en el curso de un proceso de atención al paciente en un centro sanitario.</p> <p>5D. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada con el uso de restricciones físicas o barandillas durante la atención en un centro sanitario</p> <p><b>6. EVENTOS RADIOLÓGICOS</b></p> <p>6A. Muerte o incapacidad grave de un paciente o personal asociado con la introducción de un objeto metálico en el área de Resonancia Magnética.</p> <p><b>7. EVENTOS PENALES POTENCIALES</b></p> <p>7A. Cualquier atención ordenada o proporcionada por alguien que se haga pasar por un médico, una enfermera, un farmacéutico u otro proveedor de atención médica con licencia.</p> <p>7B. Secuestro de un paciente / residente de cualquier edad.</p> <p>7C. Abuso / agresión sexual a un paciente o miembro del personal dentro de un entorno de atención sanitaria.</p> <p>7D. Muerte o incapacidad grave de un paciente o miembro del personal como resultado de una agresión física que se produce dentro o en un entorno de atención sanitaria.</p>
--	---

### Anexo III. CHECK-LIST ACCIONES INMEDIATAS

Fecha _____ Lugar _____		
Hora inicio	Acciones inmediatas	Hora Fin
	<p><b>Asegurar la estabilización del paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Abordar las cuestiones inmediatas de atención al paciente y mitigar el daño al paciente</li> <li><input type="checkbox"/> Notificar al médico responsable del paciente</li> <li><input type="checkbox"/> Retirar todos los dispositivos no seguros</li> <li><input type="checkbox"/> Valorar si hay más pacientes en riesgo</li> </ul>	
	<p><b>Comunicación Interna : Notificaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Jefe de Servicio/JUAP/Supervisora de Enfermería</li> <li><input type="checkbox"/> Referente de Seguridad del Servicio/ Centro</li> <li><input type="checkbox"/> Gerente/Equipo Directivo</li> <li><input type="checkbox"/> Otros _____</li> </ul>	
	<p><b>Conservar pruebas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Documentación y registros</li> <li><input type="checkbox"/> Jeringas</li> <li><input type="checkbox"/> Contenedores Medicamentos / Viales</li> <li><input type="checkbox"/> Equipos / Máquinas</li> <li><input type="checkbox"/> Sueros, Equipos IV, Bombas</li> <li><input type="checkbox"/> Muestras de laboratorio</li> <li><input type="checkbox"/> Otros: _____</li> </ul>	
	<p><b>Soporte a la familia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Gestionar atención inmediata</li> <li><input type="checkbox"/> Iniciar comunicación</li> </ul>	
	<p><b>Soporte a profesionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Valorar el soporte emocional de los profesionales</li> <li><input type="checkbox"/> Eximirles del trabajo si es necesario</li> </ul>	
	<p><b>Creación Equipo de Gestión Evento Adverso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Constituir el Equipo de Gestión del Evento Adverso</li> </ul>	
	<p><b>Inicio de Investigación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Determinar el personal implicado y los testigos clave y comenzar entrevistas documentándolas.</li> <li><input type="checkbox"/> Organizar entrevistas</li> <li><input type="checkbox"/> Revisar el proceso habitual y si se ha seguido</li> </ul>	

## Anexo IV. CHECK-LIST SEGUIMIENTO

Fecha _____ Lugar _____		
Hora inicio	Acciones seguimiento	Hora Fin
	<p><b>Comunicación con paciente y familia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Proporcionar Paciente / familiar la persona de contacto para información de los avances de la investigación.</li> <li><input type="checkbox"/> Pedir disculpas / empatizar con el paciente</li> <li><input type="checkbox"/> Asegurarse de que el paciente / familia entienden lo que se les dice y tienen oportunidad de hacer preguntas</li> <li><input type="checkbox"/> Revelar hechos conocidos sobre el evento; seguimiento con el paciente / familia cuando se disponga de información adicional.</li> <li><input type="checkbox"/> Asegurarse de que el personal asistencial está al tanto de la persona de contacto con respecto a actualizaciones sobre la Investigación</li> </ul>	
	<p><b>Evaluación y Apoyo a Profesionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Valorar las necesidades de los profesionales implicados y organizar conversaciones con otros profesionales , si es necesario</li> <li><input type="checkbox"/> Valorar las necesidades de los profesionales implicados y facilitar el apoyo psicológico, si es necesario.</li> <li><input type="checkbox"/> Valorar las necesidades de los profesionales implicados y facilitar el asesoramiento legal, si es necesario.</li> <li><input type="checkbox"/> Ofrecer la participación en la investigación si es pertinente.</li> </ul>	
	<p><b>Comunicación Interna</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Preparar estrategia de comunicación</li> <li><input type="checkbox"/> Reflexionar y preparar contenido de la comunicación</li> <li><input type="checkbox"/> Mantener a pacientes y principales líderes informados de la evolución de la investigación</li> </ul>	
	<p><b>Profundizar en la Investigación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Elaborar informe ACR</li> <li><input type="checkbox"/> Extraer recomendaciones</li> <li><input type="checkbox"/> Elaborar plan de acción para implantar áreas de mejora con responsables</li> <li><input type="checkbox"/> Documentar seguimiento de la implantación</li> <li><input type="checkbox"/> Difundir lecciones aprendidas al resto de la organización.</li> </ul>	

## Anexo V. CHECK-LIST EVALUACIÓN GESTIÓN DEL EA

¿Qué hemos hecho bien? ¿Qué hemos aprendido? ¿Qué podríamos hacer mejor? ¿Qué sistemas es necesario corregir?

Fecha _____ Lugar _____			
Acciones	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Se activó el plan de Gestión del Evento Adverso en tiempo y forma?			
¿Se notificó inmediatamente el Evento Adverso a las personas necesarias?			
¿Se procuró la asistencia adecuada al paciente en una primera fase?			
¿Se realizó una primera comunicación adecuada al paciente y/o familia?			
¿Se conservaron las pruebas necesarias?			
¿Se custodiaron documentación y registros?			
¿Se creó el Equipo de Gestión del Evento Adverso a tiempo?			
¿Este equipo lo conformaron las personas necesarias?			
¿Se definió quién iba a ser la persona de contacto con la familia?			
¿La comunicación con paciente y familia se ha establecido según las recomendaciones recogidas en la guía?			
¿Se valoraron las necesidades y preocupaciones de los profesionales?			
¿Se les sustituyó en su trabajo tras el Evento Adverso?			
¿Se les ofreció conversaciones de apoyo con otros profesionales?			
¿Se les ofreció apoyo psicológico?			
¿Se les ofreció participar en la investigación y/o puesta en marcha de recomendaciones?			
¿Se inició la investigación de forma inmediata?			
¿Participaron en el ACR todas personas necesarias?			
¿Se ha elaborado un informe con recomendaciones?			
¿Se han implantado las recomendaciones del ACR?			
¿Se han difundido las lecciones aprendidas?			

## **Anexo VI. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO (PNT) PARA INFORMAR A PACIENTES Y FAMILIARES DEL PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA INTERPONER UNA RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL ANTE UN EVENTO ADVERSO CENTINELA**

### **Introducción**

Tras un evento adverso grave centinela (por ejemplo: equivocación de miembro o de persona, vía de administración errónea, etc.) el paciente o familiar a veces no presenta formalmente una reclamación ante el Servicio Navarro de Salud.

### **Ámbito**

Ante un evento adverso grave (SAC 1 y 2) centinela, el centro implicado deberá realizar un análisis causa raíz (ACR) para determinar las causas subyacentes y proponer las acciones de mejora para intentar que el evento no se vuelva a producir.

### **Objetivo**

El objetivo de este PNT es normalizar el circuito mediante el cual se proporciona al paciente o familiar la información para que éstos puedan iniciar una reclamación de responsabilidad patrimonial tras producirse un evento adverso grave centinela.

### **Quién informa a paciente/familiar o allegado**

El profesional que realice las funciones de interlocutor para la comunicación con el paciente y la familia junto con un miembro de la dirección informarán al paciente y/o familiar del derecho que éstos tienen a interponer una reclamación patrimonial.

La información se realizará de forma oral y escrita.

La información será la siguiente: “Del análisis realizado hasta la fecha, deducimos que existen indicios de que podría reconocérsele el derecho a una indemnización según lo que resultara de la instrucción del procedimiento legalmente establecido para ello, por lo que tiene usted derecho a interponer una reclamación de responsabilidad patrimonial, que puede dirigir al Registro de los Servicios Centrales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (en Av. del Ejército nº 2). Ese derecho no prescribe hasta transcurrido un año desde que se produzca el hecho o acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. Puede resolver cualquier duda respecto a dicho procedimiento ante el Servicio de Régimen Jurídico del SNS-O, unidad competente para su tramitación (Tfno.: xxxxxxxx).

En el caso de que el paciente haya formalizado su reclamación a través de Atención al Paciente, se seguirá el circuito habitual. No obstante, se coordinará la respuesta entre el coordinador del equipo del Análisis Causa Raíz y Atención al Paciente para que la información que se proporcione al paciente y/o familiares sea coherente y homogénea.

### **Información a proporcionar a pacientes/familiares sobre el evento adverso**

Tras el análisis del ACR, se proporcionará al paciente/familiares el conjunto de medidas propuestas por el centro para intentar que el evento adverso no vuelva a ocurrir. La información que maneje el equipo ACR será de carácter interno