

# Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE



**Edita:**

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste  
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca  
Ctra. Murcia-Cartagena, s/n. 30120 Murcia  
Tel. 968920576 - 968369071

<http://www.murciasalud.es/saludsegura>

Arrinet: Áreas/Calidad/Seguridad del Paciente/Salud Segura

**Comité editorial:**

Carlos Albacete, Tomasa Alcaraz, Beatriz C Alloza, Manuel Baeza, M<sup>a</sup>Dolores Beteta, Cecilia Banacloche, Magina Blázquez, Bernarda Díaz, Mar Galindo, Beatriz Garrido, Mercedes López, Julio López-Picazo, Juana M<sup>a</sup> Marín, Arturo Pereda, Virginia Pujalte, M<sup>a</sup>Isabel Sánchez, Antonio Saura, Inmaculada Vidal-Abarca.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. D.L. MU 446-2013

Suscripción: Envío gratuito. Solicitudes: [ucarrrixaca.sms@carm.es](mailto:ucarrrixaca.sms@carm.es)

ÁREA DE SALUD 1  
MURCIA-OESTE

# Arrixaca

Volumen 11, Número 1

1<sup>o</sup> trimestre

**ENERO - MARZO 2023**

**EN ESTE NÚMERO:**

- *Identificación y manejo de medicamentos de alto riesgo.*  
Mar Galindo Rueda.
- *SiNASP salva vidas.*  
Inmaculada Vidal-Abarca.
- *Qué NO HACER con una segunda víctima*  
Dolores Beteta Fernández.
- *Comunicación interpersonal eficaz en Seguridad del paciente*  
Juana M<sup>a</sup> Marín Martínez.

## Identificación y manejo de medicamentos de alto riesgo

M<sup>a</sup>Mar Galindo Rueda  
Farmacéutica

¿Es necesario que ocurran eventos graves en sanidad para que se tomen medidas que permitan prevenirlos a posteriori? ¿Es necesario que ocurran eventos graves para que nos concienciamos que no se deben banalizar las medidas de seguridad existentes? La realidad es que, en muchas ocasiones, por ir más rápido, por la seguridad que nos produce realizar una técnica o procedimiento asiduamente, o por la tan trillada frase de "tengo mucha carga asistencial", decidimos saltamos las barreras de seguridad.

A veces nos quejamos de la falta de recursos, especialmente de personal, que en ocasiones nos sirven de excusa para permanecer inertes ante nuevos proyectos que mejoren la seguridad en el uso de la medicación.

Como muchos conocéis ya, algunos de los medicamentos que manejamos de manera frecuente en nuestros hospitales están catalogados como **medicación del alto riesgo (MAR)**. Esta denominación tan llamativa tiene como objetivo generar cierta "alarma" en el usuario, para apercebir al dispensador/administrador o al paciente, sobre el hecho de que la medicación que se está manejando no debe considerarse intrascendente. La designación Alto Riesgo proviene de una terminología empleada por el ISMP (Institute for Safe Medication Practices) para denominar a aquellos **medicamentos sobre los que existe un riesgo importante para la salud al ser utilizados de manera errónea, y que en tal caso, pueden producir un daño sustancialmente grave.**

El nombre "**medicación de alto riesgo**" tiene como objetivo generar cierta alarma en el usuario porque existe un importante riesgo para la salud si se utiliza de forma errónea

Independientemente de si esos posibles errores son comunes o no, deben ser tenidos en cuenta ya que las consecuencias del mal uso, si llegase a producirse, serían devastadoras para el paciente. Los medicamentos de alto riesgo son aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes (1). Ello no implica que los errores con estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de que ocurran, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.



**RECOMENDACIONES PARA EL BUEN MANEJO DE MAR**

El ISMP y otras organizaciones insisten en la necesidad de establecer prácticas seguras con estos medicamentos en todas las etapas del circuito de su utilización, desde la prescripción y dispensación hasta la administración y seguimiento, así como efectuar un seguimiento de las medidas implantadas para com-

probar que se están realizando adecuadamente. Se recomienda:

- Definir y difundir una lista de los medicamentos considerados de alto riesgo en el centro, y actualizarla periódicamente.
- Estandarizar su prescripción, almacenamiento, preparación y administración.
- Establecer sistemas de ayuda a la decisión clínica y alertas automatizadas.
- Limitar el número de presentaciones y de concentraciones disponibles.
- Implantar procedimientos de doble chequeo independientes en la preparación y administración de algunos medicamentos; etc. (1,2).

La OMS, en el tercer reto mundial de seguridad del paciente, "Medicación sin daño", recomienda desarrollar actuaciones centradas en la mejora de la seguridad de los medicamentos de alto riesgo (3).



El Institute for Safe Medication Practices (ISMP) ([www.ismp.org](http://www.ismp.org)) estableció una lista de los medicamentos considerados de alto riesgo en los hospitales que constituye la lista de referencia utilizada mundialmente. La lista fue adaptada por el ISMP-España a los medicamentos disponibles en nuestro país y la última actualización fue realizada en 2018. Se dispone también de

una Lista de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos, que ha sido desarrollada por el ISMP-España a través del Proyecto MARC, financiada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

## ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN CON "MAR"

### 1. Generales

El Institute for Safe Medication Practices (ISMP) propone tres estrategias para reducir las posibles consecuencias derivadas de los errores en el uso de estos medicamentos:

- Utilización de métodos barrera que eliminan o reducen la posibilidad de que se produzcan los errores. Por ejemplo, el uso de jeringas especiales para la administración de soluciones orales de medicamentos.
- Estandarizar los medicamentos de alto riesgo disponibles en los hospitales, limitando el número de presentaciones de los mismos con diferentes dosis, concentraciones y/o volumen.
- Retirar o limitar las existencias de los MAR de los botiquines de las unidades asistenciales.

### 2. Específicas

**2.1 Establecer, limitar y difundir una relación con los medicamentos de alto riesgo disponibles en la institución.** Los MAR deben estar definidos, identificados, disponibles y de fácil acceso para todo aquel personal sanitario que los prescribe, dispensa y administra. La presencia de un número elevado de distintas formas farmacéuticas y concentraciones de un mismo medicamento favorece la aparición de errores de medicación. Los MAR incluidos en la Guía Farmacoterapéutica (GFT)

deben revisarse de manera continua para evitar errores ocasionados por nombres parecidos o apariencia similar de envase y etiquetado.

**2.2 Estandarizar la prescripción y desarrollo de protocolos.** Se deben establecer protocolos de actuación, directrices, escalas de dosificación para los MAR que incluyan normas de correcta prescripción, detección de alergias y recomendaciones específicas que insten a evitar el uso de abreviaturas y prescripciones ambiguas. La elaboración y seguimiento de protocolos para estandarización y simplificación de los procesos reduce la complejidad y la variabilidad. La utilización de estos protocolos por los profesionales genera de forma automática múltiples controles a lo largo del sistema. Además, logra disminuir la dependencia de la memoria y permite que el personal inexperto y recién incorporado a la plantilla pueda realizar, de manera segura, un proceso que no le resulte familiar.

**2.3 Validación farmacéutica y dispensación en dosis unitarias.** La integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar aumenta la seguridad del proceso farmacoterapéutico y el uso racional del medicamento. La utilización de sistema de dispensación de medicamentos dosis unitaria reduce los errores de medicación ya que garantiza que el paciente recibe el medicamento correcto, a la dosis correcta y para la vía correcta. Para ello es necesario que los medicamentos estén acondicionados e identificados (nombre, dosis, lote y caducidad) hasta llegar al paciente.

**2.4 Estandarizar la preparación y administración.** Las concentraciones de las soluciones para infusión de MAR, especialmente las de morfina, heparina, insulina e inotropos, deben estar estandarizadas en una con-

centración única que habría de ser la que se utilice en, al menos, el 90% de los casos en toda la institución. La preparación de mezclas intravenosas de MAR desde una unidad centralizada en el Servicio de Farmacia minimiza los errores en este proceso, tanto en el cálculo de la dosis, su mezcla y su preparación.

**2.5 Incorporar sistemas de alertas automatizadas.** Disponer de sistemas que alerten frente a situaciones potencialmente peligrosas. Estos sistemas son utilizados en prescripción electrónica asistida y en sistemas de dispensación en dosis unitaria para alergias, sobredosificaciones e infradosificaciones, duplicidades... Es necesaria la constante actualización de estos sistemas de alerta por parte del Servicio de Farmacia para no sobrecargar en exceso el sistema.

Actualmente también están disponibles las bombas de administración inteligentes de forma que la bomba tiene incorporado un software que incluye un sistema de alertas de dosis máximas y mínimas permitidas, estos sistemas mejoran la seguridad en la administración de MAR en bombas de infusión.

**2.6 Implantar prácticas de doble chequeo en la preparación y administración de estos medicamentos.** El doble chequeo debe limitarse a los puntos más proclives a error de la cadena de utilización de los medicamentos y a los pacientes de riesgo. Por ejemplo, elaboración de una mezcla intravenosa, programación de bombas de infusión y de PCA, comprobación de dosis en pacientes pediátricos y ancianos y/o preparación de citostáticos.

**2.7 Evitar el almacenamiento de soluciones concentradas de electrolitos en las unidades de enfermería,** especialmente del cloruro potási-

co, y de bloqueantes neuromusculares. Retirada de soluciones concentradas de electrolitos de los botiquines. Excepcionalmente se mantendrán en unidades autorizadas como por ejemplo unidades de pacientes críticos, quirófanos o anestesia, separados del resto de medicamentos de la unidad y con advertencias especiales de uso.

**2.8 Educación a los pacientes.** Los pacientes deben participar activamente en su cuidado y deben ser informados sobre los posibles errores que pueden ocurrir con los MAR como por ejemplo metotrexato oral de uso semanal en artritis reumatoide o anticoagulantes. Se les ha de proporcionar medios que les ayuden a garantizar su utilización segura tras el alta, como información escrita expresada en un lenguaje fácilmente comprensible y disponible en las principales lenguas habladas por los pacientes atendidos en cada hospital. El profesional debe intervenir en el proceso de información al paciente, especialmente en el caso de MAR o pacientes de alto riesgo (ej. pacientes polimedificados).

## REFERENCIAS

- Cohen MR, Smetzer JL, Tuohy NR, Kilo CM. High-alert medications: safeguarding against errors. En: Cohen MR, editor. Medication Errors. 2nd ed. Washington (DC): American Pharmaceutical Association; 2007. p. 317- 411.
- Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP Medication Safety Self Assessment for Hospitals, por el ISMP-España. Versión Española II (2018). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2018. Disponible en: <http://apps.ismp-espana.org/v2/ficheros/CuestionarioV2.pdf>
- Medication without harm. WHO global patient safety challenge. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1&ua=1/>
- Institute for Safe Medication Practices (ISMP). ISMP list of high-alert medications in acute care settings. ISMP; 2018. Disponible en: <https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-acute-list>

## MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO INTRAVENOSOS



\* Conservar NEVERA

### GRUPOS TERAPÉUTICOS

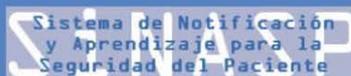
<b>B01A: ANTAGREGANTES/ ANTITROMBÓTICOS</b>	ALTEPLASA (Actilyse® 20 mg/20mL, y 50 mg/50mL)* ANITROMBINA II (Anibex® 500 UI jeringa 10 mL)* BIVALIRUJINA (250 mg/5mL; 50mg/ml) EPOPROSTENOL (Veletr® 0,5mg 1 vial polvo + 1 vial disolvente solución perfusión) HEPARINA 1% (1.000 UI/10mg/ml), y 5% (5.000 UI/50mg/ml), ambas VIALES de 5 mL. ILOPROST (Iloprost® 50 mcg amp 0,5 mL) EPTIFIBATIDA (Ibiglin® 0,75 mg/mL, vial de 100 mL y 2 mg/mL, vial de 10 mL)* TIOFIBAN (Agastat® 0,25 mg/mL, bolsa 250 mL) UROQUINASA (50.000 UI/mL, viales de 100.000 UI en 2 mL y 250.000 UI en 5 mL)	<b>H01B: HORMONAS</b>	OXITOCINA (10UI/mL)* TERLIPRESIN® (1mg/0,5mL)*
<b>C01A: GLUCOSIDOS CARDIO-TONICOS</b>	DIGOXINA (0,5mg [0,25mg/ml] amp 2mL)		
<b>C01B: ANTIARRÍTMICOS Clase I, III y otros</b>	ADENOSINA (Adenocor® 6mg vial 2mL, 3 mg/mL) AMIODARONA (Trangorex® 150 mg/2mL) FENTOINA (100 mg/2 mL y 250 mg/5mL) FLECAINIDA (Apecar® 150 mg vial 5 mL, 10 mg/mL) LIDOCAINA (2%, 20mg/mL, amp 10 mL y 5% 50mg/mL amp 10 mL.) PRICAINAMIDA (Bicacor® 1 g/10mL vial 10 mL, 100 mg/mL)		
<b>C01C: ESTIMULANTES CARDIACOS (ADRENÉRGICOS Y DOPAMINÉRGICOS, HIBRIDOS DE FOSFODIESTERASA, Y OTROS)</b>	ADRENALINA (EPINEFRINA) (1mg/1 mL = 1000 mcg/mL) DOPAMINA (200mg/5 mL) DOBUTAMINA (250 mg/20mL) ISOPRENALINA (0,2 mg/mL, 1 mL 5-ml iny)* L-NORADRENALINA (1 mg/mL amp 10 mL ) MILRINONA (Cyclopre® 10mg/mL amp 10 mL) LEVOSIMENDAN (Simdax® 12,5 mg/5 mL)* FENILEFEDRINA (50 mcg/mL 10 mL 10 jeringa precargada y 10 mg/mL ampolla 1 mL) EFEDRINA (3 mg/mL 10 mL 10 jeringa precargada)		
<b>C02: ANTIHIPERTENSIVOS</b>	CLONIDINA (150 mcg/mL) HIDRALAZINA (Hydare® 20mg/mL) NITROPRUSIATO (Nitroprusiat® 50 mg vial 5 mL; 10 mg/mL) URAPIDILO (50mg/5mL)		
<b>C07: BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS (α, β)</b>	ATENOLOL (Tenoran® 5 mg/10 mL; 0,5 mg/mL) ESMOLOL (Brevicor® 10mg/mL, vial 10 mL y bolsa 250 mL) LABETALOL (Trandate® 100 mg/mL)		
<b>M03AC: BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES</b>	ATRACURIO BESILATO (50 mg/5mL) CISATRACURIO (Nimbex® 2mg/mL)* ROCURONIO (Esmeron® 10mg/mL)*		
<b>M03AB: MIORRELAJANTES</b>	SUXAMETONIO (100 mg/mL)*		
<b>N02: OPIÁCEOS</b>	MORFINA (0,1%; 1%, 2%, 4%)		
<b>N05: SEDACIÓN</b>	PETIDINA (Dolestan® 100 mg/2 mL)		
<b>N01: ANESTESIA</b>	TRAMADOL (10mg/2mL) FENTANILO (Fentestan® 0,05mg/mL; 3mL) MIDAZOLAM (5 mg/mL vial, 15 y 50 mL y 1mg/mL; amp 5 mL) DEXMEDETOMIDINA (100mcg/mL vial 10mL) KETAMINA (Ketalar® 50 mg/mL, vial 10 mL) PROPOFOL 1% (10 mg/mL vial 20, 50 y 100 mL)		

### MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS

CLORURO POTÁSICO IV FOSFATO POTÁSICO IV	GLUCOSA HIPERTÓNICA (>20%)	SOLUCIONES DIALISIS Y CARDIOPLEGICAS
CLORURO SODICO HIPERTONICO 20%	SULFATO DE MAGNESIO	NUTRICION PARENTERAL
AGENTES DE CONTRASTE	INSULINAIV Y SC*	CITOSTATICOS IV

Versión 2.0  
Junio 2019

## SiNAPS salva vidas



Inmaculada Vidal-Abarca  
Unidad de Calidad Asistencial

### ¿QUÉ ES SINASP?

El **Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente**, SINASP, es un sistema de notificación desarrollado por el Ministerio de Sanidad para mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en nuestro Sistema Nacional de Salud.

Nace con tres objetivos principales:

- Mejorar la seguridad de los pacientes mediante el análisis de situaciones e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.
- Promover los cambios necesarios en el sistema para evitar que vuelvan a suceder estas situaciones.
- Aprender a partir del análisis de las notificaciones, identificando nuevos riesgos, tendencias y factores contribuyentes.

### ¿CUÁLES SON SUS PRINCIPIOS BÁSICOS?

Los principios en los que se basa SINASP son:

- **Voluntariedad** de la notificación. No obstante se anima a los profesionales a colaborar en el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente mediante el uso del SINASP.
- **No punibilidad.** Es un sistema separado de cualquier sistema de sanciones, tanto a nivel de centro sanitario como fuera de éste.
- **Confidencialidad.** Sólo los profesionales involucrados en la gestión del sistema o en la investigación de incidentes tendrán acceso a la información.
- **Notificación anónima o nominativa con de-identificación de los datos.** El sistema borra automáticamente, a los 15 días y sin posibilidad de recuperación:
  - o Hora exacta en que ocurrió el incidente (mantiene franja horaria)
  - o Fecha en que ocurrió el incidente
  - o Dirección de email y nombre del notificante
  - o Categorías profesionales de las personas implicadas
- **Análisis para el aprendizaje y mejoras a nivel local.**
- **Orientación sistémica** del análisis, centrándose en mejoras hacia el sistema más que hacia la persona.



Se distinguen 4 niveles de riesgo:

- o Riesgo extremo (SAC 1)
- o Riesgo alto (SAC 2)
- o Riesgo moderado (SAC 3)
- o Riesgo bajo (SAC 4).

Hay dos situaciones no susceptibles de una clasificación mediante el SAC catalogadas como "NO SAC":

- o Situaciones con capacidad de causar incidentes
- o Incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente.

## GESTIÓN DE LAS NOTIFICACIONES

Una vez notificado el suceso se le asigna a un gestor perteneciente al núcleo de seguridad (grupo de profesionales del área-1 encargado de atender los asuntos relacionados con la seguridad de los pacientes). El gestor revisa la notificación eliminando, si los hay, los elementos de identificación del paciente y/o profesionales implicados. Posteriormente recaba más información, bien a través del notificante si tiene su contacto o bien por otros mecanismos (contactando con responsables de la unidad, acudiendo al lugar del suceso etc...).

Seguidamente, y en función de la clasificación SAC, el gestor decide cómo gestionar el incidente (mediante análisis de datos agregados, estableciendo planes de acción específicos, o usando herramientas más elaboradas como el ACR (sobre este último se ha realizado un taller específico en la semana de seguridad) o directamente se lleva a las reuniones del núcleo de seguridad.

Los profesionales que más notificaciones han puesto han sido los médicos con 328 y los enfermeros con 316, siendo los incidentes más notificados los NO SAC (373).

Los factores contribuyentes que con más frecuencia sugieren los notificantes que han generado los incidentes son sobre todo los factores profesionales con 332 notificaciones entre los que se encuentran los problemas de comunicación, factores estresantes, fatiga, formación etc.

## ¿Y DESPUÉS DE SINASP, QUÉ?

Llegados a este punto os estaréis preguntando si SINASP cambia las cosas. Os pongo a continuación unos ejemplos de medidas implementadas a raíz de la gestión de algunos SINASP en nuestra área.

- Identificación de fármacos: p.ej. el etiquetado para medicación de uso en quirófano con un sistema de pegatinas.
- Material de administración: p.ej. jeringuillas diferentes según la vía de administración.
- Diseño de procesos, procedimientos o circuitos para normalizar actividades. Ha sido el caso del Proceso de Actuación ante la Parada Cardiorespiratoria en el HCUVA en el que se establecen distintos roles de actuación de los profesionales y que ha llevado consigo la instalación de un sistema de llamadas según la ubicación del paciente que ha sufrido la parada. En este caso la gestión del incidente también ha dado como resultado una revisión exhaustiva de los carros de parada del área 1 incidiendo en el estado de su estructura, localización (procediendo a la marcación en el suelo de su ubicación habitual), sistema de

Una vez analizado el incidente se elabora una propuesta de medidas de reducción de riesgos, se aprueba y se implementan intentando siempre hacer un seguimiento de las acciones implementadas y dando información a los profesionales (sesiones en servicios, difusión de procedimientos en arnet, boletín de seguridad del área 1 "SALUD SEGURA" etc...)

## IMPLICACIONES LEGALES DEL SINASP

Un aspecto que preocupa entre los profesionales a la hora de notificar un incidente grave (SAC 1 o 2) es el marco legal en el que se actúa.

Van a depender de dos factores:

- Tipo de incidente que se notifica.
- Información identificativa que se recoja.

Con el fin de limitar las consecuencias legales potenciales:

- o SINASP excluye las infracciones DOLOSAS Y CULPOSAS que son de utilidad limitada desde un punto de vista del aprendizaje.
- o SINASP elimina activamente datos identificativos mediante los gestores (cuando analizan las notificaciones) y con la eliminación automática de información pasado 15 días.

## DATOS DE SINASP EN NUESTRA ÁREA DESDE SU INICIO EN EL 2011

El número total de incidentes notificados ha sido 687. Se reparten sobre todo entre dos áreas:

- Unidades de hospitalización (192 notificaciones)
- Unidades de cuidados intensivos (180 notificaciones).

cerramiento (bridas o llaves) así como revisión del material fungibles y no fungibles.

## PARA SABER MÁS

El Ministerio edita todos los años un curso de formación con una duración estimada de hora y media a tres horas, que se acredita con 4 créditos de formación continuada. Para más información y obtener las claves de acceso podéis contactar con la Unidad de Calidad Asistencial del Area 1-Arrixaca en [ucarrixaca.sms@carm.es](mailto:ucarrixaca.sms@carm.es) o a través del Tlf: 968381035.



[www.sinasp.es](http://www.sinasp.es)

# Qué NO HACER con una segunda víctima

Dolores Beteta Fernández  
Subdirectora de enfermería

## LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS

Es evidente que cuando se produce un Efecto Adverso (EA) con consecuencias graves, los más perjudicados son el paciente y sus familiares. Ellos son las "Primeras Víctimas" en un EA. Sin embargo, no son ellos los únicos que sufren pues son muchos los profesionales que, a lo largo de su actividad laboral, en algún momento se sienten mal, incómodos, inquietos y, en ocasiones, culpables, por alguna decisión clínica que no ha tenido el re-

### Segunda víctima

*Aquel profesional que participa en un evento adverso inevitable y que queda traumatizado por esa experiencia o que no es capaz de afrontar emocionalmente la situación.*

Albert Wu, 2000

sultado que esperaban o incluso que ha sido errónea y sufren emocionalmente a consecuencia de ello. Es en estos casos cuando decimos que los eventos adversos tienen además de los pacientes otra víctima: los propios profesionales. A ellos se les denomina "Segundas Víctimas". Por último, se denomina "Tercera Víctima" a la organización o institución sanitaria que puede sufrir una pérdida de reputación como consecuencia de un incidente para la seguridad del paciente.

La primera definición del término "2ª víctima" la acuñó Albert Wu en el año 2000 el cual utilizaba este término para referirse a "El profesional que participa en un EA inevitable y que queda traumatizado por esa experiencia o que no es capaz de afrontar emocionalmente la situación". Más tarde Susan Scott amplió este término incluyendo a "todos los profesionales que prestan asistencia sanitaria a un paciente que sufre un daño relacionado con la atención recibida, y quedan traumatizados por ello".

En todas las organizaciones, incluso en aquellas con mejor cultura de seguridad del paciente y mejores profesionales sanitarios, se cometen errores o se producen eventos adversos tanto evitables como inevitables. Las instituciones siempre deben atender a sus profesionales implicados en un incidente de seguridad. Esto no quiere decir que el profesional pueda actuar con impunidad, sino que a los sanitarios que sufren el impacto de un evento adverso, que puede ser devastador, se les debe prestar el apoyo necesario lo antes posible.

## LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS EN LA ARRIXACA

Por ello desde el Área 1 se consideró necesario elaborar un "Proceso de Atención a las Segundas Víctimas". Su misión es atender y apoyar de forma integral a cualquier profesional que se haya visto involucrado directa o indirectamente en un EA, para reducir su impacto y las consecuencias que le hayan podido generar. Entre los objetivos generales de este proceso destacan: atender al paciente, asistir a las segundas víctimas, responder de manera adecuada al EA y mantener la reputación de la organización.

¿Te has visto involucrado en un incidente de seguridad con un paciente y no puedes dejar de pensar en lo que pasó y sus consecuencias?

Podemos ofrecerte apoyo psicológico, laboral y legal

¡¡¡No estás solo, te podemos ayudar!!!

Proceso de atención a Segundas Víctimas

Contacta con el referente de Calidad y Seguridad de tu Servicio, Equipo o Unidad, o con tu superior directo.



Centrándonos en las Segundas Víctimas resulta imprescindible: identificar, actuar y realizar seguimiento. En concreto:

- Detectar a todas las Segundas Víctimas relacionadas con el EA.
- Valorar las necesidades de los profesionales afectados.
- Contactar y atender a través de iguales.

A2. Asistir a las segundas víctimas



- Detectar a todas las segundas víctimas relacionadas con el EA.
- Valorar las necesidades de los profesionales afectados.
- Contactar y atender a través de iguales.
- Identificar signos de alarma: Necesidad de atención especializada o de IT.
- Ofrecer asistencia jurídica.
- Evaluar la respuesta al tratamiento.

- Identificar signos de alarma: necesidad de atención especializada o incapacidad transitoria (IT).
- Ofrecer asistencia jurídica.
- Evaluar la respuesta al tratamiento.

El modelo utilizado para esta atención se basa en tres niveles de apoyo emocional. En el primer nivel se prestan primeros auxilios emocionales a nivel local o departamental, en el segundo nivel el apoyo se realiza a través de un equipo de profesionales del centro y el tercero se recurre a una red especializada.

Independientemente del nivel en el que nos encontremos resulta primordial en todo el proceso la escucha activa donde se brinde alivio emocional, se facilite la adaptación y se prevenga el desarrollo de psicopatía.

## NO HACER EN UNA SEGUNDA VÍCTIMA

Además, resulta necesario tener en cuenta las cosas que NO debemos HACER con una 2ª víctima. Entre las más importantes podríamos destacar:

- Obligarla a continuar con la prestación de la asistencia sanitaria inmediatamente tras el EA.
- Adoptar una actitud culpabilizadora.
- Contribuir a la formación y transmisión de rumores.
- Aconsejar a la segunda víctima no hablar de lo ocurrido ni notificarlo.
- Evitar el contacto con la segunda víctima.
- No facilitar apoyo desde la dirección de la institución.
- Ignorar las necesidades emocionales de la segunda víctima.
- Someter a la segunda víctima a interrogatorios repetidos.

- Aislar a la segunda víctima.

Con este proceder se pasa de un modelo centrado en la PERSONA a un modelo centrado en el SISTEMA. En el primero, los errores son la causa de los eventos adversos y se centra en el "¿Quién ha sido?" para culpabilizar y castigar. Sin embargo, en el modelo centrado en el SISTEMA donde la institución juega un papel importante en el riesgo de cometer errores se plantea "¿Cómo pudo ocurrir el incidente?" para identificar "¿qué ha ocurrido?"

analizar ¿por qué ha pasado?, reparar el daño, buscar las causas profundas en sistema y rediseñar el sistema en función del análisis.

Podemos afirmar, sin miedo a equivocarnos, que un clima laboral que favorezca hablar abiertamente, sin miedo a sanciones o rechazos sobre un EA (o incidente) al igual que una actitud claramente abierta por parte de los mandos intermedios, contribuyen a crear un ambiente propicio para compartir los incidentes y encontrar soluciones para evitar que se repitan.

## NO HACER con las segundas víctimas

Obligarla a continuar con la prestación de la asistencia inmediatamente tras el EA.	Adoptar una actitud culpabilizadora.	Contribuir a la formación y trasmisión de rumores.
Aconsejar a la segunda víctima no hablar de lo ocurrido ni notificar el EA	Evitar el contacto con la segunda víctima.	No facilitar apoyo desde la Dirección de la institución.
Ignorar las necesidades emocionales de la segunda víctima.	Someter a la segunda víctima a interrogatorios repetidos.	Aislar a la segunda víctima

Las instituciones que aprenden son capaces de ofrecer entornos humanamente seguros y estables ayudando a los profesionales a restablecer el equilibrio en las adversidades.

**"CUANDO COMPARTIMOS LAS EXPERIENCIAS APRENDEMOS"**

## Comunicación interpersonal eficaz en Seguridad del Paciente

**Juana María Marín Martínez**  
Unidad de Calidad Asistencial. Presidenta de la Comisión de Ética

La *Joint Commission (JCAHO)*, una organización que trabaja en la mejora continua de la seguridad y calidad de los servicios de salud en los Estados Unidos, y la *Joint Commission International* en la comunidad internacional, han demostrado que después de los factores humanos, la comunicación es la causa número uno de los "eventos centinela"; aquellos eventos no predecibles, que no forman parte de la patología ni el tratamiento y pueden llevar a la muerte o incapacidad permanente del paciente.

*Asegurar una comunicación eficaz es un elemento clave para evitar que se produzcan eventos adversos y aumentar la seguridad de los pacientes*

Por ello la comunicación es un indicador con peso específico de los 6 elementos clave identificados a nivel internacional en la seguridad del paciente. De hecho, en los diferentes estudios realizados, se ha detectado que está involucrada en más del 12 % de los eventos adversos, de forma directa, teniendo también implicación indirecta en otros muchos eventos adversos (secundarios a administración de fármacos, aplicación de tratamientos, etc...). Es decir, asegurar una comunicación eficaz es un elemento "clave" para evitar que se produzcan nuevos eventos adversos y aumentar por tanto la seguridad de los pacientes.

No hay duda que la atención sociosanitaria de las personas constituye una relación interpersonal en la que se incluyen todos los elementos clásicos de la misma, si bien el profesional debe tener presente, y muy desarrolladas, ciertas habilidades y características especiales que la diferencia de sus relaciones en el ámbito de lo privado o social.

La comunicación interpersonal paciente-profesional y entre profesionales precisa del desarrollo de las denominadas habilidades no técnicas e inteligencia emocional para poder tratar, cuidar y acompañar a cada persona a la hora de mejorar su estado de salud en el ámbito de sus valores personales (medicina centrada en la persona). Dicha interrelación debe cumplir una serie de claves para que realmente sea eficaz y de esta forma la información que queremos transmitir como profesionales llegue correctamente al receptor. Al mismo tiempo el profesional debe ser capaz de captar todas las necesidades prioritarias del paciente y familiares.

Para ello, es necesario que el profesional identifique que tipo de interrelación establece habitualmente: paternalista, informativa o centrada en la persona, siendo consciente que la más eficaz es la relación centrada en la persona, donde se tienen en cuenta los valores vitales o fundamentales de la misma y estilo de vida a la hora de la toma de decisiones conjuntas.

Por otro lado, en la entrevista profesional-paciente se considera que la comunicación ha sido eficaz cuando durante la misma hemos tenido en cuenta una serie de consideraciones como son la existencia de:

1. Planificación
2. Dinamismo
3. Modelo Helicoidal
4. Disminución de la incertidumbre o miedo
5. Mecanismos de Feed back

### 1. Planificación

Implica por un lado, que el profesional averigüe los datos del paciente y su estado emocional antes de mantener la entrevista. Esto es así ya que situaciones de alta carga emocional pueden interferir negativamente en la misma. Esto ocurre especialmente en aquellos casos en los que predomina un bajo nivel emocional en los profesionales o en cuando tienen su mente centrada en temas diferentes a los relacionados con el paciente (existencia de problemas personales que interfieran, conflictos laborales no resueltos, etc).

### 2. Dinamismo

Hace referencia a que, a lo largo de la entrevista, no sólo debe expresarse el profesional sino que ha de expresarse el paciente para poder exponer su punto de vista sobre la situación que estemos abordando. Para ello el profesional a veces solo debe facilitar espacios de escucha para ello o bien debe fomentarlo directamente mediante preguntas indirectas tipo "¿qué le parece a usted? o ¿cómo ve bajo su punto de vista el tema que estamos abordando?"

### 3. Modelo helicoidal

Hace referencia a que el profesional debe saber identificar las necesidades primarias o esenciales del interlocutor que él inicialmente no tenía planificado abordar pero que por ser esenciales para la otra persona, las hace

suyas y resuelve antes de abordar las que llevaba previstas, de forma que el interlocutor se siente centro de la conversación. Una persona que tiene unas necesidades esenciales no cubiertas para él, no se encuentra en disposición mentalmente para estar presente y abordar las necesidades que le plantea el profesional.

### 4. Disminuir la incertidumbre o nivel de miedo

Es algo que habitualmente presentan los pacientes a lo largo de todo su proceso asistencial, es un aspecto esencial a abordar, hasta donde tengamos opción y sepamos, según el momento del proceso, para evitar estrés innecesario, y que el paciente pueda desarrollar creencias irracionales o no correctas sobre su propio momento asistencial.

### 5. Mecanismos de Feed Back.

A lo largo de toda la entrevista profesional-paciente es importante establecer mecanismos que aseguren que el contenido de la información que estamos transmitiendo llega de una forma adecuada, y en toda su extensión a la persona receptora, y que esta lo asimila totalmente en la forma que nosotros la hemos planificado. De esta forma podemos evitar errores posteriores de interpretación de cara al seguimiento de tratamientos, seguimiento de la patología etc. Para ello, es adecuado hacer resúmenes frecuentes de la información que se va dando, sobre todo si esta es muy extensa, o bien pedirle al interlocutor que lo haga él, así como pedirle que exprese que problemas de seguimiento y realización ve en todo el tema que le estamos planteando.



La comunicación interpersonal en el ámbito sanitario implica el desarrollo de todas las habilidades comunicativas por parte del profesional, desde el respeto y creando un ambiente de confianza. Entre las habilidades esenciales destacan la empatía, la escucha activa, el manejo de los silencios, la

asertividad... y el desarrollo de la inteligencia emocional muy presente en la interrelación entre las personas. Es esencial que el profesional valide que dichas habilidades las realiza de una forma adecuada en su entrevista con los pacientes, mediante talleres de formación con simulaciones, etc.