



Universidad del  
**Rosario**

**Segundas víctimas : ¿qué dice la evidencia?**

**Por**

**Ana María Bernal Nieto  
Paula Alejandra Parra Umaña**

**Trabajo presentado como requisito para optar por el  
título de Fisioterapeuta  
Universidad del Rosario**

**Bogotá D.C., 2018**

## **Segundas víctimas : ¿qué dice la evidencia?**

Estudiantes:

**Ana María Bernal Nieto  
Paula Alejandra Parra Umaña**

**Asesor temático**

Luis Fernando Rodríguez Ibagué

**Asesor metodológico**

Andrés Daniel Gallego Ardila

**Pregrado en Fisioterapia  
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud  
Universidad del Rosario**

**Bogotá D.C., 2018**

## **TRABAJO DE GRADO**

### **TÍTULO**

SEGUNDAS VÍCTIMAS: ¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA?

### **INTEGRANTES:**

Ana María Bernal Nieto  
*anama.bernal@urosario.edu.co*  
Paula Alejandra Parra Umaña  
*paulaale.parra@urosario.edu.co*

### **ASESOR TEMÁTICO**

Luis Fernando Rodríguez Ibagué

### **ASESOR METODOLÓGICO**

Andrés Daniel Gallego Ardila

## **INTRODUCCIÓN**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que cada año millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de la atención insegura que reciben en las instituciones de salud <sup>(10)</sup>.

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 <sup>(7), (8)</sup>. Los eventos adversos han sido más estudiados en países de Europa, Norteamérica, Centroamérica y Sudamérica, en los cuales la incidencia de los eventos adversos oscila entre el 5.5% y el 11.18%, siendo evitables entre el 42.8% y el 70% de los casos <sup>(8), (9), (11), (12)</sup>.

La ocurrencia de estos eventos adversos, no solo ocasiona daños en el paciente y su familia, los cuales son considerados las primeras víctimas, sino que también pueden generar consecuencias en los profesionales de salud, quienes son las segundas víctimas, y como terceras víctimas las organizaciones prestadoras del servicio de salud <sup>(3), (5), (6)</sup>.

Con respecto a las segundas víctimas (SV), su incidencia oscila entre el 69% y el 77%, siendo más frecuentes en médicos y enfermeras. Tras experimentar un evento adverso, los profesionales presentan dificultades para sobrellevar sus emociones y quedan con afectaciones a nivel personal y laboral <sup>(3), (5), (6)</sup>. Se reporta en la literatura que entre el 43% y 76% de los profesionales se ven emocional, física y laboralmente afectados después de un evento <sup>(4), (5)</sup>. Y además cambios en su interacción con los pacientes puesto que algunos suelen volverse inseguros frente a su juicio profesional; todo esto, a su vez, afecta directamente la calidad de la atención que brindan a otros pacientes <sup>(33)</sup>.

Según la normativa, es importante que los pacientes que se han visto involucrados en un EA reciban información acerca del suceso <sup>(37)(38)</sup>. Por lo cual existen una serie de recomendaciones sobre cómo comunicar al paciente lo ocurrido en el EA entre las cuales se incluye una disculpa, pues los profesionales coinciden en que se debe informar sobre el EA a los pacientes sin embargo, estos desconocen quien debe brindar la información<sup>(34)</sup>.

La información al paciente sobre el EA puede ir acompañada de una disculpa expresada en términos neutros haciendo uso de un léxico apropiado con el fin de evitar palabras que generen confusión y que aseguren la comprensión de la información por parte del paciente, es decir manifestar pesar por lo sucedido sin que en ningún momento el informante se identifique así mismo como responsable del daño, ni culpabilice a terceros, esto debe ser entendido como un acto ético responsable y no como una confesión; ya que cuando se acompaña la información de una manifestación de pesar por lo sucedido (disculpa) favorece la confianza de los pacientes hacia los profesionales y contribuye a humanizar la asistencia sanitaria, reduciendo también la posibilidad de litigio en aquellos casos en los que no existen otras fuentes previas de conflicto con el paciente o sus familiares y también reduce los costes y el conflicto<sup>(34)</sup>.

Son diversas las variables que influyen en quién será el encargado de notificar el EA pues se tiene en cuenta la gravedad del EA, el impacto emocional en el profesional implicado (síntomatología de segunda víctima), el impacto mediático, y la ausencia o presencia de conflicto legal. Por lo que en el caso donde el EA presente consecuencias leves sobre el paciente y el profesional de la salud implicado no presente ninguna sintomatología relacionado con SV, se aconseja que el profesional implicado sea el informante, siempre y cuando se sienta en la capacidad de efectuar la comunicación. En caso de que el profesional implicado en el EA no sea el profesional tratante del paciente, puede considerarse la posibilidad de que ambos estén presentes durante la información, pues es grato para el paciente recibir la información de su profesional de confianza. Finalmente en el caso donde el EA tenga consecuencias graves y el profesional implicado tenga síntomas de SV, se descarta al profesional implicado en el EA como informante y se recomienda que sea el profesional tratante si este no es el profesional directamente implicado junto con el jefe del servicio o supervisor quienes informen al paciente y manifiesten las disculpas por lo sucedido <sup>(34)</sup>.

Existen programas de asistencia dirigidos a las segundas víctimas, sin embargo, estos no han sido sistematizados y estandarizados, lo cual no favorece la intervención por parte de las instituciones; además solo unos pocos hospitales han desarrollado sus propios programas de intervención, por lo que, hasta ahora, el alcance de los programas de intervención en los sistemas de salud para las segundas víctimas es limitado <sup>(5)</sup>. Este estudio busca caracterizar la evidencia científica disponible acerca de segundas víctimas en un ambiente hospitalario y así poder determinar qué profesionales están más expuestos y tienen más probabilidad de ser segundas víctimas, cuál es la prevalencia e incidencia de segundas víctimas, qué consecuencias experimentan las segundas víctimas y qué planes de manejo se han propuesto para mitigar las consecuencias.

## **METODOLOGÍA**

El presente estudio es una revisión clásica de la literatura

- **Criterios de elegibilidad y exclusión:**

Se incluyeron estudios primarios cualitativos, observacionales o experimentales, que contenían información relacionada con segundas víctimas, publicados entre los años 2010 y 2018, en inglés o español. Se excluyeron estudios incompletos o literatura gris.

- **Estrategia de búsqueda:**

La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, MedLine, Science Direct y Google Scholar, a través de términos estandarizados como *Medical Subject Headings* (MeSH) y términos libres tanto en inglés como en español. La búsqueda fue realizada por medio del planteamiento de la pregunta SPIDER (**Tabla 1**), en la cual se utilizaron operadores booleanos tales como “OR” para separar los términos en una misma categoría y “AND” para relacionar los términos de categorías diferentes, esto con el fin de responder a los objetivos planteados.

**TABLA 1 - Pregunta SPIDER**

Setting	Population	Causes	Evaluation	Design
“Clinics” OR “Clinic” OR “Hospital” OR “Hospitals” OR “Clinical care” OR “Medical care” OR “Critic care” OR “Acute care” OR “Hospitals” OR “Delivery of Health Care”	“Medical staff” OR “Healthcare professional” OR “Healthcare professionals” OR “Healthcare provider” OR “Healthcare providers” OR OR “Second victim” OR “Second victims” OR “Health Personnel”OR “Medical Staff” OR “Second victim”	“Medical Errors” OR “Patient Harm” OR “Patient harms” OR “Adverse event” OR “Adverse events” OR “Error” OR “Errors” OR “Mistake” OR “Mistakes” OR “Patient safety event” OR “Patient safety events” OR “Patient safety incident” OR “Patient safety incidents” OR “Patient safety”	“Affected” OR “Anger” OR “Anxiety” OR “Burnout” OR “Depression” OR “Distress” OR “Emotional” OR “Experience” OR “Fatigue” OR “Fear” OR “Feelings” OR “Frustration” OR “Guilt” OR “Impact” OR “Psychological impact” OR “Stress” OR “Support” OR “Traumatic”	“Qualitative study” OR “Observational study”

- **Selección de estudios:**

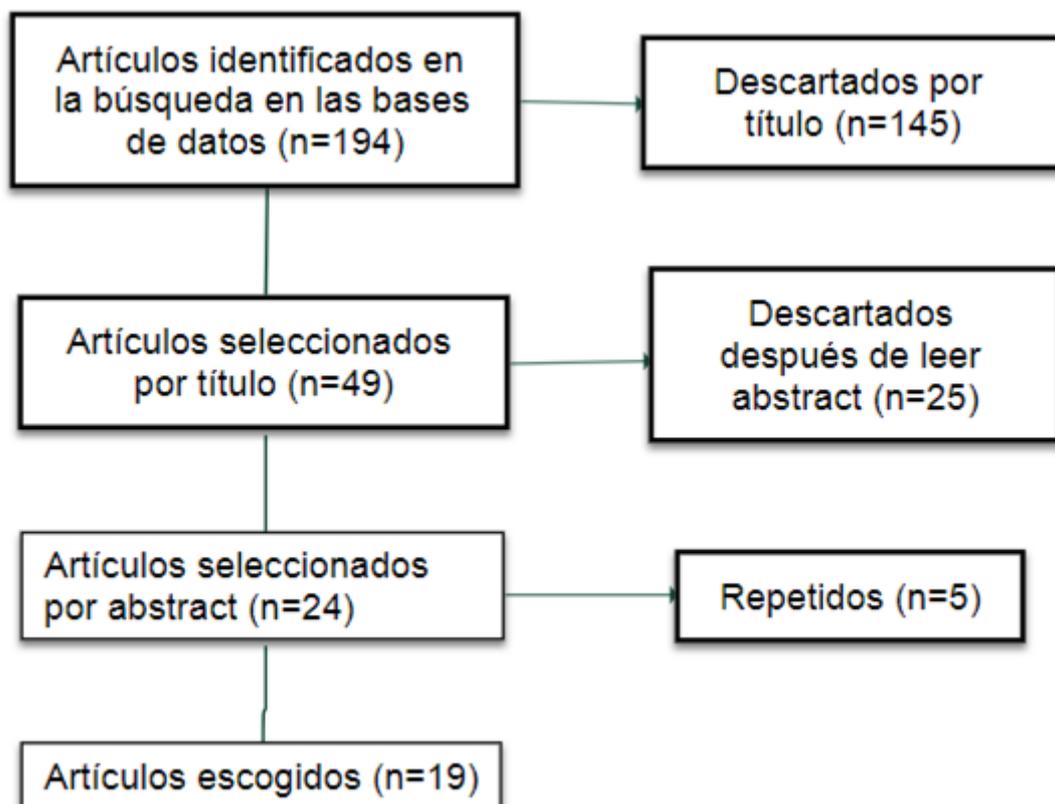
La búsqueda fue realizada por 2 investigadoras de forma conjunta, posteriormente se realizó la selección de estudios, se descartaron estudios teniendo en cuenta los títulos y abstract, y por último, se realizó la lectura

completa de los estudios para luego hacer una matriz de síntesis (**Matriz adjunta Excel**) en la que se incluyeron variables como: tipo de estudio, objetivo, área o profesión involucrada, población incluida en el estudio, instrumentos de medición para evaluar el impacto en las segundas víctimas, metodología del estudio, tipo de evento adverso en el cual incurrió la segunda víctima, prevalencias e incidencias de segundas víctimas, consecuencias del evento adverso en las segundas víctimas y programas para las segundas víctimas.

## RESULTADOS

La búsqueda arrojó un total de 194 estudios (PUBMED: 92; Medline: 30; Science direct: 7; Google Scholar: 65 artículos). Posteriormente, se leyeron los títulos de los artículos con los cuales se descartaron 145, se procedió a leer el abstract de cada artículo seleccionado de los cuales quedaron 19 (**Figura 1**)

**Figura 1**



Se incluyeron en total 19 artículos, publicados entre el 2014 y el 2018, siendo en su mayoría estudios cualitativos (73.6%) (13), (14), (15), (16), (19), (20), (21), (22), (23), (24), (25), (27), (28), (31), y observacionales (26.3%) (17),(18),(26), (29),(30). Las profesiones involucradas fueron medicina (53.9%) (14), (15), (16), (18), (22), (23), (28), (29), (30), (31); enfermería (17.1%) (14), (15), (16), (17), (22), (23), (24), (25), (26), (29), (30), (31); farmacia (0.77%) (31); rehabilitación (fisioterapia,

terapia respiratoria, terapia ocupacional, fonoaudiología) (0.16%) <sup>(31)</sup>; residentes médicos (21%) <sup>(20), (31)</sup>; parteras (0.09%) <sup>(14)</sup> y técnicos (0.48%) <sup>(31)</sup>

Los participantes incluidos en los estudios fueron reportados en el 100% de los artículos, para un total de 3111 participantes.

***TABLA 2 - Participantes***

	n	%
<b>Total</b>	3111	100
<b>Género</b>		
Femenino	1386	44.5
Masculino	1014	32.5
No refiere	711	22.8
<b>Profesión</b>		
Médicos	1679	53.9
Enfermeros	559	17.9
Farmacéutas	24	0.77
Terapeutas	5	0.16
Parteras	3	0.09
Residentes	11	0.35
Técnicos	15	0.48
No especificados	815	26.1
<b>Edad</b>		
20 - 73 años		
<b>Tiempo de experiencia</b>		
4 meses - 35 años		

Los instrumentos para la recolección de datos utilizados en los estudios fueron: entrevistas a profundidad (36.8%), cuestionarios (47.2%), grupos focales (10.5%), formularios (5.2%), y no se reportó ningún instrumento de medición (26.3%)

**TABLA 3 - Instrumentos de medición**

<p><b>Entrevistas (36.8%)</b> (13), (14), (20), (24), (24), (25), (26)</p>	<p><b>Entrevistas individuales cara a cara:</b> Pretendía analizar las respuestas psicológicas después del evento adverso, el perjuicio de los demás, los pensamientos posteriores al evento, las lecciones aprendidas, la actitud frente a la recuperación después del evento y la responsabilidad de los errores (25)</p>
<p>Formularios (5.2%) (16)</p>	<p><b>Formulario de encuentro de respuesta de compañeros:</b> Fue utilizado por los equipos de respuesta para proporcionar información no identificada sobre el evento y la naturaleza de la llamada RISE (16)</p> <p><b>Formulario de evaluación de los encuestados de pares:</b> La información recopilada incluye una breve descripción del encuentro con la segunda víctima (16).</p>
<p>Grupos focales (10.5%) (16), (23)</p>	<p><b>Grupo focal de compañeros de respuesta ante eventos adversos:</b> El objetivo de la discusión del grupo focal fue evaluar las percepciones de los compañeros de respuesta, los niveles de confianza y la competencia autoevaluada en función del entrenamiento RISE que recibieron (16).</p> <p><b>Grupo focal con profesionales y proveedores de servicios de salud:</b> El objetivo de este grupo era que todos los participantes expresaran sus experiencias con eventos adversos, incluyendo sus reacciones iniciales, los sentimientos y emociones de los colegas y el apoyo recibido (23).</p>
<p>Cuestionarios (47.2%) (16),(17),(19), (25), (29),(31) (30)</p>	<p><b>AHRQ:</b> Este cuestionario solicita la opinión de los profesionales de la salud acerca de temas de seguridad del paciente, errores médicos e incidentes que se reportan en su hospital. (17)</p>

	<p>Cuestionario realizado por 3 coautores donde se indagaba sobre las características del programa, incluyendo quién puede acceder a él, qué mecanismos de referencia y factores desencadenantes se usan, quién brinda apoyo y cómo se capacita a los que responden (19).</p>
	<p><i>Herramienta de encuesta Second Victim Experience (SVEST):</i> Este cuestionario evalúa 7 dimensiones: angustia psicológica, angustia física, apoyo de colegas, apoyo del supervisor, apoyo institucional, apoyo no relacionado con el trabajo y autoeficacia profesional (17)(31)</p>
	<p><b>Encuesta de evaluación del personal de la organización:</b> Se utilizó para recopilar datos de profesionales de la salud sobre la necesidad de apoyo de los trabajadores de la salud (16)</p>
	<p><b>Encuesta diseñada por los investigadores:</b> Buscaba recopilar las ideas sobre la experiencia vivida, la respuesta de las instituciones frente al evento, los posibles cambios de carrera y las influencias de toma de decisiones relacionadas con el empleo futuro y las percepciones sobre las posibles estrategias de intervención (29)</p>
	<p><b>Encuesta de apoyo al personal de servicios de apoyo por trauma médicamente inducido:</b> La encuesta era aplicada a personas que estuvieron involucradas en un evento adverso durante los últimos 3 años, esta buscaba identificar la disponibilidad de servicio o intervenciones de apoyo después de un evento adverso y determinar la utilidad de los mismos (30).</p>
<p>No se reportó (26.3%) (15), (18), (21), (27), (28)</p>	

En los estudios revisados se encontró que hasta el 70% de los profesionales de la salud han participado en eventos adversos, ocasionando repercusiones a nivel emocional y/o psicológicas hasta en el 57.9% de los casos, problemas físicos tales como insomnio, estrés, fatiga, náuseas, mareo, hasta en el 40% de los casos y disminución e incapacidad laboral hasta en el 57.9% de los casos (16), (17), (18), (31)

En el 79% de los estudios revisados no se reportó información relacionada con el tipo de evento adverso<sup>(13),(14),(16),(17),(19),(22),(23),(24),(25),(26),(27),(28),(29),(30),(31)</sup>; En el 21% de estudios restantes se reportaron los tipos de eventos, encontrándose entre ellos eventos relacionados con: errores de medicamentos y eventos farmacológicos (21%)<sup>(15), (18), (20), (21)</sup>; errores diagnósticos (10.5%)<sup>(15), (20)</sup>; tratamientos aplazados (10.5%)<sup>(18), (20)</sup>, y errores en procedimientos invasivos y cirugías (5.2%)<sup>(15)</sup>

Se encontraron consecuencias del evento adverso en las segundas víctimas a nivel físico en el 42.1% de los estudios revisados, psicológicas y/o emocionales en el 84.2%, y laborales y/o sociales en el 63.1%

**TABLA 4 - Consecuencias del evento adverso**

<p>Físicas (42.1%)<sup>(14), (17), (19), (20), (25), (28), (29), (31)</sup></p>	<p>Consecuencias del insomnio o dificultad para dormir, estrés, dolor de estómago, náuseas, mareo, pérdida de peso y apetito, tensión, temblores, fatiga y agotamiento<sup>(14), (17), (19), (20), (25), (28), (29), (31)</sup></p>
<p>Psicológicas y/o emocionales (84.2%)<sup>(13), (14), (15), (17), (19), (20), (21), (22), (23), (24), (25), (26), (28), (29), (30), (31)</sup></p>	<p>Inquietud o incertidumbre, autoconciencia, miedo, remordimiento, sentimiento de soledad, vergüenza, desilusión, tristeza, depresión, aislamiento, angustia, sufrimiento, culpa, ansiedad, negatividad, impotencia, ira, pánico, frustración, tensión en relaciones personales, pérdida de autoconfianza, pérdida de amor por el trabajo, estrés, satisfacción laboral reducida, dificultad para dormir e insomnio, preocupación por repetir el error y por una consecuencia legal, ideación suicida, pensamientos repetitivos, recordar el suceso, enojo, temor frente a sucesos futuros y shock<sup>(13), (14), (15), (17), (19), (20), (21), (22), (23), (24), (25), (26), (28), (29), (30), (31)</sup></p>
<p>Laborales y/o sociales (63.1%)<sup>(14), (19), (20), (21), (22), (23), (24), (25), (28), (29), (30), (31)</sup></p>	<p>Cambio o abandono del trabajo o de la institución laboral, dudas de retomar el trabajo, jubilación, satisfacción laboral reducida, inquietud sobre la confidencialidad, sobrecarga de trabajo, impacto en la reputación profesional y en la progresión profesional, cuestionamiento de habilidades y del nivel profesional, enojo hacia el equipo, rechazo y señalamiento o discriminación por parte de los colegas, cambios de rol, puesto de trabajo o transferencia a un nuevo departamento, no realización de procedimientos difíciles o de alto riesgo<sup>(14), (19), (20), (21), (22), (23), (24), (25), (28), (29), (30), (31)</sup></p>

Se identificaron programas y/o intervenciones para las segundas víctimas en el 42.1% de los estudios, en el 5.2% se muestra la necesidad de los mismos y en el 52.6% no se reporta información relacionada con los programas.

**TABLA 5 - Programas y/o intervenciones para segundas víctimas**

<p>Intervenciones para las segundas víctimas identificadas (42.1%) (16), (17), (19), (20), (22), (25), (30), (31)</p>	<p>Mecanismo de defensa implementado por el profesional como la verbalización, desarrollo de habilidades y conocimiento por parte del profesional, apoyo organizacional, servicio institucional y grupo de compañeros multidisciplinares (conformados por gerente de enfermería, cuidado pastoral, apoyo individual) para ofrecer respaldo a las segundas víctimas, grupos de apoyo entre pares, educación para la atención en salud, capacitaciones con habilidades de afrontamiento, implementación de un Modelo de cultura Justa y ayuda y acompañamiento constante por parte de los colegas, familiares y/o amigos (16), (17), (19), (20), (22), (25), (30), (31)</p>
<p>Necesidad de programas y/o intervenciones (5.2%) (23)</p>	<p>Se muestra la necesidad de planes o protocolos ordenados sobre qué hacer para ayudar a las segundas víctimas de acuerdo a los resultados encontrados (23)</p>
<p>No reportan (52.6%) (13), (14), (15), (18), (21), (24), (26), (27), (28), (29).</p>	<p>No se incluye información sobre intervenciones o programas implementados o propuestos para brindar apoyo a las segundas víctimas (13), (14), (15), (18), (21), (24), (26), (27), (28), (29).</p>

## DISCUSIÓN

Los profesionales de la salud pueden sufrir consecuencias después de un evento adverso; estas consecuencias pueden ser a nivel físico, psicológico y/o emocional y laboral y/o social. Esta revisión muestra la percepción de los profesionales de salud frente a estos eventos y el apoyo brindado por las instituciones de salud.

De esta forma basado en la revisión de 19 estudios se encontró que los profesionales que más reportan ser segundas víctimas son los médicos seguidos del personal de enfermería; por otro lado es importante mencionar que los terapeutas presentan una baja proporción con un 0.16% sin embargo estos profesionales se encuentran con una alta exposición a cometer eventos adversos y se prevé una alta probabilidad de ser segundas víctimas, esta baja proporción puede ser debida a que estos profesionales no se reconocen como segundas víctimas, desconocen el tema, o las investigaciones existentes se enfocan en identificar a los médicos y enfermeras como segundas víctimas, dejando a un lado a los profesionales de la rehabilitación.

Por medio de los instrumentos de recolección utilizados en los artículos revisados se determinó que las segundas víctimas sufren consecuencias a nivel físico, psicológico y/o emocional y laboral y/o social, lo cual concuerda con las investigaciones realizadas por *Sobowale; Schiess & cols; Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas; Serou & cols;* pues exponen que las reacciones más comunes en las segundas víctimas son shock inicial, horror, culpa, frustración, ansiedad, confusión, dificultades para concentrarse en la tarea, cambios de humor, insomnio, agotamiento, depresión, re experimentación del suceso de manera repetida, dudas sobre la propia capacidad profesional, ausencias laborales frecuentes, miedo a las consecuencias legales y a la pérdida de reputación, y cambio en la especialidad o jubilación anticipada, consecuencias que pueden afectar el desempeño de los profesionales de la salud involucrados en el evento, poniendo en peligro la seguridad del paciente, efecto que puede afectar incluso a sus instituciones "terceras víctimas". (2)(33)(34)(36)

Adicionalmente en esta revisión se identificaron intervenciones para las segundas víctimas basadas en la verbalización, el apoyo tanto de compañeros como organizacional y la educación en la atención en salud y en habilidades de afrontamiento, así como la promoción de una cultura justa entre los profesionales; lo que coincide con lo reportado por *Sobowale; Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas; Mira-Solves & cols; Serou & cols;* ya que resaltan la importancia de que en las instituciones de salud exista una persona voluntaria que ofrezca apoyo a la segunda víctima, con la capacidad de escuchar de forma activa, empática y reflexiva, y que además se encuentre en condición para discriminar síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés postraumático, evitando en todo momento la elaboración y expresión de juicios, y generando una búsqueda de apoyo emocional de sus colegas, ya que afrontar el error requiere de un entorno no punitivo, además se resaltó que el compartir experiencias con sus compañeros ayuda a disminuir las consecuencias en las segundas víctimas (2)(34)(35)(36). Sin embargo, también sobresalen algunas de las barreras que enfrentan cuando buscan apoyo en su lugar de trabajo, lo cual es de gran importancia ya que un bajo nivel de apoyo organizativo se ha relacionado con resultados negativos en las segundas víctimas, mientras que un fuerte apoyo entre pares ha sido un factor importante para evitar los mismos, por esta razón las instituciones de salud deben fomentar una cultura en el lugar de trabajo en la cual las segundas víctimas no teman buscar ayuda, y además permita establecer y/o fortalecer los programas de apoyo a los profesionales(2)(36)

Esta revisión también destacó la necesidad de la instauración de programas o protocolos dirigidos a las mitigar las consecuencias en las segundas víctimas. Sin embargo como señala *Sobowale;* algunas instituciones de salud posiblemente no estén preparadas para satisfacer una variedad de necesidades. (2)

Es importante mencionar que en Colombia no existe normativa con respecto a las segundas víctimas debido a que esto es un tema poco conocido, por lo cual no existe un programa de intervención para las segundas víctimas que permita identificarlas oportunamente y abordarlas con el fin de mitigar las consecuencias.

Esta revisión presenta como limitaciones en primer lugar que no se evaluó la calidad de los estudios analizados, en segundo lugar el idioma ya que sólo se incluyeron artículos publicados en inglés y español y en tercer lugar el límite de año de la búsqueda puesto que sólo se incluyeron artículos publicados entre los años 2010-2018.

## CONCLUSIÓN

En conclusión, teniendo en cuenta que los profesionales de la salud pueden verse involucrados en un evento adverso en algún momento de su carrera, es importante resaltar que esto conlleva a sufrir consecuencias a nivel físico, psicológico y/o emocional y laboral y/o social, razón por la cual las instituciones de salud deben brindarles apoyo basado en una cultura de escucha, no punitiva, de reflexión y de diálogo abierto, que además ofrezca ayuda psicológica, educación, y acompañamiento por parte de sus superiores, compañeros de trabajo, amigos y familiares, con el fin de contribuir a la superación del evento y/o la mitigación de sus consecuencias; de igual forma también es evidente la necesidad de identificar oportunamente las segundas víctimas, y de estandarizar los programas de intervención existentes con el objetivo de que las instituciones de salud amplíen su conocimiento al respecto y se facilite su implementación para así poder asegurar e integrar un sistema de atención segura, además que reconozcan la problemática que enmarca ser una segunda víctima en un profesional de la salud .

## REFERENCIAS

1. Zegers, M., Hesselink, G., Geense, W., Vincent, C., & Wollersheim, H. Evidence-based interventions to reduce adverse events in hospitals: a systematic review of systematic reviews. *BMJ open*.2016.6 (9).
2. Sobowale, j. The Second Victim: Sharing the Journey toward Healing. *ISMP Canada Safety Bulletin*.2017.17(9).
3. Torijano-Casalengua, M. L., Astier-Pena, P., & Mira-Solves, J. J. The impact of adverse events on health primary care professionals and institutions. *Atencion primaria*. 2016. 48(3), 143.
4. Mira, J. J., Lorenzo, S., Carrillo, I., Ferrús, L., Pérez-Pérez, P., Iglesias, F., ... & Maderuelo-Fernández, J. Á. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC health services research*. 2015. 15(1), 341.
5. Mira, J. J., Carrillo, I., Guilabert, M., Lorenzo, S., Pérez-Pérez, P., Silvestre, C., ... & Spanish Second Victim Research Team. The second victim phenomenon after a clinical error: the design and evaluation of a website to

- reduce caregivers' emotional responses after a clinical error. *Journal of medical Internet research*. 2017. 19(6).
6. Van Gerven, E., Bruyneel, L., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. *BMJ open*. 2016. 6(8), e011403.
  7. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Boletín del centro colaborador de calidad y seguridad en el paciente: CONAMED-OPS. México. Nov-Dic 2015.
  8. Gaitán-Duarte Hernando, Eslava-Schmalbach Javier, Rodríguez-Malagon Nelcy, Forero-Supelano Víctor, Santofimio-Sierra Dagoberto, Altahona Hernando. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, 2006. *Rev. salud pública*. 2008.
  9. Lancis-Sepúlveda, M. L., & Asenjo-Araya, C. Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile. *Revista de Calidad Asistencial*. 2014. 29(2), 78-83.
  10. Zárate-Grajales, R. A., Salcedo-Álvarez, R. A., Olvera-Arreola, S. S., Hernández-Corral, S., Barrientos-Sánchez, J., Pérez-López, M. T., & Terrazas-Ruíz, C. I. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería Universitaria*. 2017. 14(4), 277-285.
  11. PALACIOS-BARAHONA, AU, BAREÑO SILVA, J. Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. *CES Medicina*. 2012;26(1):19-28.
  12. Aranaz-Andrés, J. M., Aibar-Remón, C., Limón-Ramírez, R., Amarilla, A., Restrepo, F. R., Urroz, O., & Larizgoitia-Jauregui, I. IBEAS design: adverse events prevalence in Latin American hospitals. *Revista de calidad asistencial: organo de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*. 2011. 26(3), 194-200.
  13. Ajri-Khameslou, M., Abbaszadeh, A., & Borhani, F. Emergency nurses as second victims of error: a qualitative Study. *Advanced emergency nursing journal*. 2017. 39(1), 68-76.
  14. Van Gerven, E., Deweer, D., Scott, S. D., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study. *Revista de Calidad Asistencial*. 2016. 31, 34-46.
  15. Ullström, S., Sachs, M. A., Hansson, J., Øvretveit, J., & Brommels, M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf*. 2014. 23(4), 325-331.
  16. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016 Sep 30;6(9).
  17. Quillivan, R. R., Burlison, J. D., Browne, E. K., Scott, S. D., & Hoffman, J. M. Patient safety culture and the second victim phenomenon: connecting culture to staff distress in nurses. *Joint Commission journal on quality and patient safety*. 2016. 42(8), AP1-AP2.
  18. Wen, J., Cheng, Y., Hu, X., Yuan, P., Hao, T., & Shi, Y. Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: A cross-sectional study. *Bioscience trends*. 2016. 10(1), 27-33.

19. White, A. A., Brock, D., McCotter, P. I., Hofeldt, R., Edrees, H. H., Wu, A. W., Gallagher, T. H. Risk Managers' Descriptions of Programs to Support Second Victims after Adverse Events. *Journal of Healthcare Risk Management: The Journal of the American Society for Healthcare Risk Management*. 2015. 34(4), 30–40.
20. Mankaka, C. O., Waeber, G., & Gachoud, D. Female residents experiencing medical errors in general internal medicine: a qualitative study. *BMC medical education*. 2014. 14(1), 140.
21. Alqubaisi, M., Tonna, A., Strath, A., & Stewart, D. Exploring behavioural determinants relating to health professional reporting of medication errors: a qualitative study using the Theoretical Domains Framework. *European journal of clinical pharmacology*. 2016. 72(7), 887-895.
22. Laurent, A., Aubert, L., Chahraoui, K., Bioy, A., Mariage, A., Quenot, JP, y Capellier, G. Error en cuidados intensivos: repercusiones psicológicas y mecanismos de defensa entre profesionales de la salud. *Medicina de cuidados críticos*. 2014. 42 (11), 2370-2378.
23. Ferrús, L., Silvestre, C., Olivera, G., & Mira, J. J. Qualitative Study About the Experiences of Colleagues of Health Professionals Involved in an Adverse Event. *Journal of patient safety*. 2016.
24. Kable, A., Kelly, B., & Adams, J. Effects of adverse events in health care on acute care nurses in an Australian context: A qualitative study. *Nursing & health sciences*. 2018.
25. Chan, S. T., Khong, B. P. C., Pei Lin Tan, L., He, H. G., & Wang, W. Experiences of Singapore nurses as second victims: A qualitative study. *Nursing & health sciences*. 2017.
26. Delacroix, R. Exploring the experience of nurse practitioners who have committed medical errors: A phenomenological approach. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2017. 29(7), 403-409.
27. Edrees, H. H., Morlock, L., & Wu, A. W. Do Hospitals Support Second Victims? Collective Insights From Patient Safety Leaders in Maryland. *Joint Commission journal on quality and patient safety*. 2017. 43(9), 471-483.
28. Trent, M., Waldo, K., Wehbe- Janek, H., Williams, D., Hegefled, W., & Havens, L. Impact of health care adversity on providers: Lessons learned from a staff support program. *Journal of healthcare risk management*. 2016. 36(2), 27-34.
29. Rodriguez, J., & Scott, S. D. When Clinicians Drop Out and Start Over after Adverse Events. *Joint Commission journal on quality and patient safety*. 2018. 44(3), 137-145.
30. Joesten, L., Cipparrone, N., Okuno-Jones, S., & DuBose, E. R. Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event. *Journal of patient safety*. 2015. 11(2), 73-78.
31. Burlison, J. D., Scott, S. D., Browne, E. K., Thompson, S. G., & Hoffman, J. M. The second victim experience and support tool (SVEST): Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *Journal of patient safety*. 2017.
32. Mira, J. J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P., ... & Vitaller, J. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC health services research*. 2015. 15(1), 151.
33. Schiess, C., Schwappach, D., Schwendimann, R., Vanhaecht, K., Burgstaller, M., & Senn, B. A Transactional" Second-Victim" Model-Experiences of

Affected Healthcare Professionals in Acute-Somatic Inpatient Settings: A Qualitative Metasynthesis. *Journal of patient safety*.2018.

34. Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. 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. Fondo de Investigaciones Sanitarias.2015
35. Mira-Solves, J. J., Romeo-Casabona, C. M., Astier-Peña, M. P., Urruela-Mora, A., Carrillo-Murcia, I., Lorenzo-Martínez, S., & Agra-Varela, Y. Si ocurrió un evento adverso piense en decir “lo siento”. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 40, No. 2, pp. 279-290). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.2017, August.
36. Serou, N., Sahota, L., Husband, A. K., Forrest, S. P., Moorthy, K., Vincent, C., ... & Slight, S. P. . Systematic review of psychological, emotional and behavioural impacts of surgical incidents on operating theatre staff. *BJS Open*, 1(4), 106-113.2017.
37. Ley estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. CONGRESO DE LA REPÚBLICA.16 de febrero.2015.
38. Ley 41/2002. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.Jefatura del estado. 14 de noviembre.2002.

## **ANEXOS**

- 1. MATRIZ ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TITULO**
- 2. MATRIZ PRIMERA BÚSQUEDA PUBMED**
- 3. MATRIZ SEGUNDA BÚSQUEDA PUBMED**
- 4. MATRIZ BÚSQUEDA MEDLINE**
- 5. MATRIZ BÚSQUEDA GOOGLE SCHOLAR**

1. MATRIZ ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO

BASE DE DATOS	TÍTULO ARTICULO	REFERENCIA	ABSTRACT
	Perception of reporting medication errors including near-misses among Korean hospital pharmacists.	Kang HJ, Park H, Oh JM, Lee EK. Perception of reporting medication errors including near-misses among Korean hospital pharmacists. <i>Medicine</i> (Baltimore). 2017 Sep;96(39):e7795. doi: 10.1097/MD.00000000000007795. PubMed PMID: 28953611; PubMed Central PMCID: PMC5626254.	Los errores de medicación ponen en peligro la seguridad del paciente al requerir la admisión, la readmisión y/o una estancia hospitalaria más prolongada, e incluso pueden ser fatales. Casi errores indican la posibilidad de que se hayan producido errores de medicación. Por lo tanto, informar casi fallas es un primer paso para prevenir errores de medicación. El objetivo de este estudio fue evaluar la tasa de notificación de errores de medicación en los farmacéuticos en los hospitales coreanos, e identificar los factores que contribuyeron a informar los errores de medicación. Se encuestó a 245 farmacéuticos de 32 farmacias de hospitales por errores de medicación, incluyendo cuasiaccidentes. Les pedimos que describieran sus experiencias de cuasiaccidentes en dispensación, administración y prescripción, y que indicaran el porcentaje de cuasiaccidentes que informaron. Adicionalmente, hicimos preguntas relacionadas con la percepción de errores de medicación y barreras para informar errores de medicación. Estas preguntas se agruparon en 4 categorías: protocolo y métodos de informe, incentivos y protecciones para los reporteros, actitud relacionada con los informes y medio. Se realizaron estadísticas descriptivas y regresión logística para analizar los datos. El 14.8%, 4.3% y 43.9% de los encuestados experimentaron cinco o más accidentes por error de dispensación, administración y prescripción, respectivamente. Los porcentajes de encuestados que declararon que informaron todas las fallas que involucraron errores de dispensación, errores de administración y errores de prescripción fueron 43.7%, 67.4% y 37.1%, respectivamente. Los protocolos de informe poco claros y la ausencia de daño a los pacientes fueron factores importantes que contribuyeron a la falta en informar los errores de medicación (P < .05). Los avances aún se pueden hacer en la frecuencia de informar fallas casi imperceptibles. Es probable que las políticas y los procedimientos claros y estandarizados aumenten las tasas de notificación.
	Emergency Nurses as Second Victims of Error: A Qualitative Study.	Ajri-Khameslou M, Abbaszadeh A, Borhani F. <i>Emergency Nurses as Second Victims of Error: A Qualitative Study. Adv Emerg Nurs J.</i> 2017 Jan/Mar;39(1):68-76. doi: 10.1097/TME.0000000000000133. PubMed PMID: 28141612.	<b>Hay muchas enfermeras que son víctimas de errores en el entorno hospitalario. Es bastante esencial percibir el resultado de los errores en la profesión de las enfermeras. El objetivo de este estudio científico fue interpretar las causas que colocan a las enfermeras en peligro de errores en los departamentos de emergencia y también las consecuencias que resultan de enfrentar los errores en el entorno laboral. Esta investigación fue diseñada para seguir un enfoque cualitativo después del análisis de contenido. A través del muestreo con propósito, 18 enfermeras de emergencia fueron seleccionadas para participar en este estudio. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad para la recopilación de datos. Los participantes fueron seleccionados por muestreo intencional. La recolección de datos continuó hasta que se alcanzó la saturación. Los resultados del análisis de datos se presentaron en tres categorías diferentes: las reacciones psicológicas al error, aprender de los errores y evitar las reacciones. El estudio actual reveló que los errores podrían crear impactos positivos y negativos en la actitud de las enfermeras de emergencia. Confrontar los errores aprendiendo de los errores puede resultar en la mejora de la seguridad de los pacientes, mientras que los resultados negativos pueden provocar efectos destructivos en la carrera de las enfermeras. Las enfermeras son consideradas como víctimas de errores; por lo tanto, necesitan apoyo y protección para mejorar su carrera. Las enfermeras son consideradas como víctimas de errores; por lo tanto, necesitan apoyo y protección para mejorar su carrera. Las enfermeras son consideradas como víctimas de errores; por lo tanto, necesitan apoyo y protección para mejorar su carrera.</b> El estudio tiene como objetivo evaluar el uso del modelo de ejecución de seguridad del paciente (SWR) en un hospital italiano, mediante la adopción de índices paramétricos, herramientas de encuesta e indicadores de procesos. En la primera reunión se realizó una entrevista para verificar el conocimiento de los conceptos de gestión de riesgos clínicos (indicadores de procesos). Un mes después, se administraron las preguntas proporcionadas por Frankei (herramienta de encuesta). Cada mes después, se llevó a cabo una SWR para ayudar a los profesionales de la salud y recopilar sugerencias y soluciones. Los resultados se clasificaron según el modelo de Vincent y se analizaron para definir un plan de ACCION. La cantidad de riesgo se cuantificó mediante el índice de prioridad de riesgo (RPI). Un déficit organizacional se refiere a la gestión del quirófano. Se observó un estado de intolerancia en los pacientes que hacían cola para las visitas ambulatorias. La falta de programación de los quirófanos suele ser la causa de desplazamientos repentinos. Una consecuencia es el conflicto entre pacientes y cuidadores. Otras causas del aumento de los tiempos de espera son la presencia en la sala de un solo carrito de medicamentos y la presencia de una habitación individual para la admisión y readmisión de pacientes. Los pacientes víctimas de reacciones alérgicas han atribuido tales reacciones a la presencia de otros pacientes en el proceso de aceptación y recopilación del historial médico. Todos los profesionales de la salud han informado sobre el problema de un alto número de familiares de los pacientes en las salas. Nuestro estudio indicó la consistencia de la ROE como instrumento para mejorar la calidad de la atención.
	Patient Safety Walkaround: a communication tool for the reallocation of health service resources: An Italian experience of safety healthcare implementation.	Ferorelli D, Zotti F, Tafuri S, Pezzolla A, Dell'Erba A. Patient Safety Walkaround: a communication tool for the reallocation of health service resources: An Italian experience of safety healthcare implementation. <i>Medicine</i> (Baltimore). 2016 Oct;95(41):e4956. PubMed PMID: 27741109; PubMed Central PMCID: PMC5072936.	OBJETIVOS: Para minimizar los eventos adversos en la atención médica, se han desarrollado varios sistemas de información y aprendizaje de incidentes a gran escala en todo el mundo. Sin embargo, aprender de los incidentes de seguridad del paciente es lento. Los sistemas locales de informes basados en unidades pueden ayudar a obtener una visión más rápida y detallada de los problemas de seguridad específicos de la unidad. El objetivo de nuestro estudio fue obtener información sobre los tipos y las causas de los incidentes de seguridad del paciente en las unidades hospitalarias y explorar las diferencias entre los tipos de unidades. DISEÑO: Estudio observacional prospectivo. AJUSTE: Participaron 10 unidades de medicina de emergencia, 10 unidades de medicina interna y 10 unidades de cirugía general en 20 hospitales en los Países Bajos. Los proveedores de atención médica informaron los incidentes de seguridad del paciente. Los informes se analizaron con análisis de causa raíz. Los resultados se compararon entre los 3 tipos de unidades. RESULTADOS: Se informó un total de 2028 incidentes en un período promedio de 8 semanas por unidad. Más de la mitad tuvo algunas consecuencias para los pacientes, como una estancia prolongada en el hospital o un tiempo de espera más prolongado, y un pequeño número resultó en daños al paciente. Se encontraron diferencias significativas en los tipos de incidentes y las causas entre los tipos de unidades. Las unidades de emergencia informaron más incidentes relacionados con la colaboración, mientras que las unidades de medicina interna y quirúrgica informaron más incidentes relacionados con el uso de medicamentos. La distribución de las causas de raíz de las unidades de medicina interna y quirúrgica y de emergencia mostró más similitudes mutuas que las de las unidades de medicina interna. CONCLUSIONES: Se han encontrado incidentes y causas comparables en todas las unidades, pero también hubo diferencias entre unidades y tipos de unidades. El informe de incidentes basado en unidades proporciona información específica y, por lo tanto, facilita las mejoras. Concluimos que los informes de incidentes basados en unidades tienen un valor agregado además de los sistemas de informes nacionales o de todo el hospital que ya existen en varios países.
	Unit-based incident reporting and root cause analysis: variation at three hospital unit types.	Wagner C, Merfen H, Zwaan L, Lubberding S, Timmermans D, Smits M. Unit-based incident reporting and root cause analysis: variation at three hospital unit types. <i>BMJ Open.</i> 2016 Jun 21;6(6):e011277. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011277. PubMed PMID: 27236443; PubMed Central PMCID: PMC4916568.	CONCLUSIONES: Se han encontrado incidentes y causas comparables en todas las unidades, pero también hubo diferencias entre unidades y tipos de unidades. El informe de incidentes basado en unidades proporciona información específica y, por lo tanto, facilita las mejoras. Concluimos que los informes de incidentes basados en unidades tienen un valor agregado además de los sistemas de informes nacionales o de todo el hospital que ya existen en varios países. Objetivos Cuando ocurre un incidente de seguridad del paciente (PSI), no solo el paciente, sino también el profesional de la salud involucrado puede sufrir. Este estudio se centró en esta llamada "segunda víctima" de un incidente de seguridad del paciente y tuvo como objetivo examinar: (1) síntomas experimentados después de un incidente de seguridad del paciente; (2) estrategias de afrontamiento aplicadas; (3) el apoyo recibido versus el apoyo necesario y (4) los aspectos que influyeron en si uno se convierte en una segunda víctima. materiales y métodos Se realizaron treinta y una entrevistas en profundidad con médicos, enfermeras y parteras que han estado involucradas en un incidente de seguridad del paciente. Resultados Los síntomas fueron categorizados bajo impacto personal y profesional. Ambas estrategias de afrontamiento centradas en los problemas y las emociones se utilizaron después de una PSI. Las estrategias centradas en el problema, como realizar un análisis de la causa raíz y la oportunidad de aprender de lo sucedido, fueron las más apreciadas, pero las respuestas emocionales negativas, como la represión y la fuga, fueron comunes. El apoyo de colegas y supervisores que participaron en el mismo evento, los partidarios de pares o los expertos profesionales fueron los más necesarios. Algunas personas describieron el apoyo emocional de la institución de salud como no usado. El apoyo brindado dependía en gran medida de la cultura organizacional, un estigma permanencia entre los profesionales de la salud para discutir abiertamente los incidentes de seguridad del paciente. Conclusión Estos hallazgos indicaron que un enfoque multifactorial que incluya apoyo individual y emocional para las segundas víctimas es crucial.
	The Role of Hospital Inpatients in Supporting Medication Safety: A Qualitative Study	Garfield S, Jheeta S, Husson F, Lloyd J, Taylor A, Boucher C, Jacklin A, Bischler A, Norton C, Haynes R, Franklin BD. The Role of Hospital Inpatients in Supporting Medication Safety: A Qualitative Study. <i>PLoS One.</i> 2016 Apr 19;11(4):e0153721. doi: 10.1371/journal.pone.0153721. eCollection 2016. PubMed PMID: 27093438; PubMed Central PMCID: PMC4836703	Background Inpatient medication errors are a significant concern. An approach not yet widely studied is to facilitate greater involvement of inpatients with their medication. At the same time, electronic prescribing is becoming increasingly prevalent in the hospital setting. In this study we aimed to explore hospital inpatients' involvement with medication safety-related behaviours, facilitators and barriers to this involvement, and the impact of electronic prescribing. Methods We conducted ethnographic observations and interviews in two UK hospital organisations, one with established electronic prescribing and one that changed from paper to electronic prescribing during our study. Researchers and lay volunteers observed nurses' medication administration rounds, pharmacists' ward rounds, doctor-led ward rounds and drug history taking. We also conducted interviews with healthcare professionals, patients and carers. Interviews were audio-recorded and analysed thematically. Observation notes and transcripts were coded thematically. Results Paper or electronic medication records were shown to patients in only 4 (2%) of 247 cases. However, where they were available during patient-healthcare professional interactions, healthcare professionals often viewed them in order to inform patients about their medicines and answer any questions. Interprofessional discussions about medicines seemed more likely to happen in front of the patient where paper or electronic drug charts were available near the bedside. Patients and carers had more access to paper-based drug charts than electronic equivalents. However, interviews and observations suggest there are potentially more significant factors that affect patient involvement with their inpatient medication. Conclusion Patients appear to have more access to paper-based records than electronic equivalents. However, to facilitate interventions to increase patient involvement with medication safety behaviours, a wider range of factors needs to be considered.
	The prevalence of medical error related to end-of-life communication in Canadian hospitals: results of a multicentre observational study.	Heyland DK, Ilan R, Jiang X, You J, Dodek P. The prevalence of medical error related to end-of-life communication in Canadian hospitals: results of a multicentre observational study. <i>BMJ Qual Saf.</i> 2016 Sep;25(9):671-9. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004567. Epub 2015 Nov 9. PubMed PMID: 26554026.	En el ámbito hospitalario, el compromiso inadecuado entre los profesionales sanitarios y los pacientes gravemente enfermos y sus familias con respecto a finales -Of-vida decisiones es común. Este problema puede conducir a pedidos médicos de por vida, tratamientos que son inconsistentes con las preferencias del paciente. La prevalencia de este problema de seguridad del paciente no se ha descrito previamente. Métodos Usando datos de una auditoría multinstitucional, cuantificamos el desajuste entre las preferencias expresadas por los pacientes y los miembros de la familia para la atención y los pedidos de tratamientos para mantener la vida. Reclutamos médicos seriamente enfermos, ancianospacientes y/o sus familiares en una auditoría. Consideramos que era un error médico si un paciente prefería no ser resuscitado y había órdenes de someterse a reanimación (sobretatamiento), o si un paciente prefería la reanimación (reanimación cardiopulmonar, RCP) y había órdenes de no ser resuscitado (tratamiento insuficiente). Resultados De 16 hospitales en Canadá, 808 pacientes y 631 miembros de la familia se incluyeron en este estudio. Al comparar las preferencias expresadas y las órdenes documentadas para el uso de RCP, el 37% de los pacientes expresados un error médico. Muy pocos pacientes (8, 2%) expresaron una preferencia por la RCP y se les retuvo la RCP en sus registros médicos documentados. perdidos (tratamiento insuficiente). De los pacientes que prefirieron no tener RCP, los médicos no ordenaron órdenes de recibirlo (tratamiento excesivo). Hubo una variabilidad considerable en las tasas de sobretatamiento en todos los sitios (rango: 14-82%). Los pacientes que eran frágiles tenían menos probabilidades de ser sobretatados; los pacientes que no tenían un miembro de la familia participante tenían más probabilidades de ser tratados en exceso. Conclusiones Los errores médicos relacionados con el uso de tratamientos que mantienen la vida son muy comunes en las salas de medicina interna. Muchos pacientes están en riesgo de recibir inapropiada final -Of-vida cuidado.
	Why is patient safety so hard in low-income countries? A qualitative study of healthcare workers' views in two African hospitals.	Avelling EL, Kayunga Y, Nega A, Dixon-Woods M. Why is patient safety so hard in low-income countries? A qualitative study of healthcare workers' views in two African hospitals. <i>Global Health.</i> 2015 Feb 25; 11:6. doi: 10.1186/s12992-015-0096-x. PubMed PMID: 25885903; PubMed Central PMCID: PMC4349799.	Los puntos de vista de los profesionales que se encuentran en la parte más aguda de la provisión de atención médica ahora se reconocen como una fuente valiosa de inteligencia que puede informar los esfuerzos para mejorar la seguridad del paciente en países de altos ingresos. Sin embargo, a pesar del creciente énfasis de la política en el paciente la seguridad en bajos - ingresos países, poca investigación examina los puntos de vista de los profesionales en estos ajustes. Nuestro objetivo fue dar voz a cómo los trabajadores de la salud en dos hospitales de África oriental identifican y explican los principales obstáculos para garantizar seguridad de los pacientes bajo su cuidado. Métodos: Llevamos a cabo entrevistas cara a cara con trabajadores de la salud en dos hospitales de África Oriental. Nuestra muestra incluyó un total de 57 empleados del hospital, incluidos enfermeras, médicos, técnicos, personal de servicios clínicos, personal administrativo y administradores de hospitales. Resultados: Hospital de personal de bajo - ingresos países proponen una visión sofisticada y valiosa sobre los desafíos de la paciente de seguridad. Aunque el impacto de la escasez de recursos y las estructuras de gobierno débiles son particularmente marcado en bajos - ingresos países, la congruencia entre las cuentas de salud de trabajadores en diversos entornos sugieren que los orígenes y soluciones a los pacientes de seguridad problemas son probablemente similares en todas partes y tienen su origen en humanos factores, recursos, cultura y comportamiento. Mientras que los recursos adicionales son esenciales para el paciente la seguridad mejora en bajo - ingreso configuración, tales recursos por sí solos no serán suficientes para asegurar los cambios necesarios. Antecedentes Permitir que el personal de salud informe sus preocupaciones es fundamental para mejorar la seguridad del paciente. Los doctores junior son uno de los grupos con menos probabilidades de involucrarse en el reporte de incidentes. Esto es importante tanto para el presente como para el futuro, ya que muchos estarán eventualmente en posiciones de liderazgo. Poco se sabe sobre las actitudes de los médicos jóvenes hacia las preocupaciones de informar formalmente.
	Junior doctors' views on reporting concerns about patient safety: a qualitative study.	Hooper P, Kocman D, Carr S, Tarrant C. Junior doctors' views on reporting concerns about patient safety: a qualitative study. <i>Postgrad Med J.</i> 2015 May;91(1075):251-6. doi: 10.1136/postgradmedj-2014-133045. Epub 2015 Apr 28. PubMed PMID: 25898840.	Objetivos Explorar las actitudes y las barreras que impiden a los doctores jóvenes informar formalmente sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente a las organizaciones en las que están formando. Métodos Un estudio cualitativo compuesto por tres grupos focales con 10 médicos jóvenes en un Acute Teaching Hospital Trust en Midlands, Reino Unido, realizado en 2013. Las discusiones de los grupos focales se transcribieron textualmente y se analizaron mediante un enfoque temático, facilitado por NVivo 10. Resultados Los participantes apoyaron la idea de ayudar a las organizaciones de atención médica a ser más conscientes de los riesgos para la seguridad del paciente, pero identificaron que los sistemas existentes de notificación de incidentes podrían frustrar los esfuerzos por informar sus inquietudes. Describieron las barreras para informar, incluida la falta de modelos de conducta y liderazgo de alto nivel, una cultura dentro de la medicina que no era propicia para informar inquietudes, y una falta de retroalimentación que proporcionara evidencia de que el informe formal valía la pena. Informaron una tendencia a confiar en formas informales de tratar las inquietudes como una alternativa para interactuar con los sistemas formales de información.
	Primary-contact physiotherapists manage a minor trauma caseload in the emergency department without or adverse events: an observational study.	Sutton M, Govier A, Prince S, Morphet M. Primary-contact physiotherapists manage a minor trauma caseload in the emergency department without or adverse events: an observational study. <i>J Physiother.</i> 2015 Apr;61(2):77-80. doi: 10.1016/j.jphys.2015.02.012. Epub 2015 Mar 20. PubMed PMID: 25801363.	Conclusiones Si las organizaciones de atención médica pueden reunirse y aprender de los servicios de inteligencia sobre los riesgos para la seguridad de los médicos jóvenes, esto requerirá atención sobre las características de los sistemas de información, así como sobre las implicaciones de las jerarquías y el contexto cultural más amplio en el que los médicos subalternos trabajo. Preguntas: ¿Qué porcentaje de personas que son gestionadas por un primario - contactos de servicio de fisioterapia en una emergencia departamento de experiencia adversos eventos? Para las personas que se presentan en el servicio de urgencias con traumatismos menores, ¿la duración de la estancia difiere entre los manejados por el servicio de fisioterapia y los manejados por el personal médico? Para las personas que se presentan en el servicio de urgencias con traumatismos menores, ¿las imágenes diagnósticas son ordenadas con la misma frecuencia por el servicio de fisioterapia que por el personal médico? Diseño: Prospectivo, observacional, estudio de cohortes. Participantes: se analizó una muestra consecutiva de 1.320 personas que acudieron a un servicio de urgencias y que fueron administradas por el servicio de fisioterapia. Siempre que fue posible, estos pacientes fueron acompañados por códigos de diagnóstico, típicamente para traumatismos menores, incluidas fracturas cerradas de la periferia, a pacientes que fueron manejados por personal médico con el fin de generar dos cohortes coincidentes para su comparación. Medidas de resultado: Las medidas de resultado fueron los eventos adversos entre los pacientes administrados por el servicio de fisioterapia, la duración promedio de la estancia de cada cohorte en el servicio de urgencias, y la proporción de pacientes en cada cohorte que se sometieron a estudios de diagnóstico por imágenes, incluidas radiografías simples, tomografías computarizadas y estudios de imágenes por ultrasonido. Resultados: no se identificaron errores diagnósticos ni eventos adversos para ningún paciente manejado por el servicio de fisioterapia. Los pacientes manejados por el servicio de fisioterapia tuvieron una estancia significativamente reducida (diferencia de medias de 83 minutos, IC del 95% de 75 a 91) y significativamente menos solicitudes para cada tipo de imagen que los pacientes emparejados administrados por el personal médico. Conclusión: Primaria - contacto fisioterapeutas pueden administrar una casos de trauma menor en el departamento de emergencia sin eventos adversos. Un servicio de fisioterapia en el departamento de emergencia puede ocasionar una reducción de la estancia y menos solicitudes de imágenes. Sin embargo, debe reconocerse la posible confusión de los resultados para la duración de la estancia y la obtención de imágenes debido a que los códigos diagnósticos coincidentes pueden no garantizar cohortes completamente equivalentes.
	Exploring patterns of error in acute care using framework analysis.	Tallentire VR, Smith SE, Skinner J, Cameron HS. Exploring patterns of error in acute care using framework analysis. <i>BMC Med Educ.</i> 2015 Jan 16;15:3. doi: 10.1186/s12909-015-0285-6. PubMed PMID: 25592440; PubMed Central PMCID: PMC4352279.	Los médicos junior a menudo son los primeros en responder al deterioro de los pacientes en el hospital. En los highstakes y el contexto de cuidado agudo presionado por el tiempo, la propensión al error es alta. Este estudio destinado a identificar las principales áreas temáticas en las que se producen errores agudos en la atención médica de los médicos novatos, y hacer una referencia cruzada de los errores con el Sistema de errores generados de Reason (GEMS). GEMS categoriza los errores de acuerdo con los procesos cognitivos subyacentes, y por lo tanto proporciona una idea en los factores causales. El objetivo general de este estudio fue identificar patrones en junior errores de atención aguda de los médicos con el fin de mejorar la comprensión y guiar el desarrollo de estrategias educativas. Métodos Este estudio observacional utilizó escenarios simulados de atención aguda en los que participaron médicos jóvenes lidiando con una variedad de emergencias. Los escenarios y los informes posteriores fueron grabados en video. El análisis del marco se utilizó para categorizar los errores de acuerdo con ocho áreas temáticas clave desarrolladas inductivamente. Posteriormente, se realizó un análisis multidimensional realizado que hizo referencia cruzada de las áreas temáticas clave con una categorización anterior de los mismos errores usando GEMS. El número de errores en cada categoría se utilizó para identificar patrones de error. Resultados Se identificaron ocho áreas temáticas clave: sistemas hospitalarios, priorización, tratamiento, ética principios, habilidades de procedimiento, comunicación, conciencia de situación y control de infecciones. Ahí fue un predominio de errores en relación con las áreas temáticas clave del hospital. Los errores en los sistemas, priorización, tratamiento y principios éticos. Por el contrario, las habilidades de procedimiento, la comunicación y la conciencia de la situación se asociaron más estrechamente con los resbalones basados en habilidades y lapsos. Los errores basados en el conocimiento fueron menos frecuentes pero ocurrieron en relación con el hospital sistema y habilidades de procedimiento. Conclusiones Con el fin de mejorar el manejo de los pacientes con enfermedades agudas por médicos jóvenes, médicos los educadores deben comprender las causas de los errores comunes. El conocimiento adecuado solo no garantiza una gestión y referencia rápida y adecuada. La enseñanza de habilidades de cuidado agudo se puede mejorar alentando a los educadores médicos a considerar el rango de posibles errores tipos y sus relaciones con tareas y temas particulares. Los errores basados en reglas pueden ser cada cohorte de entrenamiento basado en simulación, mientras que los errores basados en habilidades pueden ser reducidos utilizando estrategias diseñadas para crear conciencia sobre la interacción entre la emoción, la cognición y el comportamiento.
	The effectiveness of a 'Do Not Use' list and perceptions of healthcare professionals on error-prone abbreviations	Samaranayake NR, Cheung DS, Lam PM, Cheung TT, Chui WC, Wong IC, Cheung BM. The effectiveness of a 'Do Not Use' list and perceptions of healthcare professionals error-prone abbreviations. <i>Int J Clin Pharm.</i> 2014 Oct;36(5):1000-6. doi: 10.1007/s11096-014-9987-9. Epub 2014 Aug 7. PubMed PMID: 25098946.	Resumen de antecedentes El uso de abreviaturas propensas a errores ha llevado a errores de medicación. Muchas organizaciones de seguridad introdujeron las listas 'No usar' (listas de errorprone abreviaturas que deben ser evitadas por los prescriptores), pero la efectividad de estas listas no ha sido estudiada. Objetivo Evaluamos la efectividad del 'No hacer Use' list introducido en hospitales de estudio, y buscó el actitudes de los profesionales de la salud sobre otros abreviaturas peligrosas (no incluidas en 'No usar') list utilizado en prescripciones. Configuración El estudio se realizó en un hospital terciario afiliado a una universidad en Hong Kong. Métodos Se realizó un estudio observacional no controlado. Las recetas para pacientes hospitalizados se revisaron para evaluar el uso de abreviaturas propensas a errores incluidas en el 'Use' list before, después de su introducción, y siguiendo el primer refuerzo. También se realizó una encuesta en línea entre prescriptores, farmacéuticos y enfermeras. Resultados Resultado principal medir la tasa de uso de abreviaturas propensas a errores y otras abreviaturas no aprobadas entre las recetas revisadas. Resultados 3.238 recetas (23.398 artículos de drogas) fueron revisados. El uso de abreviaturas en la lista 'No usar' disminuyó de 7.8 a 3.3% después de su introducción (P 0.001) y hasta 1.3% después del primer refuerzo (P 0.001). Sin embargo, las abreviaturas no aprobadas fueron utilizadas para donar instrucciones de prescripción en el 19.2% del drogas prescritas. 49 tipos diferentes de abreviaturas no aprobadas fueron utilizados para los nombres de los medicamentos. Conclusiones: Refuerzos de la lista 'No usar' mejora aún más cumplimiento del prescriptor. Sin embargo, muchos otros no aprobados abreviaturas (no incluidas en las listas actuales de 'No usar') se usaron cuando se prescribe. Recordatorios periódicos en errorprone abreviaturas y educación de prescriptores en los riesgos pueden ayudar a reducir el uso de propensas a errores abreviaturas en hospitales.
	Codifying knowledge to improve patient safety: a qualitative study of practice-based interventions.	Turner S, Higginson J, Osborne NJ, Thomas RE, Ramsay AJ, Fulop CA. Codifying knowledge to improve patient safety: a qualitative study of practice-based interventions. <i>Soc Sci Med.</i> 2014 Jul; 113:169-76. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.05.031. Epub 2014 May 21. PubMed PMID: 24880659.	Aunque está bien establecido que los profesionales de la salud utilizan el conocimiento tácito y codificado para proporcionar atención de primera línea, se sabe menos acerca de cómo estas dos formas de conocimiento se pueden combinar para apoyar la mejora relacionada con la seguridad del paciente. Paciente de seguridad intervenciones que implican la codificación del conocimiento fueron co-diseñadas por la Universidad y Hospital-basados personal en dos hospitales Inglés Servicio Nacional de Salud (NHS) para apoyar la gestión de la medicación de seguridad reuniones de mortalidad y morbilidad (M & M). En el hospital A, se introdujo un proceso estructurado de revisión de mortalidad en tres especialidades clínicas de enero a diciembre de 2010. Se utilizó un enfoque cualitativo para observar reuniones de M & M (n = 30) y realizar entrevistas (n = 40) para examinar el impacto en reuniones y en médicos de primera línea y enfermeras de hospitales. En el hospital B, se administró una "tarjeta de puntuación" de seguridad de medicamentos en un consultorio de medicina general y de ancianos desde septiembre a noviembre de 2011. Se observaron reuniones semanales de retroalimentación (n = 18) y entrevistas con personal de primera línea (n = 10) a examinar cómo el conocimiento.Codificación influyó en el comportamiento. Se demostró que la codificación respalda el aprendizaje relacionado con la seguridad del paciente a nivel micro (servicio de primera línea) al estructurar el intercambio de conocimiento tácito, pero la presencia de límites profesionales y administrativos a nivel organizacional afectó la implementación de las iniciativas de codificación. Los hallazgos sugieren que codificar el conocimiento para apoyar la mejora presenta desafíos distintos a nivel grupal y organizacional; Traducir el conocimiento a través de estos niveles depende de la presencia de factores organizativos habilitantes, incluida la alineación del aprendizaje de la práctica clínica con su gobierno. • Las iniciativas de codificación ayudaron a las discusiones de seguridad del paciente al estructurar el uso tácito del conocimiento en dos hospitales del NHS en inglés. • Codificar el conocimiento para apoyar la mejora presenta desafíos distintos a nivel grupal y organizacional. • Codificación reproducida en lugar de límites profesionales desafiados a nivel organizacional, diseñó las iniciativas en forma e influyó en la implementación. • La implementación fue más sólida cuando los foros de aprendizaje dirigidos por médicos estaban menos establecidos.
	Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events.	Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J, Övretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. <i>BMJ Qual Saf.</i> 2014 Apr;23(4):325-31. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002035. Epub 2013 Nov 15. PubMed PMID: 24239992; PubMed Central PMCID: PMC3963543.	<b>Introducción El término "segunda víctima" se refiere a la segunda víctima de la salud que experimenta angustia emocional después de un evento adverso. Se ha demostrado que esta angustia es similar a la del paciente: la "primera víctima". El objetivo de este estudio fue investigar cómo los profesionales de la salud se ven afectados por su participación en eventos adversos con énfasis en el apoyo organizativo que necesitan y qué tan bien la organización satisface esas necesidades. Métodos 21 profesionales de la salud en un hospital universitario sueco que cada uno había experimentado un evento adverso fueron entrevistados. Los datos de las entrevistas semiestructuradas fueron analizados por análisis de contenido cualitativo utilizando el software QSR NVivo para codificación y categorización. Resultados Nuestros hallazgos confirman estudios anteriores que muestran que la angustia emocional, a menudo de larga duración, se sigue de los eventos adversos. Los profesionales de la salud que experimentan eventos adversos relacionados con la respuesta de la organización al evento. La mayoría de los informantes carecían de apoyo organizativo o recibieron un apoyo no estructurado y no sistemático. Además, la investigación formal rara vez proporcionó retroalimentación adecuada y oportuna a los involucrados. El apoyo insuficiente y la falta de retroalimentación hicieron que sea más difícil procesar emocionalmente el evento y alcanzar el cierre. Discusión Este artículo aborda la brecha entre la necesidad de la segunda víctima de apoyo organizacional y el apoyo organizacional brindado. También destaca la necesidad de una mayor transparencia en la investigación de eventos adversos. La investigación futura debería abordar las estructuras organizativas avanzadas que satisficieran estas necesidades y brindar oportunidades de aprendizaje para la organización. Estos problemas son fundamentales para todos los gerentes y formuladores de políticas hospitalarias que desean prevenir y manejar los eventos adversos y promover una cultura de seguridad positiva.</b>

			<p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Alentar a los pacientes a estar más atentos sobre su atención desafía la dinámica tradicional de las interacciones entre profesionales de la salud del paciente. Este estudio tuvo como objetivo explorar, desde la perspectiva tanto de los pacientes como del personal sanitario de primera línea, las posibles consecuencias de la intervención mediada por el paciente como una forma de impulsar la mejora de la seguridad mediante la participación de los pacientes.</p> <p><b>DISEÑO:</b></p> <p>Estudio cualitativo, utilizando muestreo intencional y entrevistas semiestructuradas con pacientes, familiares y profesionales de la salud. Los temas emergentes se identificaron utilizando la teoría fundamentada, con datos codificados utilizando NVIVO 8.</p> <p><b>PARTICIPANTES:</b></p> <p>16 pacientes, 4 familiares, (edad media (sd) 60 años (15), 12 mujeres, 8 hombres) y 39 profesionales de la salud, (9 farmacéuticos, 11 médicos, 12 enfermeras, 7 asistentes de atención médica).</p> <p><b>AJUSTE:</b></p> <p>QUIRURGIA, tomando admisiones agudas y electivas, en dos hospitales en el noreste de Inglaterra.</p> <p><b>RESULTADOS:</b></p> <p>Se identificaron consecuencias positivas, pero algunas acciones alentadas por los enfoques actuales mediados por el paciente provocaron sentimientos de sospecha y desconfianza. Por ejemplo, los pacientes sentían que hablar en público parecía descortés o irrespetuoso, les preocupaba molestar al personal y les preocupaba que su atención se viera comprometida. El personal, aunque aparentemente deseaba responder a las preguntas de los pacientes, parecía inseguro sobre los motivos de los pacientes para preguntar y creía que los pacientes que hacían muchas preguntas y / o que escribían cosas se preparaban para quejarse. Se identificaron las implicaciones conductuales que podrían servir para exacerbar los problemas de seguridad del paciente (p. Ej., Evitar el contacto del personal con pacientes o parientes inquisitivos, y pacientes que eviten el contacto con el personal no receptivo).</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b></p> <p>Los enfoques que apuntan a impulsar la mejora en la seguridad del paciente a través de la participación de los pacientes podrían engendrar desconfianza y crear tensiones negativas en la relación paciente-proveedor. Se necesita un enfoque más colaborativo, que anime a los pacientes y al personal de salud a trabajar juntos. Las iniciativas futuras deberían apuntar a cambiar el enfoque actual de "controlar" a los profesionales de la salud individuales a uno que involucre a ambas partes en el objetivo común de mejorar la seguridad.</p> <p><b>FONDO:</b></p> <p>El informe espontáneo de los proveedores de salud sobre la sospecha de eventos adversos después de la inmunización (AEFI) es fundamental para monitorear la seguridad de la vacuna posterior a la licencia, pero se sabe poco acerca de cómo los profesionales de la salud reconocen e informan a los sistemas de vigilancia. El objetivo de este estudio fue explorar el conocimiento, la experiencia y las actitudes de los profesionales médicos y de enfermería para detectar e informar AEFI.</p> <p><b>MÉTODOS:</b></p> <p>Realizamos un estudio cualitativo, utilizando entrevistas semiestructuradas cara a cara con 13 consultores del Departamento de Emergencia Pediátrica de un hospital pediátrico terciario, 10 médicos generales, 2 inmunizaciones del consejo local y 4 enfermeras de práctica general, reclutados mediante muestreo intencional en Adelaide, Australia del Sur, entre diciembre de 2010 y septiembre de 2011. Identificamos temas emergentes relacionados con la experiencia previa de un AEFI en la práctica, el conocimiento y la experiencia de los informes AEFI, factores que facilitarían o impedirían los informes y capacitación previa en seguridad de vacunas. El análisis temático se utilizó para analizar los datos.</p> <p><b>RESULTADOS:</b></p> <p>El informe AEFI fue poco frecuente en todos los grupos, a pesar de que la mayoría de los participantes había revisado un AEFI. Encontramos confusión acerca de cómo informar un AEFI y la variabilidad, de acuerdo con el grupo de proveedores, en cuanto al tipo de eventos que constituirían un AEFI notificable. La interpretación de los participantes de un AEFI "serio" o "inesperado" varió entre los tres grupos. Las barreras comunes para la presentación de informes incluyen limitaciones de tiempo y procesos de presentación de informes insatisfactorios. Las enfermeras tenían más probabilidades de haber recibido capacitación formal en seguridad de vacunas y presentación de informes que los médicos.</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b></p> <p>Este estudio proporciona una visión general de la experiencia y las creencias de tres grupos de profesionales de la salud en relación con la identificación y el informe de AEFI. La evaluación cualitativa revela diferencias en la experiencia y el conocimiento de los informes AEFI en los tres grupos profesionales. La mayoría de los participantes apreciaron la importancia de su rol en la vigilancia AEFI y el monitoreo de la seguridad continua de las vacunas. Se requieren iniciativas futuras para mejorar la educación, como una mayor capacitación de los proveedores de atención médica, en particular, los profesionales médicos, que deberían incluirse tanto en el currículo de pregrado como en el desarrollo profesional continuo.</p> <p><b>INTRODUCCIÓN:</b></p> <p>El trabajo en equipo efectivo y la colaboración interprofesional son vitales para la calidad y la seguridad de la atención médica; sin embargo, los desafíos persisten en la creación de equipos de trabajo interprofesionales y equipos profesionales resilientes. Se realizó un estudio para delinear las percepciones de las personas involucradas en la implementación de una intervención interprofesional basada en la competencia de seguridad del paciente y los participantes en la intervención.</p> <p><b>MÉTODOS:</b></p> <p>El estudio empleó un diseño de estudio cualitativo que trianguló datos de entrevistas con seis miembros del comité directivo y cinco miembros del equipo del proyecto que desarrollaron y monitorearon la intervención y seis grupos focales con miembros del equipo clínico que participaron en la intervención e implementaron proyectos locales de seguridad del paciente en un gran hospital de enseñanza en Canadá.</p> <p><b>RESULTADOS:</b></p> <p>Los hallazgos de nuestro estudio revelan que los profesionales de la salud y el personal de apoyo adquieren las competencias de seguridad del paciente en un contexto interprofesional que puede dar como resultado mejores procesos de flujo de trabajo y pacientes. Sin embargo, existen desafíos clave, incluida la administración de proyectos en medio de prioridades enfrentadas, la falta de participación de los médicos y el mantenimiento de proyectos.</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b></p> <p>Nuestros hallazgos apuntan a que los líderes brinden oportunidades para que los equipos de atención médica participen en proyectos interprofesionales de trabajo en equipo y seguridad del paciente para mejorar la calidad de la atención al paciente. Los esfuerzos adicionales de investigación deberían examinar la sostenibilidad de los proyectos de seguridad interprofesional y cómo los líderes pueden involucrar más plenamente la participación de todas las profesiones, específicamente los médicos.</p> <p><b>OBJETIVO Y OBTENIDOS:</b></p> <p>Examinar si la relación entre la especialidad y la seguridad del paciente está mediada por la cultura de seguridad.</p> <p><b>FONDO:</b></p> <p>La investigación ha demostrado que la seguridad del paciente en los hospitales varía según la especialidad. Se cree que la cultura de seguridad entre los profesionales de la salud en las unidades hospitalarias influye en el rendimiento de seguridad. Si hay un efecto de mediación de la cultura de seguridad en la relación entre especialidad y seguridad, entonces la cultura de seguridad podría explicar por qué las unidades varían en el rendimiento.</p> <p><b>DISEÑO:</b></p> <p>Estudio observacional transversal en 28 unidades de 20 hospitales en los Países Bajos. Las unidades eran de tres especialidades: medicina de emergencia, cirugía y medicina interna.</p> <p><b>MÉTODOS:</b></p> <p>La cultura de seguridad se midió con la versión holandesa de la Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente con 11 dimensiones de cultura (n = 542, respuesta 56%). Los resultados de seguridad fueron tipos de eventos no deseados (seis tipos). Los eventos involuntarios se recopilaron a través del informe del personal (n = 1885 eventos). Los datos fueron examinados usando análisis de regresión multinivel.</p> <p><b>RESULTADOS:</b></p> <p>La cultura de seguridad general en las unidades no medió la relación entre la especialidad y los resultados de seguridad (tipos de eventos), pero tres de las 11 dimensiones mostraron una mediación significativa en uno o más tipos de eventos: respuesta no punitiva al error, apoyo de gestión hospitalaria y disposición a informar.</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b></p> <p>Solo unas pocas dimensiones de la cultura de seguridad mediaban la relación entre la especialidad y algunos de los resultados, con la "voluntad de informar" como el factor mediador más importante. Nuestro estudio no proporcionó pruebas sólidas de que las especialidades difieran en el rendimiento debido a sus culturas de seguridad. Se necesita más investigación sobre las causas de la variación en la seguridad del paciente entre las unidades hospitalarias.</p>
	<p>Seeing it from both sides: do approaches to involving patients in improving their safety risk damaging the trust between patients and healthcare professionals? An interview study.</p> <p>Hrisos S, Thomson R, Seeing it from both sides: do approaches to involving patients in improving their safety risk damaging the trust between patients and healthcare professionals? An interview study. PLOS One. 2013 Nov 6;8(11):e80759. doi: 10.1371/journal.pone.0080759. eCollection 2013. PubMed PMID: 24223230. PubMed Central PMCID: PMC3819291.</p>	<p>Healthcare providers' knowledge, experience and following immunisation: a qualitative study.</p> <p>Parrilla A, Braunack-Mayer A, Gold M, Marshall H, Baghurst P. Healthcare providers' knowledge, experience and challenges of reporting adverse events following immunisation: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2013 Aug 15;13(1):313. doi: 10.1186/1472-6963-13-313. PubMed PMID: 23945045. PubMed Central PMCID: PMC3751761.</p>	
	<p>Implementing an interprofessional patient safety learning initiative: insights from participants, project leads and steering committee members.</p> <p>Jeffs L, Abramovich IA, Hayes C, Smith O, Tregunno D, Chan WH, Reeves S. Implementing an interprofessional patient safety learning initiative: insights from participants, project leads and steering committee members. BMJ Qual Saf. 2013 Nov;22(11):923-30. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001720. Epub 2013 Jun 15. PubMed PMID: 23771901.</p>	<p>Implementing an interprofessional patient safety learning initiative: insights from participants, project leads and steering committee members. BMJ Qual Saf.</p>	
	<p>The role of patient safety culture in the causation of unintended events in hospitals.</p> <p>Smits M, Wagner C, Spreuwenberg P, Timmermans DR, van der Wal G, Groenewegen PP. The role of patient safety culture in the causation of unintended events in hospitals. J Clin Nurs. 2012 Dec;21(23-24):3392-401. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04261.x. PubMed PMID: 23145512.</p>	<p>The role of patient safety culture in the causation of unintended events in hospitals.</p>	
	<p>Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study.</p> <p>Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. BMJ Open. 2016 Sep 30;6(9):e011708. doi: 10.1136/bmjopen-2016-01708. PubMed PMID: 27694486; PubMed Central PMCID: PMC5051469.</p>	<p>Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study.</p>	
	<p>Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses.</p> <p>Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott SD, Hoffman JM. Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2016 Aug;42(8):377-86. PubMed PMID: 27456420; PubMed Central PMCID: PMC5333492.</p>	<p>Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses.</p>	
	<p>Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: A cross-sectional study.</p> <p>Wen J, Cheng Y, Hu X, Yuan P, Hao T, Shi Y. Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: A cross-sectional study. Biosci Trends. 2016 Feb;10(1):27-33. doi: 10.5582/bst.2015.01175. PubMed PMID: 26961213.</p>	<p>Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: A cross-sectional study.</p>	
	<p>Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events.</p> <p>White AA, Brock DM, McCotter PI, Hofeldt R, Edrees HH, Wu AW, Shannon S, Gallagher TH. Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events. J Healthc Risk Manag. 2015;34(4):30-40. doi: 10.1002/jhrm.21169. PubMed PMID: 25891288; PubMed Central PMCID: PMC4659700.</p>	<p>Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events.</p>	
	<p>Nurse-perceived patient adverse events and nursing practice environment.</p> <p>Kang JH, Kim CW, Lee SY. Nurse-perceived patient adverse events and nursing practice environment. J Prev Med Public Health. 2014 Sep;47(5):273-80. doi: 10.3961/jpmph.14.019. Epub 2014 Sep 12. PubMed PMID: 25284199; PubMed Central PMCID: PMC4186549.</p>	<p>Nurse-perceived patient adverse events and nursing practice environment.</p>	
	<p>Female residents experiencing medical errors in general internal medicine: a qualitative study.</p> <p>Mankaka CO, Waeber G, Gachoud D. Female residents experiencing medical errors in general internal medicine: a qualitative study. BMC Med Educ. 2014 Jul 10;14:140. doi: 10.1186/1472-6920-14-140. PubMed PMID: 25012924; PubMed Central PMCID: PMC4098690.</p>	<p>Female residents experiencing medical errors in general internal medicine: a qualitative study.</p>	
	<p>Evaluation of burnout syndrome among doctors in training at the Ibn Rochd University Hospital, Casablanca.</p> <p>El Kettani A, Serhier Z, Othmani MB, Agoub M, Battas O. [Evaluation of burnout syndrome among doctors in training at the Ibn Rochd University Hospital, Casablanca]. Pan Afr Med J. 2017 Aug;27:243. doi: 10.1186/s12916-017-243-6257. eCollection 2017. French. PubMed PMID: 28979644; PubMed Central PMCID: PMC5622818.</p>	<p>Evaluation of burnout syndrome among doctors in training at the Ibn Rochd University Hospital, Casablanca.</p>	
SCIENCE DIRECT	NINGUNO POR TÍTULO		<p>Estos resultados son consistentes con los de estudios previos y justifican la importancia de un programa de prevención en diferentes niveles.</p>
	<p>Attitudes of Mashhad Public Hospital's Nurses and Midwives toward the Causes and Rates of Medical Errors Reporting.</p> <p>Mobarakabadi, S. S., Ebrahimipour, H., Najjar, A. V., Janghorban, R., &amp; Azarkish, F. (2017). Attitudes of Mashhad Public Hospital's Nurses and Midwives toward the Causes and Rates of Medical Errors Reporting. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, 11(3), QC04.</p>	<p>Attitudes of Mashhad Public Hospital's Nurses and Midwives toward the Causes and Rates of Medical Errors Reporting.</p>	
	<p>Exploring behavioural determinants relating to health professional reporting of medication errors: a qualitative study using the Theoretical Domains Framework.</p> <p>Alqubaisi, M., Tonna, A., Strath, A., &amp; Stewart, D. (2016). Exploring behavioural determinants relating to health professional reporting of medication errors: a qualitative study using the Theoretical Domains Framework. European journal of clinical pharmacology, 72(7), 887-895.</p>	<p>Exploring behavioural determinants relating to health professional reporting of medication errors: a qualitative study using the Theoretical Domains Framework.</p>	
	<p>Should I inform? A qualitative study of the barriers to reporting incidents among nurses working in nursing homes.</p>	<p>Should I inform? A qualitative study of the barriers to reporting incidents among nurses working in nursing homes.</p>	
		<p><b>INTRODUCCIÓN:</b> la seguridad del paciente es uno de los principales objetivos de los servicios de salud ; sin embargo, los errores médicos son una ocurrencia potencial prevalente para los pacientes en los sistemas de tratamiento. Los errores médicos conducen a un aumento en la tasa de mortalidad de los pacientes y desafíos tales como la prolongación del período de hospitalización y el aumento de los costos. Controlar los errores médicos es muy importante, ya que estos errores además de ser costosos, amenazan la seguridad del paciente. <b>OBJETIVO:</b></p> <p>Evaluar las actitudes de las enfermeras y parteras hacia las causas y las tasas de notificación de errores médicos. <b>MATERIAL Y MÉTODOS:</b> Fue un estudio observacional transversal . La población del estudio era 140 comadronas y enfermeras empleadas en los hospitales públicos de Mashhad . La recopilación de datos se realizó a través del cuestionario revisado de Goldstone 2001. El software SPSS 11.5 fue utilizado para el análisis de datos. Para analizar los datos, se utilizaron estadísticas analíticas descriptivas e inferenciales. Desviación estándar y distribución de frecuencia relativa, se usaron estadísticas descriptivas para el cálculo de la media y los resultados se ajustaron como tablas y tablas. La prueba Chi-cuadrado se usó para el análisis inferencial de los datos.</p> <p><b>RESULTADOS:</b> La mayoría de las parteras y enfermeras (39.4%) tenían un rango de edad de 25 a 34 años y el porcentaje más bajo (2.2%) tenían un rango de edad de 55-59 años. El promedio más alto de errores médicos se relacionó con empleados con tres o cuatro años de experiencia laboral, mientras que el promedio más bajo se relacionó con aquellos con uno o dos años de experiencia laboral. El promedio más alto de errores médicos fue durante el turno de noche, mientras que el más bajo fue durante el turno de noche. Se consideraron tres causas principales de errores médicos: órdenes de prescripción de médicos ilegibles, similitud de nombres en diferentes medicamentos y fatiga de la enfermera. <b>CONCLUSIÓN:</b> Las causas más importantes de errores médicos desde el punto de vista de las enfermeras y parteras son el orden ilegible del médico, la similitud del nombre del medicamento con otras drogas, la fatiga de la enfermera y la etiqueta dañada o el empaque del medicamento, respectivamente. Cabeza retroalimentación enfermera, retroalimentación de los compañeros, el miedo del castigo o la pérdida del empleo fueron considerados como razones para la presentación de informes en virtud de</p> <p>de médicos errores . Esta investigación demuestra la necesidad de prestar más atención a las causas de los errores médicos .</p> <p><b>OBJETIVO:</b> Los procesos efectivos y eficientes de reporte de medicamentos son esenciales para promover la seguridad del paciente . Pocos estudios cualitativos han explorado el informe de errores de medicación por profesionales de la salud , y ninguno ha hecho referencia a las teorías del comportamiento. El objetivo fue describir y comprender los determinantes del comportamiento de los profesionales de la salud que informan sobre errores de medicación en los Emiratos Árabes Unidos (EAU).</p> <p><b>MÉTODOS:</b> Este fue un estudio cualitativo comprende entrevistas semiestructuradas cara a cara en tres hospitales médicos / quirúrgicos principales de Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos. Los profesionales de la salud fueron mostrados intencionalmente en estratos de profesión y años de experiencia. El cronograma de entrevistas semiestructuradas se centró en los determinantes del comportamiento en torno a los informes de errores de medicación, facilitadores, barreras y experiencias. El Marco de Dominio de Comportamiento (TDC) se usó como el marco de codificación. La aprobación ética se obtuvo de una universidad del Reino Unido y de todos los comités de ética hospitalaria participantes. <b>RESULTADOS:</b></p> <p>La saturación de datos se logró después de entrevistar a diez enfermeras , diez farmacéuticos y nueve médicos . Si bien parecía que la seguridad del paciente y las metas e intenciones de mejora organizacional eran determinantes del comportamiento que facilitaban la presentación de informes, hubo determinantes clave que impidieron la presentación de informes. Estos incluyeron las creencias de las consecuencias de informar (falta de retroalimentación después de informar e impactar la reputación profesional, las relaciones y la progresión profesional), las emociones ( miedo y preocupación) y los problemas relacionados con el contexto ambiental (tiempo necesario para informar) .</p> <p><b>CONCLUSIÓN:</b> Estos determinantes clave del comportamiento que impactan negativamente en los informes de errores pueden facilitar el desarrollo de una intervención, centrándose en la seguridad de la organización y la cultura de presentación de informes, para mejorar la efectividad y eficiencia de los informes.</p>	
		<p>Las segundas víctimas son trabajadores de la salud que experimentan angustia emocional después de los eventos adversos del paciente. Los estudios indican la necesidad de desarrollar programas de apoyo organizacional para trabajadores. El programa RISE (Resiliencia en situaciones estresantes) se desarrolló en el Hospital Johns Hopkins para brindar este apoyo.</p> <p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>Describir el desarrollo de RISE y evaluar su factibilidad inicial y posterior implementación. Las fases del programa incluyeron (1) el desarrollo del programa RISE, (2) el reclutamiento y la capacitación de los equipos de respuesta inter pares, (3) el lanzamiento piloto en el Departamento de Pediatría y (4) la implementación en todo el hospital.</p> <p><b>MÉTODOS:</b></p> <p>Estudio de métodos mixtos, que incluye recuentos de frecuencia de encuentros, encuestas de personal y evaluaciones por parte de los equipos de respuesta RISE. Se utilizaron estadísticas descriptivas para resumir las características demográficas y las proporciones de las respuestas a las escalas categorías, Likert y ordinales. El análisis y la codificación cualitativa se utilizaron para analizar respuestas abiertas de cuestionarios y grupos focales.</p> <p><b>RESULTADOS:</b></p> <p>Una encuesta de base del personal descubrió que la mayoría del personal había experimentado un evento adverso imprevisto, y la mayoría preferiría el apoyo de compañeros. Un total de 119 llamadas, que involucraron a ~ 500 personas, se recibieron en los primeros 52 meses. La mayoría de las llamadas fueron de enfermeras, y muy pocas estaban relacionadas con errores médicos (4%). Los encuestados informaron que los encuentros fueron exitosos en el 88% de los casos y el 83.3% informó que satisfacían las necesidades de la persona que llamaba. Bajo conocimiento del programa fue una barrera para la expansión de todo el hospital. Sin embargo, durante los 4 años, la tasa de llamadas aumentó de ~1 a 4 llamadas por mes. El programa evolucionó para acomodar las solicitudes de apoyo grupal.</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b></p> <p>El personal del hospital identificó la necesidad de un programa multidisciplinario de apoyo entre iguales para las segundas víctimas. Los encuestados respondieron que tuvieron éxito en responder a las llamadas, la mayoría de las cuales fueron por eventos adversos en lugar de por errores médicos. El bajo volumen inicial de llamadas enfatiza la importancia de promover la conciencia del valor del apoyo emocional y la disponibilidad del programa.</p> <p><b>FONDO:</b></p> <p>Las experiencias de segunda víctima pueden afectar el bienestar de los proveedores de atención médica y comprometer la seguridad del paciente. Muchos factores asociados con el aislamiento mejorado después de la participación de una sólida cultura de seguridad del paciente, de modo que las culturas de seguridad del paciente de apoyo pueden reducir el segundo trauma relacionado con la víctima. Se realizó un estudio de encuesta transversal para evaluar la influencia de la cultura de seguridad del paciente en el segundo sufrimiento relacionado con la víctima.</p> <p><b>MÉTODOS:</b></p> <p>La Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPSC) de la Agencia de Investigación y Calidad (AHSO) y la Herramienta de Experiencia y Apoyo para Víctimas (SVES), que fue desarrollada para evaluar el apoyo organizacional y la angustia personal y profesional después de participar en un evento de seguridad del paciente , fueron administrados a enfermeras involucradas en el cuidado directo del paciente.</p> <p><b>RESULTADOS:</b></p> <p>De 358 enfermeras en un hospital pediátrico especializado, 169 (47.2%) participaron en ambas encuestas. La regresión lineal jerárquica demostró que la respuesta no punitiva de la dimensión de la encuesta de cultura de seguridad del paciente al error se asoció significativamente con reducciones en las dimensiones de la segunda encuesta de la víctima: angustia psicológica, física y profesional (p &lt;0,001). Como mediador, el apoyo de la organización explicó por completo la respuesta no punitiva al error, la angustia física y la respuesta no punitiva a las relaciones de angustia profesional de socorro, y explicó parcialmente la respuesta no punitiva a la relación error-angustia psicológica.</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b></p> <p>Los resultados sugieren que las culturas de seguridad punitiva pueden contribuir a las percepciones autoinformadas de la segunda angustia psicológica, física y profesional relacionada con la víctima, lo que podría reflejar una falta de apoyo organizacional. La reducción de la respuesta punitiva al error y el fomento de las interacciones entre compañeros de trabajo, supervisores e institucionales pueden ser estrategias útiles para gestionar la gravedad de las experiencias de las segundas víctimas.</p> <p><b>OBJETIVO:</b></p> <p>El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia del síndrome de burnout en diferentes hospitales de tercer grado y examinar si existe una relación entre burnout y errores médicos. Se realizó una encuesta transversal multicéntrica. Los médicos fueron entrevistados en hospitales de 10 provincias en China. El desgaste se midió utilizando la versión china de Maslach Burnout Inventory-General Survey. En general, se incluyeron 1.537 médicos en este estudio. De estos, el 76.9% reportó algunos síntomas de agotamiento o síntomas graves de agotamiento y el 54.8% informó haber cometido errores médicos durante el último año. El 39.6%, 50.0% y 59.5% de los encuestados en los hospitales primarios, secundarios y terciarios respectivamente informaron haber cometido errores en el transcurso del año anterior. El análisis multivariado demostró que ser mujer protegió contra errores médicos (OR = 0.72; IC del 95%: 0.58-0.89), mientras que el médico informó 60 o más horas semanales (OR = 1.65; IC del 95%: 1.22-2.22), y los médicos que informaron un agotamiento grave (OR = 2.28; IC 95%: 1.63-3.17) se asociaron independientemente con una mayor incidencia de errores médicos. En conclusión, los médicos chinos informaron altas cargas de trabajo, altas tasas de agotamiento y altos errores médicos. Los médicos en los hospitales terciarios estaban especialmente sobrecargados de trabajo y sufrieron el agotamiento más grave. Las horas de trabajo más largas por semana y el agotamiento fueron los factores de riesgo independientes de errores médicos. 17) se asociaron independientemente con una mayor incidencia de errores médicos.</p> <p><b>Las directrices requieren que las organizaciones de atención médica brinden apoyo emocional a los médicos que participan en eventos adversos, pero se sabe poco sobre cómo estas organizaciones buscan satisfacer esta necesidad. Encuestamos a los miembros de EE. UU. De la Sociedad Estadounidense para la Gestión del Riesgo de la Atención Médica (ASHRM) sobre la presencia, las características y la eficacia percibida del programa de apoyo a proveedores de su organización. La mayoría informó que su organización tenía un programa de apoyo, pero las características varían ampliamente y hay oportunidades sustanciales para mejorar los servicios. Los programas de apoyo a los proveedores deben mejorar los mecanismos de derivación y el apoyo mutuo, evaluar críticamente el papel de los programas de asistencia a los empleados y demostrar su valor a los líderes institucionales.</b></p>	



Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event	Joesten, L., Cipparrone, N., Okuno-Jones, S., & DuBose, E. R. (2015). Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event. <i>Journal of patient safety</i> , 11(2), 73-78.	<p><b>Objetivo</b> El objetivo de este estudio fue establecer una línea base de disponibilidad percibida de servicios de apoyo institucional o intervenciones y experiencias luego de un evento adverso de seguridad del paciente (PSE) en un hospital docente comunitario de 650 niños y adultos.</p> <p><b>Métodos</b> Los investigadores preguntaron a los asociados sobre sus experiencias después de un PSE, qué servicios de apoyo institucionales o intervenciones percibieron que estaban disponibles, y qué tan útiles eran los servicios usados. Los investigadores utilizaron una versión modificada en línea de una encuesta PSE desarrollada por varias organizaciones relacionadas con la salud en Boston.</p> <p><b>Resultados</b> Se analizaron ciento veinte encuestas evaluables. Sesenta y ocho por ciento de los encuestados eran enfermeras, el 99% de las cuales eran mujeres. Solo entre el 10% y el 30% de los encuestados informaron que se ofrecieron activamente diversos servicios o intervenciones de apoyo, y entre el 30% y el 60% indicaron que no estaban disponibles. Los encuestados informaron haber experimentado varios síntomas angustiantes después de un PSE, sobre todo, recuerdos preocupantes (56%) y preocupación por demandas judiciales (37%). Menos del 32% estuvo "de acuerdo" o "muy de acuerdo" en que podrían informar sus preocupaciones sin temor a represalias o acciones punitivas. Más encuestados contaron con el apoyo de colegas clínicos (64%) que de sus gerentes o jefes de departamento (38%).</p> <p><b>Conclusiones</b> Estos resultados validan la necesidad de apoyo emocional de los asociados después de un PSE y que la percepción de los asociados sobre los servicios o intervenciones institucionales de apoyo disponibles es baja.</p>
Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios: estudio sobre las segundas víctimas	Aranaz, J. M. A., Solves, J. J. M., Mora, M. G., Herrero, J. F., & Burillo, J. V. (2013). Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios: estudio sobre las segundas víctimas. <i>Trauma</i> , 24(1), 54-60.	<p>Objetivo Consensuar recomendaciones para paliar los efectos de eventos adversos (EA) en las segundas víctimas.</p> <p>Material y método Mediante un método de investigación cualitativa se establecieron recomendaciones de expertos sobre: apoyo emocional a segundas víctimas, asesoría legal y manejo de la comunicación institucional cuando se produce un evento adverso. Se utilizaron grabaciones de las sesiones, clasificando las ideas en categorías mutuamente excluyentes, y se consideró puntuación media y el grado de acuerdo (coeficiente variación).</p> <p>Resultados Los profesionales sanitarios implicados en un error que ocasiona un EA con consecuencias graves sufren graves problemas emocionales. Ante un EA se recomendó transparencia informativa, pedir disculpas y reparar el daño. Existió acuerdo en la necesidad de apoyar a los profesionales implicados e informar a los pacientes y al resto de profesionales de la organización.</p> <p>Conclusión Se presentan recomendaciones consensuadas sobre la comunicación al paciente que ha sufrido un error clínico, afrontar el error por parte de los profesionales y proteger la reputación profesional y social de profesionales e instituciones</p>
The second victim experience and support tool (SVEST): Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources.	Burlison, J. D., Scott, S. D., Browne, E. K., Thompson, S. G., & Hoffman, J. M. (2017). The second victim experience and support tool (SVEST): Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. <i>Journal of patient safety</i> .	<p><b>Los errores médicos y los resultados negativos imprevistos del paciente pueden dañar el bienestar de los proveedores de atención médica. Estas personas afectadas, conocidas como "segundas víctimas", pueden experimentar diversos síntomas psicológicos y físicos. Los recursos de apoyo proporcionados por las organizaciones de atención médica para prevenir y reducir el segundo daño relacionado con la víctima a menudo son inadecuados. En este estudio, presentamos el desarrollo y la evaluación psicométrica de Second Experim Experience and Support Tool (SVEST), un instrumento de encuesta que puede ayudar a las organizaciones de atención médica a implementar y rastrear el rendimiento de los recursos de apoyo a las segundas víctimas.</b></p> <p><b>MÉTODOS:</b></p> <p>El SVEST (29 ítems que representan 7 dimensiones y 2 variables de resultado) fue completado por 303 proveedores de atención médica que participan en la atención directa del paciente. La encuesta recopiló respuestas sobre los segundos síntomas psicológicos y físicos relacionados con las víctimas y la calidad de los recursos de apoyo. La conveniencia de los posibles recursos de apoyo también se midió. Se evaluó el SVEST para la validez de contenido, la consistencia interna y la validez de constructo con el análisis factorial confirmatorio.</p> <p><b>RESULTADOS:</b></p> <p>Los resultados del análisis de factores confirmatorios sugirieron un buen modelo de modelo para la encuesta. Los puntajes de fiabilidad <math>\alpha</math> de Cronbach para las dimensiones de la encuesta variaron de 0,61 a 0,89. La segunda opción de apoyo a la víctima más deseada fue "Un compañero respetado para analizar los detalles de lo sucedido".</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b></p> <p>El SVEST puede ser utilizado por las organizaciones de atención médica para evaluar las experiencias de segunda víctima de su personal y la calidad de los recursos de soporte existentes. También puede proporcionar a los líderes de las organizaciones de atención médica información sobre los segundos recursos de apoyo relacionados con las víctimas más preferidos por su personal. El SVEST se puede administrar antes y después de implementar nuevos recursos de segunda víctima para medir las percepciones de efectividad.</p>
Second victims, organizational resilience and the role of hospital administration	Santomauro, C. M., Kalkman, C. J., & Dekker, S. (2014). Second victims, organizational resilience and the role of hospital administration. <i>Journal of Hospital Administration</i> , 3(5), 95.	<p>Las segundas víctimas son practicantes involucrados en un incidente que (potencialmente) daña o mata a alguien más y por el cual se sienten personalmente responsables. La cultura profesional y la psicología de la culpa (y la vergüenza) influyen en cómo se ven y se tratan las segundas víctimas. Este artículo revisa el estado de la segunda victimización en el cuidado de la salud, tanto en su sintomatología como en sus respuestas organizacionales. Luego, considera la naturaleza problemática del "error humano" en el cuidado de la salud y lo sitúa en el contexto psicológico de las profesiones de la salud, buscando explicaciones histórico-culturales en supuestos de autonomía del actor e identidad profesional. Concluye trazando vínculos entre la resistencia psicológica de los profesionales involucrados en un incidente y la capacidad de recuperación de la cultura de seguridad de una organización.</p>
Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events.	Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J, Övretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. <i>BMJ Qual Saf</i> . 2014 Apr;23(4):325-31. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002035. Epub 2013 Nov 15. PubMed PMID: 24239992; PubMed Central PMCID: PMC3963543.	<p><b>Introducción</b> El término "segunda víctima" se refiere al profesional de la salud que experimenta angustia emocional después de un evento adverso. Se ha demostrado que esta angustia es similar a la del paciente: la "primera víctima". El objetivo de este estudio fue investigar cómo los profesionales de la salud se ven afectados por su participación en eventos adversos con énfasis en el apoyo organizativo que necesitan y qué tan bien la organización satisface esas necesidades. <b>Métodos</b> 21 profesionales de la salud en un hospital universitario sueco que cada uno había experimentado un evento adverso fueron entrevistados. Los datos de las entrevistas semiestructuradas fueron analizados por análisis de contenido cualitativo utilizando el software QSR NVivo para codificación y categorización. <b>Resultados</b> Nuestros hallazgos confirman estudios anteriores que muestran que la angustia emocional, a menudo de larga duración, se sigue de los eventos adversos. Además, informamos que el impacto en el profesional de la salud estuvo relacionado con la respuesta de la organización al evento. La mayoría de los informantes carecían de apoyo organizativo o recibieron un apoyo no estructurado y no sistemático. Además, la investigación formal rara vez proporcionó retroalimentación adecuada y oportuna a los involucrados. El apoyo insuficiente y la falta de retroalimentación hicieron que sea más difícil procesar emocionalmente el evento y alcanzar el cierre. <b>Discusión</b> Este artículo aborda la brecha entre la necesidad de la segunda víctima de apoyo organizacional y el apoyo organizacional brindado. También destaca la necesidad de una mayor transparencia en la investigación de eventos adversos. La investigación futura debería abordar cómo las estructuras de soporte avanzado pueden satisfacer estas necesidades y brindar oportunidades de aprendizaje para la organización. Estos problemas son fundamentales para todos los gerentes y formuladores de políticas hospitalarias que desean prevenir y manejar los eventos adversos y promover una cultura de seguridad positiva.</p>
Los artículos que se encuentran resaltados de este color en las demás hojas de la matriz, son aquellos que salieron repetidos en todas las búsquedas, por lo tanto solo será explicado una vez		



Titulo	Autores	Revista	Año publicación	Tipo de estudio	Objetivo del estudio	Área o profesion involucrada	participantes	Instrumentos de medición	Metodología	consecuencias del evento adverso en la segunda victima							Resultados	Conclusión	referencias				
										prevalencias / incidencias	tipo de eventos adversos	físicas	sociales	emocionales	psicológicas	economicas				laborales	programas para las segundas victimas		
Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study.	Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW	BMJ Journals	2016	estudio cualitativo	Describir el desarrollo de RISE en el Hospital Johns Hopkins, y la evaluación inicial de una prueba piloto del programa, y su implementación en todo el hospital.	enfermeras, pediatras	personal de primera línea del Departamento de Pediatría (n = 144) * 14 farmacéutas * 10 trabajadores sociales * 6 médicos pediatras * 3 técnicos * 2 terapeutas * 1 médico asistencial * 3 administradores * 1 apoyo ambiental * 2 no especificados	<b>Encuesta de evaluación del personal de la organización</b> : se utilizó para recopilar datos de profesionales de la salud sobre la necesidad de apoyo de los trabajadores de la salud. <b>Formulario de encuesta de respuesta de compañeros</b> : fue utilizado por los equipos de respuesta para proporcionar información no identificada sobre el evento y la naturaleza de la da RISE. <b>Formulario de evaluación de encuestados de pares</b> : La información recopilada incluye una breve descripción a. <b>Grupo focal de compañeros de respuesta</b> : El objetivo de la discusión del grupo focal fue evaluar las percepciones de los compañeros de respuesta, los niveles de confianza y la competencia autoevaluada en función del entrenamiento RISE que recibieron.	- El personal de primera línea del Departamento de Pediatría (n = 144) completó la Encuesta de Evaluación del Personal Organizacional y se les pidió que evaluaran sus percepciones y la implementación del programa de apoyo a la segunda victima - Todos los profesionales y el personal que trabaja en el departamento fueron incluidos en la encuesta. Las personas que respondieron en la fase IV respondieron el Encuentro de respuesta entre pares y el Formulario de alarios completos). -Para los encuentros grupales, se solicitó al encuestador principal que completara los formularios Encuentro de respuesta entre pares y a después de cada encuentro. -Se invitó a una muestra aleatoria de nueve miembros del equipo de respuesta de pares a participar en la discusión del grupo focal, de los cuales cinco pudieron participar en el momento designado.	Aproximadamente el 70% de los encuestados había participado directamente en un evento adverso no anticipado, y el 57.9% (n = 77) informaron haber tenido problemas, como ansiedad o incapacidad para realizar su trabajo, como resultado de este evento. Más de dos tercios (70.3%, n = 90) se habían acercado para recibir apoyo después del evento la mayoría de los encuestados (68.7%, n = 95) indicaron que preferirían un grupo de compañeros multidisciplinarios para ofrecer apoyo. Otros mencionaron que preferirían un gerente de enfermería (15.5%, n = 21), un cuidado pastoral (13.3%, n = 18), más de dos tercios (70.7%, n = 97) prefirieron el apoyo individual al apoyo grupal. Además, los encuestados prefirieron acceder al soporte poco después del evento: tan pronto como sucedió (12.7%, n = 17), unas horas después del evento (23.4%, n = 34), un par de días después de ocurrido el evento (48.2%, n = 66) y una semana después del evento tuvo lugar (8.1%, n = 11).						grupo de compañeros multidisciplinarios para ofrecer apoyo (68.7%, n = 95), gerente de enfermería (15.5%, n = 21), cuidado pastoral (13.3%, n = 18), apoyo individual (70.7%, n = 97).	Aproximadamente el 70% de los encuestados había participado directamente en un evento adverso no anticipado, y el 57.9% (n = 77) informaron haber tenido problemas, como ansiedad o incapacidad para realizar su trabajo, como resultado de este evento. Más de dos tercios (70.3%, n = 90) se habían acercado para recibir apoyo después del evento						16. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. <i>BMJ Open</i> . 2016 Sep 30;6(9).
Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses.	Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott SD, Hoffman JM	Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety	2016	encuesta transversal	(1) investigar el efecto de la cultura de seguridad del paciente sobre el problema relacionado con la segunda victima y (2) explorar si la cultura de seguridad del paciente afecta el grado de apoyo de las segundas victimas después del evento .	Enfermeras	358 enfermeras de un hospital pediátrico especializado en cáncer, finalmente participaron 178 y finalmente solo 155 enfermeras participaron donde al menos la mayoría contaba con 10 años de experiencia y una cuarta parte había estado en la profesión durante 21 años	La primera encuesta fue AHRQ HSOPSC, y el segundo, la herramienta de encuesta Second Victim Experience (SVEST), se utilizó para evaluar los síntomas y el apoyo de la segunda victima	* Las percepciones de la cultura de seguridad del paciente se midieron utilizando 16 ítems del AHRQ HSOPSC, que se ha validado psicométricamente en varios y culturas. En total, el HSOPSC contiene 42 ítems que miden 10 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, 2 indicadores generales de la cultura general de seguridad del paciente y 2 indicadores del comportamiento de notificación de eventos * Todos los ítems de dimensión usan una escala de Likert de 5 puntos, con anclas que van desde "totalmente en desacuerdo" iente de acuerdo" (5). * Los datos se analizaron mediante el uso del software SPSS (versión 22.0, SPSS, Chicago). Se utilizó un promedio no ponderado de los ítems individuales para construir puntuaciones de dimensión SVEST y HSOPSC.	* En muchas especialidades médicas, los datos de la encuesta indican que entre el 14% y el 30% de los proveedores de atención médica participan en un evento de seguridad del paciente durante el año anterior y vuelven problemas personales, emocionales y profesionales									* De las 358 enfermeras invitadas, 178 (49.7%) participaron en el estudio, con 160 (90%) iendo a ambas encuestas. * Se realizaron análisis comparativos para determinar si había diferencias en los patrones de respuesta entre los que respondieron a ambas encuestas y los que respondieron a una de las as. * Las pruebas t de muestras independientes no revelaron diferencias significativas entre los grupos con respecto a las horas trabajadas, la tenencia de la unidad, la permanencia en el tenencia de especialidades o la cultura de seguridad del paciente. * Debido a datos incompletos, se eliminaron 14 respuestas, lo que resultó en una muestra final de 155 (41% de los invitados) enfermeras. El análisis de poder post hoc sugirió que rar potencia estadística adecuada. * La mayoría de las enfermeras que respondieron tenían al menos 10 años de experiencia en su especialidad, y aproximadamente una cuarta parte de la muestra había estado en la profesión de enfermería durante 21 años o más y había trabajado dentro del hospital al menos 5 años. * La cultura no punitiva se asoció con reducciones en todas las formas de percepción de angustia de la segunda victima debido al mayor apoyo percibido. * La prueba de Sobel del efecto indirecto sobre la angustia psicológica, la angustia física y la alificación profesional a través del apoyo de la organización fue significativa (p < .01), lo que confirma aún más el papel mediado observado del apoyo organizacional .	* las culturas de seguridad punitiva pueden contribuir a las percepciones autoformadas de la angustia psicológica, física y profesional relacionada con la segunda victima, y que esta angustia puede explicarse por * las culturas de seguridad del paciente no punitivo pueden actuar como un catalizador para un clima que aumenta el apoyo para aquellos involucrados en eventos de seguridad del paciente, lo que, a su vez, reduce o incluso previene el segundo trauma relacionado con la victima	17. Quillivan, R. R., Burlison, J. D., Browne, E. K., Scott, S. D., & Hoffman, J. M. Patient safety culture and the second victim phenomenon: connecting culture to staff distress in nurses. <i>Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety</i> . 2016. 42 (8). AP1-AP2.		
Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: A cross-sectional study.	Wen J, Cheng Y, Hu X, Yuan P, Hao T, Shi Y.	osience trends.	2016	encuesta transversal multicéntrica	El propósito de este estudio es revelar la gravedad del agotamiento entre los médicos en diferentes grados de los hospitales en China, y el impacto médico el agotamiento tiene en la ocurrencia de errores médicos.	Medicos	* Médicos de hospitales de 10 provincias chinas de 12 hospitales terciarios, 9 secundarios y 25 hospitales primarios * 1,537 médicos fueron incluidos en este estudio. De ellos, 57.3% eran hombres *De los médicos que respondieron, el 46.9% era título profesional junior, y su edad media (DE) fue 35.6 (8.6) años (rango, 20-73 años). * Los médicos participantes no eran elegibles si eran internos	* Los participantes médicos se dividieron en tres grupos en función de su puntuación del síndrome (rango 0-6). Grupo 1: sin síntomas de agotamiento (puntuajes 0-1.48); grupo 2: 2-4 síntomas de agotamiento (puntuajes 1.50-3.40); y grupo 3: síntomas graves de agotamiento (puntuajes 3.50-6). * Se aseguraron que los ítems de la encuesta fueran fáciles de entender * el cuestionario fue estructurado para para recopilar información sobre características demográficas, carga de trabajo, agotamiento y errores médicos * el cuestionario debía ser completado sin errores de lo contrario sería excluido	En los Estados Unidos, se estima 30% a 40% de los médicos experimentaron agotamiento	errores de medicación, tratamientos aplazados							* 1800 encuestas fueron analizadas * el 76.9% de todos los médicos informaron algunos síntomas de agotamiento o agotamiento grave y 54.8% de médicos informaron cometer errores médicos en el transcurso del año anterior * las horas de trabajo por semana y número de pacientes por día del servicio se correlacionó positivamente con el puntaje de burnout " el puntaje de burnout fue más alto en hospitales terciarios, seguido de hospitales secundarios y hospitales primarios.	* El desgaste del médico no es solo un problema crítico que involucra la salud del médico, y también la seguridad del paciente. * la carga de trabajo absoluta, la prevalencia del agotamiento y los errores médicos entre los médicos en China fueron consistentemente alto.	18.Wen, J., Cheng, Y., Hu, X., Yuan, P., Hao, T., & Shi, Y. Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: A cross-sectional study. <i>Bioscience trends</i> . 2016. 10(1), 27-33.				
Risk managers' descriptions of programs to reduce second victim events after adverse events.	White AA, Brock DM, McCotter PI, Hofeldt R, Edrees H, Wu A, W, Gallagher T, H.	The Journal of the American Society for Healthcare Risk Management.	2015	estudio cualitativo	se realizó una encuesta nacional de la membresía de ASHRM para describir las percepciones de los gestores de riesgos sobre las características de los programas de apoyo a proveedores.	profesionales de la salud ( médicos, enfermeras, terapeutas, farmacéuticos, técnicos, trabajadores sociales, empleados)	5272 miembros de la ASHRM, de los cuales solo 635 la respondieron , se excluyeron 60 finalmente participaron 575 personas donde el 87.1% (501) eran mujeres con una edad promedio de 53.4 años , y el 11.7% (67) hombres el tiempo de experiencia fue de 28.1 años	cuestionario realizado por 3 coautores la encuesta preguntaba sobre las características del programa, incluyendo quién puede acceder a él, qué mecanismos de referencia y factores desencadenantes se usan, quién brinda apoyo y cómo se capacita a los que responden.	* Debido a que más de un miembro de ASHRM puede trabajar en una sola instalación, la encuesta solicitó información que podría ayudar a identificar las entradas duplicadas. A los participantes se les pidió que proporcionaran las primeras cuatro letras del nombre de su instalación y el tiempo que habían trabajado en esa institución; 94.9% estaban disponibles en cualquier unidad de atención al paciente o servicio clínico en la institución, y 93.9% estaban disponibles para empleados de todas las profesiones. El 6.1% de los programas que restringieron el acceso para algunos empleados típicamente excluyeron al personal no clínico. En el 38.8% de las instalaciones, se impartió capacitación sobre cómo brindar apoyo, mientras que la mayoría de los encuestados informaron que no sabían si dicha capacitación estaba disponible (40.4%) o confirmaron que no estaba disponible (20.8%). En las 110 instalaciones sin un programa de apoyo al proveedor identificado, aproximadamente la mitad de los encuestados creía que los líderes ejecutivos eran algo o muy conscientes del impacto emocional de los eventos adversos en los trabajadores de la salud (52.7%). Sin embargo, percibieron que una minoría de líderes (30.0%)									* Las encuestas fueron completadas por 635 de los 5272 miembros ASHRM elegibles, para una tasa de respuesta global del 12.0%. Se excluyeron 60 encuestados que representaban instalaciones con más de una respuesta, dejando una muestra analítica de 575 individuos de instalaciones únicas (10.9%). * Los encuestados poseían considerable experiencia institucional y personal; el tiempo promedio dedicado al cuidado de la salud fue de 28.1 años, y el empleo promedio en sus instalaciones actuales promedio 12.4 años *La mayoría (73.6%) de los encuestados informaron que su organización tenía un programa para brindar apoyo emocional a los trabajadores de la salud después de los eventos adversos "el 7.3% indicó que aunque su institución actualmente carecía de un programa de apoyo a proveedores, planearon iniciar uno el próximo año. *El cuestionario fue redactado con base a información de entrevistas semiestructuradas con cinco expertos en los campos de la seguridad del paciente, la gestión del riesgo y el impacto emocional de la participación en eventos adversos. *Se preguntó a los participantes si su organización de salud tenía un programa de apoyo para trabajadores de la salud involucrados en eventos adversos, o si se planificó uno * se les pidió que describieran la financiación, el liderazgo, la organización y la protección legal del programa, así como su percepción de la eficacia del programa para identificar y apoyar a los trabajadores de la salud. * Las opciones de respuesta se dicotomizaron como "eficaces" cuando los encuestados informaron que sus programas eran "Muy ineficaces" o "Algo ineficaces" o "Eficaces" cuando se informaron como "Algo efectivos" o "Muy efectivos".	* "Las encuestas fueron completadas por 635 de los 5272 miembros ASHRM elegibles, para una tasa de respuesta global del 12.0%. Se excluyeron 60 encuestados que representaban instalaciones con más de una respuesta, dejando una muestra analítica de 575 individuos de instalaciones únicas (10.9%). * Los encuestados poseían considerable experiencia institucional y personal; el tiempo promedio dedicado al cuidado de la salud fue de 28.1 años, y el empleo promedio en sus instalaciones actuales promedio 12.4 años *La mayoría (73.6%) de los encuestados informaron que su organización tenía un programa para brindar apoyo emocional a los trabajadores de la salud después de los eventos adversos "el 7.3% indicó que aunque su institución actualmente carecía de un programa de apoyo a proveedores, planearon iniciar uno el próximo año. *El cuestionario fue redactado con base a información de entrevistas semiestructuradas con cinco expertos en los campos de la seguridad del paciente, la gestión del riesgo y el impacto emocional de la participación en eventos adversos. *Se preguntó a los participantes si su organización de salud tenía un programa de apoyo para trabajadores de la salud involucrados en eventos adversos, o si se planificó uno * se les pidió que describieran la financiación, el liderazgo, la organización y la protección legal del programa, así como su percepción de la eficacia del programa para identificar y apoyar a los trabajadores de la salud. * Las opciones de respuesta se dicotomizaron como "eficaces" cuando los encuestados informaron que sus programas eran "Muy ineficaces" o "Algo ineficaces" o "Eficaces" cuando se informaron como "Algo efectivos" o "Muy efectivos".	*A pesar de estas limitaciones, este es el primer y más grande estudio de este tipo. *La novedosa información presentada es valiosa para los gestores de riesgos y ASHRM porque resalta la necesidad continua de acción tanto a nivel local como nacional para avanzar la atención de los cuidadores involucrados en eventos adversos. *Nuestros resultados demuestran la necesidad de que los líderes de la salud examinen cuidadosamente la estructura y el rendimiento de sus sistemas de soporte de proveedores.	19. White, A. A., Brock, D., McCotter, P. I., Hofeldt, R., Edrees, H. H., Wu, A. W., Gallagher, T. H. Risk Managers' Descriptions of Programs to Support Second Victims after Adverse Events. <i>Journal of Healthcare Risk Management: The Journal of the American Society for Healthcare Risk Management</i> . 2015. 34(4), 30-40.		
Female residents experiencing medical errors in general internist medicine: a qualitative study.	Mankata CO, Waeber G, Gachoud D.	medical education.	2014	estudio cualitativo	el objetivo fue responder 2 preguntas de investigación 1) ¿Cómo las mujeres residentes experimentan errores médicos? 2) ¿Qué mecanismos de afrontamiento utilizan las mujeres residentes?	medicos residentes	57 mujeres residentes de medicina interna general de un hospital universitario suizo Finalmente participaron 8 mujeres entre 28 y 33 años	Se desarrolló un cuestionario para llevar a cabo las entrevistas, que de este modo fueron semiestructuradas. Implicó un conjunto de preguntas abiertas y predefinidas.	* Debido a que el interés era recopilar datos en profundidad y las experiencias individuales fueron el enfoque de este estudio, se eligió un enfoque cualitativo llamado fenomenología, donde el investigador explora la experiencia de los participantes, ya que ambos vivieron y dieron sentido a dicha experiencia *casos típicos de residentes mujeres que habían experimentado un error médico y estaban dispuestas a compartir su historia * Debido a que la experiencia profesional del entrevistador fue menos avanzada que la de los entrevistados, prevaleció un clima sin prejuicios durante las entrevistas, lo que favoreció una discusión abierta sobre los errores médicos. *el análisis fue principalmente inductivo, un componente deductivo aún jugó un papel en el proceso ya que nuestro cuestionario le dio una estructura general a la entrevista y definió los dominios a explorar	error de diagnóstico, tratamiento retrasado, error de medicamentos	fatiga	culpaabilidad, pérdida de confianza, ira, angustia	sufrimiento, llanto	sobre carga de trabajo	Hablar sobre el error medico				20.Mankata, C. O., Waeber, G., & Gachoud, D. Female residents experiencing medical errors in general internist medicine: a qualitative study. <i>BMC medical education</i> . 2014. 14(1), 140.				

Título	Autores	Revista	Año publicación	Tipo de estudio	Objetivo del estudio	Area o profesion involucrada	participantes	Instrumentos de medicion	Metodologia	prevalencias / Incidencias	tipo de eventos adversos	consecuencias del evento adverso en la segunda victima						Resultados	Conclusión	referencias
												físicas	sociales	emocionales	psicologicas	economicas	laborales			
Female residents experiencing medical errors in general internal medicine: a qualitative study.																				
Exploring behavioural determinants relating to health professional reporting of medication errors: a qualitative study using the Theoretical Domains Framework.	Alqubaisi M; Tonna A; Strath A; Stewart D.	European journal of clinical pharmacology	2016	estudio cualitativo comprende entrevistas semiestructuradas	describir y comprender los determinantes del comportamiento de los profesionales de la salud que informan sobre errores de medicación en los Emiratos Árabes Unidos	Enfermeras Farmaceuticos Medicos	29 profesionales		* Se realizaron entrevistas semiestructuradas en tres hospitales medicos/ quirurgicos * Los profesionales de la salud se tomaron muestras intencionalmente en estratos de profesión y años de experiencia. * El cronograma de entrevistas semiestructuradas se centró en los determinantes del comportamiento en torno a los informes de errores de medicamentos, facilitadores, barreras y experiencias. * El Marco de Dominios Teóricos (TDF, un marco de teorías de cambio de comportamiento) se utilizó como marco de codificación.		error de medicación		Miedo Preocupación		Impacto en la reputación profesional progresión profesional	La seguridad del paciente y las metas e intenciones de mejora organizacional eran determinantes del comportamiento que facilitaban la presentación de informes Sin embargo hubo determinantes clave que impidieron la presentación de informes. Estos incluyeron las creencias de las consecuencias de informar	Estos determinantes clave del comportamiento que impactan negativamente en los informes de errores pueden facilitar el desarrollo de una intervención, centrándose en la seguridad de la organización y la cultura de presentación de informes, para mejorar la efectividad y eficiencia de los informes.	21 Alqubaisi, M., Tonna, A., Strath, A., & Stewart, D. Exploring behavioural determinants relating to health professional reporting of medication errors: a qualitative study using the Theoretical Domains Framework. European journal of clinical pharmacology. 2016. 72(7), 887-895.		
Error in Intensive Care: Psychological Repercussions and Defense Mechanisms Among Health Professionals	Laurent, Alexandra PhD; Aubert, Laurence MSc; Chahraoui, Khadija PhD; Bloy, Antoine PhD; Mariage, Andre PhD; Quenot, Jean-Pierre MD, PhD; Capellier, Gilles MD, PhD	Crit. Care Med.	2014	estudio cualitativo con entrevistas clinicas	*Identificar las repercusiones psicológicas de un error en profesionales de cuidados intensivos y comprender su evolución. * Identificar los mecanismos de defensa psicológicos utilizados por los profesionales para hacer frente al error	Enfermeras Medicos	40 participantes: -18 hombres - 22 mujeres -20 médicos -20 enfermeras	entrevistas semiestructuradas sonre la experiencia de error en la UCI	Se realizaron 40 entrevistas semiestructuradas Estas fueron transcritas y analizadas temáticamente por 3 expertos Se realiza entrevista un mes posterior al error y luego se reevaluó el sentimiento de los profesionales frente a la experiencia de error a largo plazo			Culpa (53.8%) Vergüenza (42.5%) Ansiedad Miedo por el paciente		Pérdida de confianza Cuestionamiento a nivel profesional Enojo hacia el equipo	Mecanismo de defensa implementado por el profesional: Verbalización (70%) Desarrollo de habilidades y conocimiento (43%)	Es importante tener en cuenta la experiencia psicológica de error y los mecanismos de defensa desarrollados después de un error, ya que parecen determinar la capacidad del profesional para reconocer y divulgar su error y aprender de él.	22. Laurent, A., Aubert, L., Chahraoui, K., Bloy, A., Mariage, A., Quenot, JP, y Capellier, G. Error en cuidados intensivos: repercusiones psicológicas y mecanismos de defensa entre profesionales de la salud. Medicina de cuidados críticos. 2014. 42 (11), 2370-2378.			

Titulo	Autores	Revista	Año publicación	Tipo de estudio	Objetivo del estudio	Área o profesión involucrada	participantes	Instrumentos de medicion	Metodología	consecuencias del evento adverso en la segunda víctima						Resultados	Conclusión	referencias
										prevalencias / incidencias	tipo de eventos adversos	físicas	sociales	emocionales	psicológicas			
<b>Qualitative Study About the Experiences of Colleagues of Health Professionals Involved in an Adverse Event.</b>	Ferris, L., Silvestro, C., Olivera, G., & Mira, J. J.	Journal of patient safety.	2016	Estudio cualitativo	Identificar qué ocurre entre los proveedores de atención médica después de un evento adverso y qué podrían hacer los colegas para ayudarlos.	Médicos y enfermeras	15 médicos; 9 médicos generales, 3 cirujanos, 2 intensivistas y 1 médico de emergencias; 5 trabajaban en atención primaria y 7 en hospitales Con experiencia entre 8 y 30 años	sesiones grupales de 1 día con proveedores de servicios de salud y profesionales de la salud	Rechazo y señalamiento por parte de los colegas Miedo y soledad Pensamientos repetitivos	En total, 27 profesionales. Las ideas de los sujetos y la discusión resultante fueron agrupadas en 5 categorías: 1. Reacciones iniciales posteriores al evento adverso Los primeros momentos después de un AE son de sorpresa y confusión, al igual que las actitudes y conductas de rechazo resultan hacia el profesional al que se le atribuye el error. 2. Qué se puede y se debe hacer para ayudar a las segundas víctimas Hubo consenso en que las segundas víctimas necesitan ser escuchadas, las necesidades de apoyo emocional de los colegas y la administración, los ejemplos de las situaciones se describieron representando lo contrario. Se aconsejó apoyar a las segundas víctimas como la primera víctima. Las segundas víctimas requieren apoyo moral mediante la adopción de una actitud empática hacia ellas y la oferta de apoyo. 3. Sentimientos y emociones Las segundas víctimas deben recibir apoyo de un mediador o de alguien externo si lo necesitan, y se demostró la importancia de continuar con cualquier tipo de apoyo. 4. Análisis de incidentes Cuando se analiza lo que ocurrió, la privacidad de la información en cuestión debe garantizarse a la segunda víctima. El profesional debe saber que la actitud por la cual lo que ocurrió está siendo investigado no es punitiva. Debe estar claro en todo momento lo que se pretende con el análisis de incidentes es detectar fallas del sistema para evitar situaciones similares en el futuro. 5. Canales organizacionales a través de los cuales la información acerca de los flujos AE Se identificaron canales formales e informales. Los canales formales incluyeron publicaciones internas (enumerando las mejoras implementadas después de un AE, sesiones grupales con la comisión de seguridad, reuniones de trabajo de los profesionales. En cuanto a los canales informales, el boca a boca suele ser una fuente de rumores	En total, 27 profesionales. Las ideas de los sujetos y la discusión resultante fueron agrupadas en 5 categorías: 1. Reacciones iniciales posteriores al evento adverso Los primeros momentos después de un AE son de sorpresa y confusión, al igual que las actitudes y conductas de rechazo resultan hacia el profesional al que se le atribuye el error. 2. Qué se puede y se debe hacer para ayudar a las segundas víctimas Hubo consenso en que las segundas víctimas necesitan ser escuchadas, las necesidades de apoyo emocional de los colegas y la administración, los ejemplos de las situaciones se describieron representando lo contrario. Se aconsejó apoyar a las segundas víctimas como la primera víctima. Las segundas víctimas requieren apoyo moral mediante la adopción de una actitud empática hacia ellas y la oferta de apoyo. 3. Sentimientos y emociones Las segundas víctimas deben recibir apoyo de un mediador o de alguien externo si lo necesitan, y se demostró la importancia de continuar con cualquier tipo de apoyo. 4. Análisis de incidentes Cuando se analiza lo que ocurrió, la privacidad de la información en cuestión debe garantizarse a la segunda víctima. El profesional debe saber que la actitud por la cual lo que ocurrió está siendo investigado no es punitiva. Debe estar claro en todo momento lo que se pretende con el análisis de incidentes es detectar fallas del sistema para evitar situaciones similares en el futuro. 5. Canales organizacionales a través de los cuales la información acerca de los flujos AE Se identificaron canales formales e informales. Los canales formales incluyeron publicaciones internas (enumerando las mejoras implementadas después de un AE, sesiones grupales con la comisión de seguridad, reuniones de trabajo de los profesionales. En cuanto a los canales informales, el boca a boca suele ser una fuente de rumores	"El miedo, la culpa y los pensamientos recurrentes son los más comunes reacciones emocionales entre las segundas víctimas. "Este trabajo destaca que los colegas de las segundas víctimas suelen reaccionar con sorpresa y evasividad y rechazo de la participación. "Estas no contribuyen para evitar las reacciones emocionales negativas de las segundas víctimas. "Este estudio también ha sugerido que no hay planes organizados y protocolos sobre qué hacer para ayudar a los proveedores de servicios de salud después de un evento adverso. "La posibilidad de aprender de los incidentes con frecuencia se ve obstaculizada por los canales informales de información que son comunes en los entornos de atención de la salud. Debido a que las segundas víctimas necesitan ventilar las emociones hablando con un colega, estos hallazgos describen algunos problemas que las organizaciones de atención médica deben abordar para ayudar a las segundas víctimas.	23. Ferris, L., Silvestro, C., Olivera, G., & Mira, J. J. Qualitative Study About the Experiences of Colleagues of Health Professionals Involved in an Adverse Event. 2016.					
<b>Effects of adverse events in acute care nurses in an Australian context: A qualitative study</b>	Kable, A., Kelly, B., & Adams, J.	Nursing & health sciences.	2018	Estudio cualitativo, descriptivo	El objetivo del presente estudio fue comprender los efectos de los eventos adversos en las enfermeras en entornos de atención de salud en un contexto australiano	Enfermeras	10 enfermeras: 5 trabajaban en el servicio de urgencias, 3 trabajaban en áreas de salud mental aguda, 1 en la unidad de cuidados intensivos y 1 en un servicio de iclus / neurología. 8 eran mujeres. Los participantes tenían una variedad de 3-33 años de experiencia trabajando en estas especialidades clínicas, y 5-35 años de experiencia como enfermeras clínicas.	Entrevista semiestructurada	Aislamiento Traumas emocionales profundos	Se describe los efectos en las enfermeras después del evento adverso en términos de sus preocupaciones por el paciente y su familia, las preocupaciones por sus colegas y los efectos en ellos personalmente y en su práctica clínica. Las enfermeras indicaron repetidamente que estaban profundamente preocupadas por los pacientes y las familias afectadas por los resultados de los eventos adversos que experimentaron, y por sus colegas que estuvieron involucrados. Algunas de estas preocupaciones continuaron después del evento y contribuyeron al impacto psicológico continuo para las enfermeras. Algunos participantes se sintieron afectados en gran medida por el evento adverso, pero luego describieron varios sentimientos y efectos psicológicos después de que ocurriera el evento. Además, varios describieron cambios en su práctica clínica como resultado de estar involucrados en estos eventos. Tres sistemas se describen a continuación en detalle para ilustrar los efectos en las enfermeras como parte de su experiencia de estar involucrado en un evento adverso: preocupación por los pacientes, las familias y los colegas; sentimientos y efectos personales; y efecto en clínica práctica.	"Los eventos tuvieron efectos significativos en la vida profesional y personal de las enfermeras, y en muchos casos, durante un período prolongado. Estos efectos incluyeron traumas emocionales profundos, pérdida de confianza y aislamiento en el entorno de atención aguda donde no siempre se proporcionó información y apoyo adecuados. "Hay margen para mejorar la respuesta de la organización a las enfermeras que son segundas víctimas y abordar sus necesidades tras la ocurrencia de eventos adversos. "Una respuesta de este tipo podría ayudar a las enfermeras a hacer frente de manera más efectiva, regresar a las tareas clínicas con un mejor apoyo y confianza en sí mismas, y contribuir a las estrategias preventivas para los eventos adversos.	24. Kable, A., Kelly, B., & Adams, J. Effects of adverse events in health care on acute care nurses in an Australian context: A qualitative study. Nursing & Health Sciences. 2018.						
<b>Experiences of Singapore nurses as second victims: A qualitative study</b>	Chan, S. T., Khong, B. P. C., Pei Lin Tan, L., Ho, H. G., & Wang, W.	ursing & health science	2017	Estudio cualitativo y descriptivo	Este estudio fue diseñado para comprender las percepciones de las enfermeras que fueron segundas víctimas sobre sus respuestas psicológicas, estrategias de afrontamiento y necesidades de apoyo después de un AE en un entorno de atención sanitaria singapurense.	Enfermeras	Una muestra de 8 participantes fue reclutada en un hospital público de cuidados agudos en Singapur: 2 hombres, 6 mujeres, la edad estaba entre 22-47 años, y con experiencia entre 9 meses y 16 años	entrevistas individuales cara a cara	Dificultades para dormir Discriminación de los colegas Depresión, miedo y preocupación por repetir el error pensamientos recurrentes	Del análisis temático, surgieron siete temas: 1. Respondiendo psicológicamente después del evento La participación en un AE tuvo un impacto en las segundas víctimas. Los participantes expresaron que tenían dificultades para dormir después de un EA, debido a pensamientos recurrentes sobre el incidente, al paciente y a la reevaluación de su competencia clínica. 2. Sentir el prejuicio de los demás Después del AE, las segundas víctimas se percibieron a sí mismas como víctimas de la discriminación social por parte de sus colegas inmediatos, y en ocasiones incluso se extendieron más allá del entorno de trabajo en el que se produjo el AE. 3. tener pensamientos intrusivos Pensamientos desagradables persistieron en las segundas víctimas. Estos pensamientos incluyen sentirse desanimado, inadecuado a repetir el error, preguntándose cómo podrían haber cometido un error así, y preocupándose por su futuro. 4. Obtener varias lecciones del evento La ocurrencia de EA sirvió como un punto de aprendizaje crucial en el que las segundas víctimas adquirieron sabiduría práctica a través de la experiencia de EA. Para aprender de sus errores, algunos participantes se autorreflexionaron sobre sus vidas personales. 5. Hacer frente a la recuperación después del evento La preferencia por fuentes personales de apoyo fue evidente, en la que los participantes declinaron los servicios de apoyo institucional ya que transmitieron incomodidad al ser apoyados por desconocidos. 6. Asumir la responsabilidad de los errores cometidos Los participantes que anticiparon la posibilidad de perder sus trabajos o ser disciplinados se mantuvieron objetivos y aceptaron las repercusiones. Esto muestra el sentido de responsabilidad de los participantes hacia el AE. 7. Encontrar identidad propia La búsqueda de autoidentidad surgió cuando la participación de las enfermeras en el AE amenazaba su sentido de sí mismas. Cuatro temas principales surgieron: 1. La paradoja de la victimización por error: Al igual que los pacientes y las familias, los profesionales que cometieron errores se sintieron victimizados. Esta victimización fue evidenciada por informes de miedo y sentimientos de incertidumbre. 2. La primacía de la responsabilidad y la atención plena: La auto culpa, asumir la responsabilidad y la atención plena penetrante entre los participantes. 3. Anhelo de perdón y otro de apoyo: Aunque muchos participantes recordaron que los supervisores y las organizaciones, según los informes, tienen un enfoque de "cultura justa" para abordar los errores médicos, también experimentaron entornos en los que el perdón y la tranquilidad no se dieron fácilmente. 4. Hacer frente a una nueva realidad depende del contexto: El error médico fue un catalizador para el cambio personal y profesional entre los participantes. Hacer frente a la experiencia de haber cometido un error fue de naturaleza constructiva y atípica. "La mayoría (87%) de los 38 hospitales eran urbanos. El 45% eran hospitales de enseñanza, y 42% fueron categorizados como pequeños (menos de 200-299 camas), 34% como medianos (200-299 camas) y 24 como grandes (más de 300 camas). "Las recomendaciones para acceder al EAP solían provenir de líderes, gerentes de unidad / clínicos y gerentes de seguridad o riesgo del paciente. "En algunas organizaciones, el EAP incluía un equipo de asesores y trabajadores sociales con licencia. En otra organización, un solo empleado formaba parte del programa "Otros hospitales desarrollaron un programa de apoyo estructurado adicional porque su EAP no satisfacía las necesidades inmediatas del personal. "Algunos participantes mencionaron que sus servicios de EAP no se anunciaban o se mencionaban muy poco, lo que resultaba en bajas tasas de uso. La mayoría de los EAP se ofrecieron como un recurso interno para el personal en el sitio. "Los participantes mencionaron que estaban constantemente expuestos a eventos trágicos, por lo que se sintieron como segundas víctimas y también se beneficiarían del apoyo. "Los participantes indicaron que apoyar a los cuidadores, tener a alguien con quien hablar, tener tiempo para reflexionar sobre el incidente y contar con el apoyo de líderes o supervisores de alto rango son mecanismos que los ayudarían a sobrellevar después de facilitar un RCA o manejar un evento adverso desde un rol administrativo. "Algunos de los participantes destacaron la importancia de ofrecer servicios confidenciales en un entorno no punitivo, de fácil acceso y constante apoyo entre pares. Otros mencionaron la importancia de contar con un equipo multidisciplinario de proveedores de atención médica que tengan experiencia en el apoyo a segundas víctimas o que hayan experimentado eventos trágicos en el entorno clínico. "27 (71%) de los 38 hospitales no ofrecieron o no sabían si ofrecían un programa. 6 (16%) tenían un programa y 5 hospitales adicionales (13%) desarrollaban uno. "Nuestros resultados sugieren que el personal agradecería un programa de apoyo organizacional que ofrezca apoyo de diversas maneras, ya sea asesoramiento individual, apoyo grupal o apoyo dirigido por personas externas al hospital en el que trabajan. Además, los líderes de seguridad del paciente expresaron que se sentían como segundas víctimas ya que estaban apoyando al personal que estuvo directamente involucrado en el evento. " Los participantes describieron varias características y servicios deseables de un segundo programa ideal de apoyo a la segunda organización, incluyendo el apoyo brindado por pares, la confidencialidad, la puntualidad de los servicios, el acceso al programa y la disponibilidad de informes con el personal después de la ocurrencia de un evento adverso.	"Grupos de apoyo entre pares "Educación para la atención en salud -> que capacite a los proveedores de atención en salud con habilidades de afrontamiento "Educación para la atención en salud -> que capacite a los proveedores de atención en salud con habilidades de afrontamiento	El apoyo efectivo a la segunda víctima es imprescindible para acelerar su recuperación de un AE. Por lo tanto, es necesario establecer estructuras adecuadas de apoyo organizacional para satisfacer las necesidades de las segundas víctimas, como por ejemplo mediante la implementación de un programa integral de apoyo a la segunda víctima. Las segundas víctimas deben ser alentadas a entablar conversaciones significativas con varias personas después de un AE para obtener apoyo. Los grupos de apoyo entre pares, según lo sugerido por los participantes, deberían organizarse dentro de las instituciones de atención de la salud como una salida para la liberación emocional y para lograr la autoeficacia. Para mejorar la recuperación de la segunda víctima, la educación para la atención de la salud debe reconocer los problemas de seguridad del paciente generalizados y, en consecuencia, capacitar a los proveedores de atención de la salud con habilidades efectivas de afrontamiento.	25. Chan, S. T., Khong, B. P. C., Pei Lin Tan, L., Ho, H. G., & Wang, W. Experiences of Singapore nurses as second victims: A qualitative study. Nursing & Health Sciences. 2017.					
<b>Exploring the experience of nurse practitioners who have committed medical errors: A phenomenological approach</b>	Delacroix, R.	Journal of the American Association of Nurse Practitioners.	2017	Observacional, interpretativo	el propósito del estudio es discernir los comportamientos, las percepciones y los mecanismos de afrontamiento de las enfermeras practicante en respuesta a haber cometido un error médico.	Enfermeras	10 Enfermeras practicante, de las cuales el 90% eran mujeres. En promedio, los participantes tenían 25 años de experiencia en enfermería, incluidos 12 años en el nivel de práctica avanzada. Los 10 participantes informaron haber cometido errores médicos mientras practicaban como NP.	Entrevistas semiestructuradas cara a cara	Miedo, incertidumbre, autoculpa	Se realizó el análisis según el concepto de fenomenología, el cual busca descubrir las percepciones, las comprensiones y las perspectivas de un fenómeno de los participantes, en este caso la experiencia tras la participación en un EA	la realización de un error médico afectó negativamente el bienestar de los participantes y muchas veces dejó cicatrices psicológicas de larga duración. En general, esta evidencia respalda la noción de que los errores médicos resultan en daños psicológicos tanto para los pacientes como para los cuidadores	26. Delacroix, R. Exploring the experience of nurse practitioners who have committed medical errors: A phenomenological approach. Journal of the American Association of Nurse Practitioners. 2017, 403-409.						
<b>Do Hospitals Support Second Victims? Collective Insights From Patient Safety Leaders in Maryland</b>	Edrees, H. H., Morlock, L., & Wu, A. W.	Joint Commission journal on quality and patient safety.	2017	estudio cualitativo	El objetivo de este estudio fue describir en qué medida los representantes de seguridad del paciente perciben el apoyo organizacional a la segunda víctima como desafiante en los hospitales de Maryland y para identificar y describir los programas existentes de apoyo a la segunda víctima.	Enfermeras	43 participantes: 30 mujeres, 4 hombres que representaban a 38 de los 46 hospitales de cuidado agudo de Maryland		"La población era el universo de hospitales de cuidados agudos en Maryland (N = 46), que están regulados por la Oficina de Calidad de Atención Médica (CHCO) del Departamento de Salud y Higiene Mental "Estas personas fueron invitadas por teléfono o correo electrónico para participar en el estudio. "Las principales variables de interés fueron la presencia de un EAP, servicios de apoyo organizativo para los empleados involucrados en eventos adversos, y apoyo organizacional para otros involucrados de manera menos directa en los incidentes; percepciones sobre características y servicios beneficiosos de un programa ideal de apoyo a las segundas víctimas; y apoyo organizacional para otros involucrados de manera menos directa en los incidentes; percepciones sobre características y servicios beneficiosos de un programa ideal de apoyo a las segundas víctimas. "Algunas de las preguntas fueron extraídas de una encuesta existente sobre si los hospitales respaldan al personal después de los eventos adversos y las características de los programas de apoyo existentes "Entre diciembre de 2013 y febrero de 2014, uno de los autores realizó entrevistas semiestructuradas en profundidad por teléfono. Se desarrolló una guía de entrevistas para recopilar información sobre las características de los participantes y las actitudes y percepciones acerca de los programas de apoyo ideales y existentes.	"La mayoría (81%) tenían títulos de enfermería, seguidos por el 58% que tenían maestrías. Casi la mitad (49%) ocuparon puestos como gerentes, aproximadamente una cuarta parte (23%) fueron directores, el 16% eran funcionarios y el 12% eran ejecutivos.	"Se enviaron invitaciones por correo electrónico para la participación de grupos focales a 50 médicos de planta y residentes médicos que utilizan la asistencia médica de adversidad de RM entre 2001 y 2012. Recopilación de datos Se recopilaron datos cualitativos durante 6 grupos focales separados durante un período de 6 meses. "Al comienzo de cada sesión, los participantes completaron un formulario de datos demográficos y firmaron un consentimiento informado. "Se pidieron ocho preguntas para recopilar información sobre la experiencia individual y general de la adversidad de la atención médica "Los datos narrativos fueron transcritos textualmente y los nombres individuales fueron reemplazados por nombres ficticios.	"Aunque la mayoría de los hospitales tienen un programa de asistencia a los empleados, es evidente que al menos en el estado, existe una necesidad insatisfecha de programas de apoyo a los trabajadores de la salud que experimentan eventos estresantes relacionados con el paciente. "Se debe prestar atención para establecer y fortalecer sistemas de apoyo para los trabajadores de la salud en entornos hospitalarios, como lo han hecho algunas organizaciones. Para optimizar estos servicios, se necesita investigación sobre las percepciones de las segundas víctimas sobre la adecuación del apoyo organizacional después de la ocurrencia de eventos adversos. "Todo esto podría ayudar a mejorar la forma en que las organizaciones apoyan a los trabajadores de la salud para que puedan prosperar y brindar una atención segura y de alta calidad.	27. Edrees, H. H., Morlock, L., & Wu, A. W. Do Hospitals Support Second Victims? Collective Insights From Patient Safety Leaders in Maryland. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2017, 439, 471-483.					
<b>Impact of health care adversity on providers: Lessons learned from a staff support program</b>	Trent, M., Waldo, K., White-Jarnek, H., Williams, D., Hengeford, W., & Havens, L.	Journal of healthcare risk management.	2016	Estudio cualitativo	Los objetivos de este estudio cualitativo fueron evaluar las experiencias traumáticas de los proveedores de atención médica en situaciones de segunda víctima y adversidad de atención médica, el impacto de esas experiencias en la vida de los proveedores, los componentes del modelo de asistencia que fueron útiles y las opciones de asistencia adicionales que ser beneficioso para incluir.	Médicos y residentes	50 médicos de planta y residentes médicos, donde finalmente participaron 20 personas, donde 12 eran mujeres y 8 eran hombres		frustración, culpa, miedo recorder el suceso cuestionar las habilidades	"Se realizaron un total de 6 grupos focales con un total de 20 participantes durante un período de 6 meses "La muestra incluyó 12 (60%) mujeres y 8 (40%) hombres; y el 95% (N = 19) de los participantes habían estado en atención médica durante más de 10 años. "El análisis del contenido de los datos narrativos identificó un total de 4 temas principales y 18 subtemas: Tema 1: Experiencia traumática: Los proveedores informan que las experiencias traumáticas de la adversidad de la segunda víctima / atención médica tuvieron un impacto y resultados significativos y multifacéticos en sus vidas. Tema 2: Diseño del sistema de soporte importante, para el impacto: Los sistemas de cuidado de la salud pueden ayudar mejor a los proveedores que han sido afectados por la segunda víctima / adversidad de la atención médica que es fundamental para la creación de programas de apoyo. Los proveedores informaron que el apoyo de un compañero fue importante para el impacto. Tema 3: Características del evento traumático: Lo que precedió a la sensación de impotencia que los proveedores sienten frente a los eventos traumáticos. Los proveedores informaron diversas características de la experiencia traumática de la segunda víctima / adversidad de la atención médica. Tema 4: Importancia de la comunicación: Los participantes del grupo de enfoque informaron que la comunicación es un componente significativo en la experiencia traumática de la segunda víctima	"Se realizaron un total de 6 grupos focales con un total de 20 participantes durante un período de 6 meses "La muestra incluyó 12 (60%) mujeres y 8 (40%) hombres; y el 95% (N = 19) de los participantes habían estado en atención médica durante más de 10 años. "El análisis del contenido de los datos narrativos identificó un total de 4 temas principales y 18 subtemas: Tema 1: Experiencia traumática: Los proveedores informan que las experiencias traumáticas de la adversidad de la segunda víctima / atención médica tuvieron un impacto y resultados significativos y multifacéticos en sus vidas. Tema 2: Diseño del sistema de soporte importante, para el impacto: Los sistemas de cuidado de la salud pueden ayudar mejor a los proveedores que han sido afectados por la segunda víctima / adversidad de la atención médica que es fundamental para la creación de programas de apoyo. Los proveedores informaron que el apoyo de un compañero fue importante para el impacto. Tema 3: Características del evento traumático: Lo que precedió a la sensación de impotencia que los proveedores sienten frente a los eventos traumáticos. Los proveedores informaron diversas características de la experiencia traumática de la segunda víctima / adversidad de la atención médica. Tema 4: Importancia de la comunicación: Los participantes del grupo de enfoque informaron que la comunicación es un componente significativo en la experiencia traumática de la segunda víctima	"El apoyo constante entre pares proporciona un medio confidencial para procesar verbalmente el evento y sus efectos, y de este modo se vuelve a medir la resiliencia inherente de los proveedores "Los resultados de este estudio son importantes ya que otros sistemas de atención médica continúan mejorando las iniciativas de seguridad del paciente, evalúan la necesidad de programas de apoyo del personal, consideran sus opciones para desarrollar programas y examinan opciones para la expansión del programa para incluir apoyo emocional para proveedores durante reclamos, litigios y procesos de quejas de la junta. " Los equipos de gestión de riesgos deberían considerar los beneficios de crear componentes de programas de apoyo para el personal y crear las mejores prácticas para los proveedores afectados por la segunda víctima	28. Trent, M., Waldo, K., White-Jarnek, H., Williams, D., Hengeford, W., & Havens, L. Impact of health care adversity on providers: Lessons learned from a staff support program. Journal of healthcare risk management. 2016, 36(2), 27-34.					

