



Modelaje de caídas de pacientes adultos y las repercusiones en la Enfermería como segunda víctima*

Deise Vacario de Quadros¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6442-2649>

Ana Maria Müller de Magalhães²

 <https://orcid.org/0000-0003-0691-7306>


Priscila Wachs³

 <https://orcid.org/0000-0001-6580-8826>

Isis Marques Severo¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9288-0708>

Juliana Petri Tavares²

 <https://orcid.org/0000-0003-4121-645X>

Daiane Dal Pai²

 <https://orcid.org/0000-0002-6761-0415>

Destacados: (1) La ausencia del acompañante representa una variabilidad para la ocurrencia de la caída. (2) La prevención de las caídas contempla al paciente, la familia y al equipo multiprofesional. (3) Los profesionales de Enfermería involucrados en las caídas son las segundas víctimas. (4) Miedo, culpa, angustia e impotencia son sentimientos experimentados por la segunda víctima. (5) El modelaje del proceso es una estrategia eficaz en la planificación de la prevención de la caída.

Objetivo: analizar las caídas de pacientes adultos hospitalizados y sus repercusiones en el trabajador de Enfermería como segunda víctima.

Método: estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo realizado en dos etapas – Identificación de las caídas con daño moderado a grave y el modelaje de las caídas utilizando el *software Functional Resonance Analysis Method* y Análisis de las repercusiones en el trabajador como segunda víctima por medio de entrevistas semiestructuradas posteriormente sometidas al Análisis de Contenido, en 21 trabajadores de Enfermería. **Resultados:** fueron identificadas 447 caídas de pacientes adultos, siendo 12 con daño moderado a grave, ocurridas en la ausencia del acompañante, al usar medicamentos inductores de sueño, hipotensores y/o los que alteran la fuerza muscular. El modelaje identificó 22 funciones relacionadas al Procedimiento Operacional Estándar, es decir el protocolo de prevención de caídas y las acciones seguidas después del evento. Entre estas, ocho presentaron variabilidad en su ejecución. En la segunda etapa, surgieron las categorías “La complejidad de los cuidados para prevenir las caídas” y “Sentimientos de la segunda víctima”. **Conclusión:** las caídas son fenómenos complejos y la prevención exige la participación del paciente, familia y equipo multiprofesional. Los profesionales involucrados son segundas víctimas y experimentan sentimientos de culpa, miedo, angustia e impotencia. Este estudio puede contribuir con la multiprofesionalidad y el abordaje precoz a las segundas víctimas.

Descriptor: Enfermería; Accidentes por Caídas; Evento Adverso; Salud Laboral; Flujo de Trabajo; Seguridad del Paciente.

* Artículo parte de la disertación de maestría “Modelagem de processo em quedas de pacientes adultos hospitalizados e a perspectiva do trabalhador de Enfermagem como segunda vítima”, presentada en la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.





¹ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Cómo citar este artículo

Quadros DV, Magalhães AMM, Wachs P, Severo IM, Tavares JP, Dal Pai D. Modeling of adult patient falls and the repercussions to Nursing as a second victim. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:e3618.

[Access   ]; Available in:  . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5830.3618>

month day year

URL

Introducción

La identificación del aumento del número de Eventos Adversos (EA), presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), propició un esfuerzo internacional que observó que en la seguridad del paciente estaba el gran desafío para mejorar la calidad de los servicios y de su administración; así, propuso metodologías para reducir riesgos y ofrecer un cuidado con calidad⁽¹⁾. Entre los eventos que comprometen la seguridad del paciente están las caídas, estas representan hasta 70% de las lesiones asociadas y aumentan el tiempo de internación, repercutiendo en 10% de las muertes⁽²⁾.

La implantación de protocolos y la reformulación de los procesos de trabajo para tratar y prevenir caídas son un desafío dentro de hospitales (ambientes dinámicos) considerados Sistemas Sociotécnicos Complejos (SSC)⁽³⁾. En contextos como estos, la Ingeniería de Resiliencia busca mejoras que puedan implicar en el resultado final y utiliza el modelaje del proceso para enfatizar la seguridad y comprender el trabajo prescrito (determinado previamente - secuencia de acciones descritas en protocolos) y el trabajo real (acciones efectivamente realizadas, con interacciones entre las personas y con el ambiente)⁽⁴⁻⁶⁾.

El *Functional Resonance Analysis Method* (FRAM) fue propuesto bajo la perspectiva de la Ingeniería de Resiliencia y es utilizado para el modelaje de SSC⁽⁴⁻⁶⁾. El FRAM presenta visualmente sus funciones y la interacción entre las mismas, así evidenciando la complejidad con los diferentes elementos que interactúan de forma no lineal^(4,6). El FRAM considera como función lo que necesita ser realizado para alcanzar un determinado objetivo o proceso que se analiza. Cada función puede ser descrita considerando: *input* (lo que activa la función); *output* (el resultado de la función); tiempo (aspectos temporales para que la función sea ejecutada); control (supervisa o regula la función); precondition (condición necesaria para la ejecución de la función); y, recursos (necesarios o consumidos durante la función)⁽⁴⁾. El modelaje por medio del FRAM puede tener un perspectiva retrospectiva, obteniendo *insights* y reflexiones sobre eventos, ya ocurridos, como incidentes o accidentes o prospectivos, para identificar y administrar riesgos o entender el comportamiento del sistema⁽⁵⁾.

Además de conocer el perfil de las caídas, en lo que se refiere a su caracterización y a las comorbilidades de los pacientes⁽⁷⁻⁸⁾, es importante conocer los resultados en las ocurrencias con daño de moderado a grave⁽⁸⁾. La relevancia de ese evento es percibida por la amplitud de su relato hecho a la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, pudiendo repercutir en la imagen de la institución, con gran probabilidad de colocar la culpa en los trabajadores

que, por eso, pueden ser caracterizados como segundas víctimas en EA⁽⁹⁾.

A pesar de que un EA con resultado grave, inclusive de muerte, provoque sufrimiento al paciente y a sus familiares, ellos son las primeras víctimas de ese proceso, pero no las únicas. Los profesionales involucrados, directa o indirectamente, también sufren, siendo identificados como segundas víctimas potenciales, especialmente cuando no existe énfasis institucional en el bienestar y en el enfoque sistémico⁽¹⁰⁻¹²⁾. Sentimientos como miedo y culpa por el resultado del paciente hacen parte de los relatos de la segunda víctima⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Estudios internacionales^(12,14,16) ya indicaron las repercusiones de los EAs sobre las segundas víctimas; sin embargo, el contexto brasileño debe ser explorado en esta problemática. Este estudio tiene como base la relevancia de la caída en el contexto mundial de la seguridad del paciente, en el vacío de conocimientos sobre la perspectiva del trabajador delante de ese escenario, utilizando el modelaje de proceso, siendo estos dos últimos el diferencial de los estudios hasta este momento publicados. Este estudio tuvo por objetivo analizar las caídas de pacientes adultos hospitalizados y sus repercusiones en el trabajador de Enfermería como segunda víctima.

Método

Tipo de estudio

Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y de abordaje cualitativo, basado en el Análisis de Contenido. El estudio se realizó en dos etapas secuenciales con la finalidad de alcanzar el objetivo propuesto; su presentación siguió las directrices del *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

Primera etapa del estudio

Local

El estudio fue efectuado en un hospital general universitario, referencia en tratamientos de alta complejidad, con capacidad para 843 camas, en la región Sur de Brasil.

Periodo

La recolección de datos fue realizada en el periodo entre agosto y septiembre de 2019.

Población

Pacientes adultos, hospitalizados entre julio de 2018 y julio de 2019, que presentaron caídas (N= 447) en las unidades de internación adulto (N=242).

Crterios de seleccin

Pacientes adultos internados en unidades de internacin clnica y quirrgica que presentaron caídas dentro de la institucin y que tuvieron una clasificacin de dao comprendido como severo entre dos y cuatro (moderado hasta la muerte). En relacin a la clasificacin de la severidad del dao^(8,17-18), la institucin del estudio clasifica como: (cero) sin daos; (uno) dao leve, aquel que produce repercusin mnima o moderada, pero con duracin corta y que requiere pocas intervenciones; (dos) dao moderado, con necesidad mnima de intervencin, aumento del tiempo de internacin, dao o prdida de funcin durante un largo tiempo; (tres) dao grave, aquel que posee sntomas graves, con necesidad de intervencin para soporte de la vida o intervencin clnica/quirrgica de gran porte, prdida de funcin permanente o en el largo plazo y (cuatro) muerte.

Fueron considerados criterios de exclusin los pacientes con caídas sin daos o con daos leves (por considerar que esas son de menor repercusin para el trabajador).

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 12 caídas, las cuales representaban el total de caídas con dao moderado a grave, registradas entre julio de 2018 y julio de 2019.

Recoleccin de datos

La recoleccin de datos fue realizada en un banco de datos institucional, por medio del Sistema de Informaciones Administrativas (caídas notificadas en el sistema informatizado), Sistema de Administracin Estratgica y Operacional (POE-Procedimiento Operacional Estndar y Protocolo de Prevencin de Caídas en Adultos) y en las informaciones de las fichas mdicas.

Anlisis de los datos

Los datos fueron introducidos en el *Software* FRAM *Model Visualiser** y el anlisis se hizo en dos etapas: inicialmente en los datos referentes al proceso prescrito (POE y Protocolo de Prevencin de Caídas en Adultos) y, posteriormente en los datos referentes al trabajo real (informaciones administrativas y fichas mdicas relacionadas a las caídas). El *software* utilizado modeló (diseñó) cada proceso (prescrito y real) y el resultado fue presentado como una ilustracin grfica.

Segunda etapa del estudio

Periodo

La recoleccin de datos fue realizada en el periodo entre marzo y mayo de 2020.

Poblacin

La poblacin estuvo constituida por enfermeros y tcnicos de Enfermera que actuaban en unidades de internacin clnica y quirrgica, consistiendo en un total de 265 profesionales.

Crterios de seleccin

Fueron incluidos enfermeros y tcnicos de Enfermera asignados a una de las unidades de internacin, en la cual las caídas con severidad de dao de moderado a muerte ocurrieron (conforme resultados de la primera etapa del estudio). Fueron considerados criterios de exclusin: profesionales que actuaban hace menos de un ao en la institucin; profesionales en disfrute de vacaciones o licencias de cualquier naturaleza; y, trabajadores que tenan contrato de trabajo temporario en el periodo de la recoleccin de datos.

Muestra

La muestra fue obtenida por sorteo aleatorio simple. Fueron sorteados un enfermero y dos tcnicos de Enfermera para cada uno de los turnos en las unidades de internacin donde las caídas ocurrieron. Se establecieron 21 profesionales, siguiendo el criterio de saturacin de datos, siendo considerada la distribucin proporcional a las cinco unidades de internacin seleccionadas en la primera etapa del estudio y al nmero de profesionales de cada categora (enfermeros y tcnicos de Enfermera). Entre los sorteados, un profesional rechazó la invitacin y otro, por ocurrencias en la unidad, no pudo participar.

Recoleccin de datos

Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas, conducidas con un guin elaborado con base en el objetivo del estudio y en los resultados de la primera etapa. Las entrevistas ocurrieron durante el turno de trabajo del participante, con duracin media de 35 minutos, fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas.

El guin de la entrevista fue elaborado por las investigadoras con base en la literatura. En un primer momento, fue realizada la entrevista piloto con una

* *Functional Resonance Analysis Method (FRAM)*, *software* que posibilita operacionalizar el modelaje de la cada en cuatro etapas caractersticas del FRAM: (i) identificar y describir las principales funciones (y aspectos) del sistema; (ii) caracterizar la variabilidad potencial de cada funcin; (iii) agregar la variabilidad, considerndola de forma real en un dado escenario; (iv) proponer recomendaciones para monitoreo e influenciar la variabilidad⁽⁴⁾. La descripcin de esas variables y funciones permiti analizar los items que demostraron mayor variabilidad para la ocurrencia del evento, siendo esta considerada una instancia. Con el proceso modelado, es posible evidenciar la resonancia funcional por medio del acoplamiento entre las funciones.

profesional que no pertenecía a las unidades incluidas en el estudio, como forma de calibrar los datos y realizar adecuaciones en el guión de la entrevista. Las preguntas que orientaron las entrevistas fueron: ¿Cómo usted recibe informaciones acerca de las caídas que ocurren en su unidad? ¿En su apreciación, por que los pacientes caen? ¿Al considerar los resultados institucionales (presentados en el modelaje del FRAM en el proceso real de trabajo), que cree usted que podría haber sido hecho para optimizar la prevención de caídas? ¿Cuándo ocurre una caída con daño al paciente, usted cree que habrá repercusiones para los profesionales involucrados? ¿Hable sobre alguna caída experimentada por algún paciente que estaba bajo su responsabilidad o de algún compañero del sector? ¿Cuál fue la repercusión para el paciente y para el trabajador, así como el abordaje realizado con el profesional involucrado?

Las entrevistas fueron realizadas por la postulante al título de Maestría, que propuso el estudio, que es enfermera y posee experiencia en la conducción de entrevistas semiestructuradas y periódicamente participaba de reuniones con el equipo de investigación. Todas las entrevistas fueron realizadas presencialmente, en turno y horario indicados de preferencia por el participante. Las entrevistas ocurrieron dentro de la unidad de trabajo del profesional en local reservado.

A los profesionales que aceptaron participar de las entrevistas, se les suministró informaciones acerca de los datos institucionales y sobre la temática del estudio*.

Análisis de los datos

Fue utilizada la técnica de Análisis de Contenido conforme Bardin⁽¹⁹⁾, siguiendo la sistemática de las tres etapas: (i) preanálisis, (ii) exploración del material y (iii) tratamiento de los resultados, inferencia e interpretación. La primera etapa consistió en la organización del material, lectura fluctuante y lectura exhaustiva de las entrevistas que compusieron el *corpus* de la investigación. En la segunda etapa, fueron seleccionadas las unidades de codificación y se formaron las categorías por clasificación y agregación. En la tercera etapa, fueron hechas inferencias e interpretaciones con la finalidad de tornar los datos significativos y válidos.

Aspectos éticos

Esta investigación está en conformidad con la Resolución nº 466, de 2012, del Consejo Nacional de Salud. Se trata de un proyecto vinculado a una investigación previamente aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la institución en la cual el estudio fue realizado con el número 2.554.758.

Para utilizar las bases de datos del hospital, fue llenado el Término de Consentimiento para el Uso de Datos Institucionales; los participantes de la entrevista firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado. La participación de los trabajadores en el estudio sucedió de forma voluntaria, habiéndose garantizado la no implicación sobre el vínculo de empleo y las relaciones de trabajo. Para mantener el anonimato de los participantes, las declaraciones de los trabajadores recibieron los códigos TE para técnicos de Enfermería y ENF para enfermeros, seguidos de la numeración referente al orden de la recolección de los datos.

Resultados

Relacionados con la primera etapa del estudio

Ocurrencia de caídas de pacientes con daño moderado a grave

Las ocurrencias de caídas durante el periodo de primero de julio de 2018 a 31 de julio de 2019 sumaron 447; las caídas en unidades de internación adulto fueron 242 (54,1%) y 12 (2,7%) representaron las caídas entre daño moderado y grave, ocurridas en cinco unidades de internación clínica y quirúrgica.

Modelaje del proceso de caídas de pacientes adultos hospitalizados

Las funciones (representadas por un hexágono) fueron modeladas en los momentos preconizados para la aplicación de la escala, de acuerdo con el Protocolo de Prevención de Caídas en Adultos, en las cuales el riesgo es identificado por medio de un puntaje estratificado. El paciente identificado con riesgo de caída recibe una pulsera de color amarillo, que hace la señalización visual a los profesionales. A seguir, fueron modeladas las funciones que se refieren al registro en fichas médicas y a las orientaciones que son dadas al equipo de Enfermería, más específicamente, al técnico de Enfermería responsable por la implementación de los cuidados al paciente (y a su cuidador o acompañante) en aquel turno.

La secuencia de modelaje también permitió identificar los cuidados que son orientados y la adhesión a todas esas orientaciones, tanto por parte del equipo de Enfermería, como del paciente, su familiar o cuidador, estos objetivan la no ocurrencia de la caída. Las funciones listadas para el trabajo prescrito se presentan en la Figura 1.

*Todas las caídas que compusieron la muestra de la primera etapa fueron modeladas. La caída 10 fue escogida para auxiliar la entrevista, ya que esta fue la caída con mayor repercusión para el paciente. Durante la entrevista, se presentaron al participante los resultados de la primera etapa del estudio.

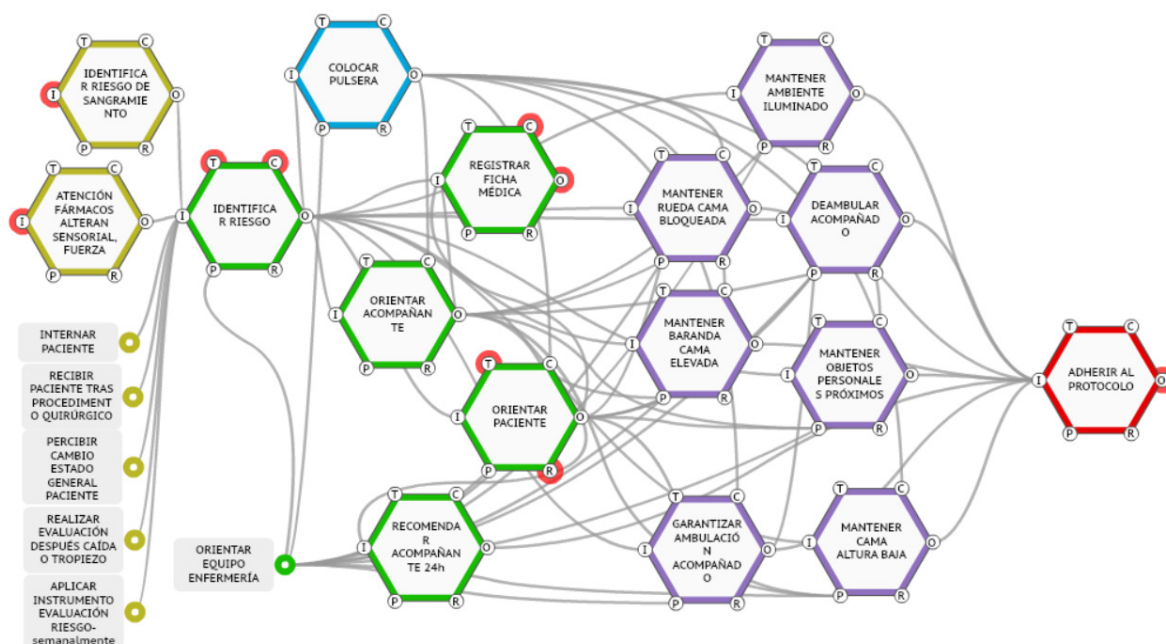


Figura 1 – Ilustración gráfica del modelaje de proceso prescrito para la prevención de caídas de pacientes hospitalizados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

En los vértices de los hexágonos (funciones), las letras I, P, R, T, C y O significan: *Input*, Precondición, Recursos, Tiempo, Control y *Output*, respectivamente.

Después del modelaje del proceso prescrito, fueron analizadas las 12 caídas con daño moderado a grave,

siendo nueve ocurridas en el turno de la noche. El análisis pormenorizado de cada caída permitió el agrupamiento por variabilidad de función y después de eso, el agrupamiento de unión por similitud de la variabilidad, componiendo los casos analizados presentados en la Figura 2.

Caso	Variabilidad
A (Caídas 1 y 11)	Prestar atención en el uso de fármacos que alteran la facultad sensorial y la fuerza muscular Percibir cambios en el estado general del paciente Orientar al acompañante Recomendar al acompañante Garantizar ambulación acompañado
B (Caídas 2, 3 y 12)	Percibir cambios en el estado general del paciente Garantizar ambulación acompañado Identificar el riesgo
C (Caídas 4,5,6,7,8 y 9)	Orientar al acompañante Garantizar ambulación acompañado
D (Caída 10)	Identificar el riesgo Identificar el riesgo de sangramiento Colocar pulsera Prestar atención para el uso de fármacos que alteran la facultad sensorial y la fuerza muscular Orientar al acompañante Orientar al paciente Orientar al equipo de Enfermería

Figura 2 – Agrupamiento de las caídas por similitud de la variabilidad, componiendo los casos. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019.

La caída modelada número 10 fue utilizada para auxiliar las entrevistas en la segunda etapa del estudio (Figura 3).

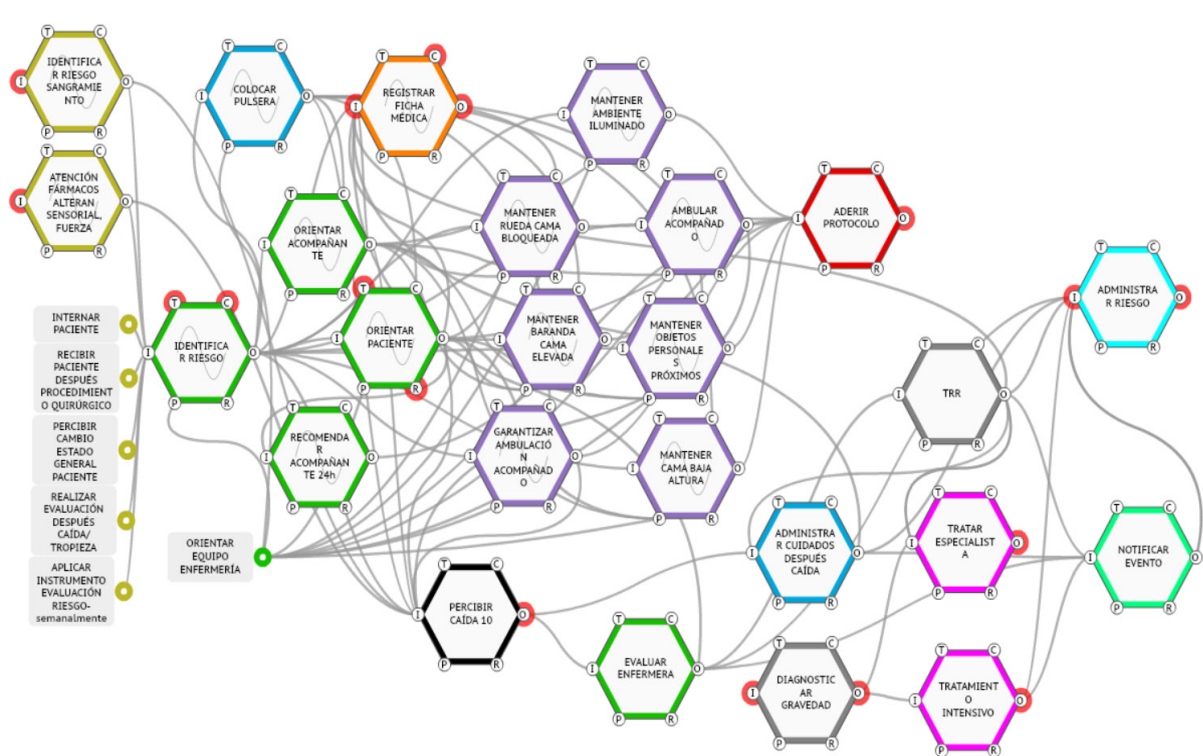


Figura 3 – Ilustración gráfica de la modelaje de proceso real del Caso D. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Relacionados con la segunda etapa del estudio

Las caídas en la perspectiva del trabajador de Enfermería

Dos categorías permitieron comprender las implicaciones de las caídas para los trabajadores de Enfermería.

Los hallazgos relacionados a las entrevistas formaron las categorías (1) La complejidad de los cuidados para prevenir las caídas (compuesta por las subcategorías “Un protocolo, muchos cuidados” y “Dimensión multiprofesional de la caída”) y (2) Sentimientos de la segunda víctima (originada por las subcategorías “Sufrimiento y culpa” y “Preocupación que perdura”) presentadas a seguir.

La complejidad de los cuidados para prevenir las caídas

La complejidad para la prevención de las caídas es demostrada en el protocolo institucional y en la multiplicidad de profesionales que interactúan con el paciente. El protocolo institucional para la prevención de las caídas indica que los profesionales deben orientar a los pacientes y familiares, entre otros cuidados en los cuales el equipo de Enfermería se respalda.

(...) Yo cuidé de la baranda, orienté a los familiares que no debían levantar el paciente, porque yo dejé todo próximo para que él no tuviera necesidad de estirarse (...). (TE1)

(...) certificarse que él tenga una pulsera, que la cama está más baja, que las barandas están en sus rieles. (TE3)

El ambiente hospitalario, dada su complejidad, requiere planificación y organización para que las actividades sean ejecutadas de manera coordinada, para alcanzar, entre otros objetivos, la seguridad de los pacientes. Entretanto, es posible percibir que el trabajo prescrito es relativizado por la condición humana presente en las interacciones del ambiente complejo que se encuentra en el hospital.

(...) los pacientes tienen bastante resistencia, (...) yo creo que ellos se sienten presos, con su libertad limitada. (...) nosotras, de la Enfermería, acabamos cediendo, y (...) facilitando que el paciente acabe cayendo (...). (ENF2)

La prevención de la caída envuelve dimensiones multiprofesionales, por medio de una perspectiva compartida con enfoque centrado en el paciente y considerando que siempre existe el riesgo de caer.

(...) la muchacha de la limpieza dejó la basura en el corredor, el paciente llega ahí y piensa que tiene que desviar por un lado del corredor, (...), pero el funcionario que estaba cuidando del paciente, ¿No percibió eso? Y será que si la joven de la limpieza tuviese juntado la basura ¿No iba a ayudar? ¿No habría tenido resultado mejor? Antes, las muchachas de la cocina colocaban la dieta en la cabecera del paciente y tocaban la campanita, (...) en cuestión, así, del equipo multiprofesional, si tuviese una participación de todo el equipo, las cosas se facilitarían. (TE1)

Con el propósito de obtener una perspectiva multiprofesional, los entrevistados apuntan que la caída necesita ser comprendida por los diferentes actores que interactúan en el escenario, con la finalidad de fortalecer

la multiprofesionalidad y la interprofesionalidad de la prevención de caídas.

(...) cuando el paciente cae, la responsabilidad es nuestra, es de la Enfermería (...). (ENF7)

(...) parece un tira y afloja (...) no estamos ayudándonos en nada en verdad (...). Está faltando una evaluación múltiple de ese paciente, interdisciplinar, para darnos cuenta de lo que es necesario hacer. (...) eso porque entramos en un ciclo de desentendimientos (...). (ENF6)

La prevención de la caída exige reconocer la necesidad de comprometimiento de todo el equipo multiprofesional para compartir las responsabilidades.

Sentimientos de la segunda víctima

Los hallazgos muestran sentimientos negativos vinculados a la vivencia de la caída.

(...) una angustia, un miedo, (...) pero también en relación a nuestra vida profesional, cuanto eso repercute ¿Verdad?, para la visión de las personas sobre nuestra capacidad técnica, en fin (...). (ENF6)

(...) nos culpamos, (...) en la práctica, no había que hacer, a nosotras nos deprime mucho... Quedamos días hablando sobre eso, llorar por el paciente, por miedo que los jefes van a cobrar (...). (TE7)

Cuando no hay medidas institucionales instituidas para apoyar al trabajador, los sentimientos persisten en el trabajador.

(...) esto va a influenciar en el momento en que voy a bajar, tomar mi baño y salir por el portón para allá. (...). Entonces, yo voy para casa pensando en aquello (...), duermo y quedo conectada (...) aquello va a quedar en mi mente. (TE10)

La insipiente del abordaje de los sentimientos suscitados en los profesionales repercute sobre la salud de los trabajadores. En algunos momentos, los trabajadores cuestionan la relación de confianza con el paciente, comprendiendo que pueden volverse víctimas si la culpa se hace explícita y es motivo de, todavía, más exigencias.

(...) el técnico de Enfermería es una víctima también (...) yo ya vi familias que tratan de obtener dinero sobre el caso, presionar a la jefatura para despedir, una humillación para nosotras salir del turno (...). (TE1)

Cuando las orientaciones no son seguidas, el trabajador no reconoce su esfuerzo por la valorización del otro, o sea, la utilidad de las acciones no es reconocida por el paciente, generando sentimientos negativos que se suman a la propia culpa por la caída.

(...) "Señora, él va a deslizar!". Y así sucedió... Parece que ellos no confían en lo que nosotras pedimos, (...) ellos creen que nosotras los queremos amarrar (...) para no dar trabajo (...). (TE4)

(...) al mismo tiempo, sentimiento de injusticia. Caramba, si las personas estuviesen aquí viendo, irían a ver que hay cosas que escapan de nuestro control (...). (ENF7)

El análisis de un evento adverso requiere un tener una perspectiva de los profesionales involucrados, para comprender las dificultades que van más allá del trabajo prescrito, ya que las adversidades implicadas en el intento de ejecutar el trabajo previamente planificado provocan sentimientos, muchas veces, ambiguos.

Independientemente de cualquier cosa, si él se cae, es mi responsabilidad, él estaba sobre mis cuidados. Pero, el sistema no permite que yo me quede al lado de él (...). (TE13)

Los sentimientos que el paciente despierta en el equipo se reflejan en una nueva configuración que necesita ser hecha - rápidamente, para acomodar las demandas - repercute en una mayor carga de trabajo e inclusive en las relaciones de confianza previamente establecidas entre los equipos, pero que necesitan atender a las exigencias de algunos familiares.

Necesité, por exigencia del familiar, pedir para cambiar [el turno] debido a un cuidado que no fue adecuado (...). (ENF1)

Además, la relación entre la orientación dada por el equipo de Enfermería y la no adhesión del paciente puede llevar a pensar que las orientaciones y demás medidas de prevención de la caída fueron banalizadas por el paciente.

(...) la demanda y la dinámica de nuestro trabajo es tan rápida que (...) esa atención para algunas medidas de caída... pierden un poco de atención (...). (ENF7)

La reflexión acerca de la etiología de la caída y de la perspectiva individual, auxilia a identificar el riesgo y consecuentemente, las barreras y de la proposición del tratamiento sistémico. La automatización, tanto del cuidado prescrito, como del cuidado realizado predispone al sentimiento de indiferencia.

El técnico, hace la misma función varias veces (...) y eso va entrando en la memoria (...). Ahí (...) solo si fuese una cosa diferente (...), pero la descripción de la caída en nosotros no entra (...). (TE7)

La prescripción de Enfermería tiene algunos datos repetidos y eso, desde mi punto de vista, desestimula un poco, al técnico a leer todo aquello. (ENF3)

La banalización sucede también cuando el apoyo que la institución debería dar no sucede de manera efectiva. Situaciones como la mencionada propician la desvalorización de la repercusión del evento y de los propios sentimientos.

Existen muchas otras atribuciones que ellos no van a querer dar apoyo psicológico a nosotras por causa de una caída, yo no veo eso. (TE11)

El sentimiento de desvalorización también fue constatado cuando mencionada la importancia de medidas de apoyo al trabajador que estuvo involucrado en un evento de caída, lo que viene a aumentar la condición de segunda víctima.

Discusión

El análisis de las caídas modeladas permitió la identificación de la variabilidad de las funciones representadas^(5,20) por la ausencia del acompañante/familiar, en pacientes bajo el efecto de medicamento inductor de sueño, hipotensor o que provoca alteración en la fuerza muscular. Además de eso, en la vigencia de cambios en el estado general del paciente, por la imposibilidad, del equipo de Enfermería, de acompañar al paciente durante sus desplazamientos, así como por una necesidad de hacer inversiones en el paciente y su familiar o en los equipos que administran los cuidados y la conducción de ese paciente. Esos son hechos evidenciados por los profesionales cuando identifican la importancia de la calificación de los equipos, de la educación de los pacientes y acompañantes, transformándolos en aliados del cuidado⁽²¹⁾. Bajo esta perspectiva son necesarios sistemas resilientes como forma de reducir esa variabilidad y propiciar un mayor soporte a los profesionales.

Se corrobora la dificultad de contemplar la multiplicidad de cuidados - revelada por el modelaje del proceso y por las vivencias de los profesionales - por medio de la identificación de una prescripción de Enfermería con datos repetitivos, los que desestimulan al técnico de Enfermería, así como expresan que, por ejecutar la misma función varias veces, acaban no dando la real importancia a la caída. El cuidado prescrito necesita reflejar no solamente las necesidades de los pacientes, pero también permitir su implementación. Para esto, debe ser considerado ese distanciamiento, con repercusión en la variabilidad, para la ocurrencia de la caída. En la prescripción del paciente deben participar todos los actores que lo atienden, garantizando una mayor imbricación, considerando al paciente y la interrelación de él con todas las partes⁽²²⁾.

En lo que se refiere al horario en que las caídas ocurrieron, el nocturno fue, preferencialmente, el turno que más presentó la ocurrencia; esto fue corroborado por un estudio previo, realizado en la misma institución en que fueron caracterizadas las caídas de pacientes adultos hospitalizados⁽⁷⁾. Durante el turno de la noche, hay una reducción del número de profesionales y una menor circulación de personas en el ambiente hospitalario, lo que puede estar relacionado con una menor capacidad de vigilancia y una reducción en la frecuencia de abordajes a los pacientes, inclusive para no interferir en el sueño, así, contribuyendo para un mayor número de caídas en este turno. Otro punto importante es la obscuridad del cuarto, lo que puede incrementar el riesgo de las caídas, este hecho es contemplado en la prescripción de Enfermería que orienta mantener el ambiente iluminado⁽²³⁾.

La implementación de prácticas colaborativas califica los servicios de salud cuando existe la comprensión de la dimensión del hacer participativo, obteniéndose mejores resultados en la seguridad de los pacientes; además, promueve relaciones de confianza entre los profesionales. En ese contexto, la práctica colaborativa debe reflejar una construcción conjunta; para esto, es necesario repensar la actividad realizada, más allá de criticar y actuar, se debe pensar, planificar y planificar nuevamente el trabajo con enfoque en el cuidado que será ofrecido al paciente, haciendo inversiones en el equipo multidisciplinar, con el objetivo de reducir las caídas, las que interfieren en la continuidad del cuidado y en la seguridad del paciente^(21-22,24).

A pesar de que como profesión tiene la necesidad de seguir reglas y POE, estos deben ser de construcción conjunta, considerando que delante de situaciones inesperadas el POE no consigue contemplar que las soluciones necesitan tener su origen en los equipos.

La escala que evalúa el riesgo de caída es aplicada por el enfermero, entre tanto, varios otros profesionales, no solo de Enfermería, giran alrededor de ese paciente y, más que eso, se piensa que el paciente se ubica en el centro de una discusión, tal como una cuerda de tira y afloja, en un ciclo de desentendimientos entre los profesionales. Se entiende eso como una demostración que explica la falta de cohesión entre los profesionales, entre la prescripción y los profesionales, colocando en evidencia a estos y a la institución. Esa es una fuerte inferencia - que se hace acerca del sentimiento de culpa, angustia, impotencia - de no tener el cuidado suficiente, de desvalorización por la falta de adhesión del paciente y de la familia/cuidador.

Los hospitales son ambientes complejos⁽³⁾; en ellos existe una interacción entre diferentes profesionales, los que giran alrededor del paciente, con diferentes niveles de actuación, inclusive agregando tecnología al cuidado. En ese contexto, se destaca la importancia del trabajo en equipo que a diferencia del que está compartimentado, potencializa el cuidado por medio de la reflexión conjunta, aportando beneficios para los equipos y los pacientes⁽²⁴⁾ y ampliando la interacción entre las personas, buscando conjuntamente mejores resultados.

En ese sentido, contrariando la potencialidad del trabajo en equipo, el POE y el protocolo de prevención de caídas son vistos como ítems que deben ser cumplidos por la Enfermería. Así, cuando algo no sale como esperado la Enfermería proyecta en sí misma ese resultado negativo, ya que ese trabajo no se realizó de manera conjunta, además se suma el hecho de que existe gran dificultad en aceptar la falibilidad de la profesión⁽²⁵⁾.

A pesar de que el sentimiento de estar próximo de un paciente que sufrió un daño grave sea algo

movilizador, como expresado por los profesionales al atribuirse la culpa, llorando por el paciente, volver a la casa y pensar en lo que sucedió e, inclusive, en el juzgamiento de ser rotulado como incompetente; otros sentimientos también son suscitados, como la banalización. La literatura - a pesar de que en su definición de daño alude al paciente - permite apropiarse del concepto y aplicarlo a la segunda víctima, cuando incluye la repercusión sobre sufrimiento, lo que puede tener repercusión social o psicológica⁽²⁶⁾.

Además de eso, delante del contexto analizado en el cual el número de eventos con daño de moderado a grave representa 2,7% de las ocurrencias, se tiene la falsa sensación de que ese porcentaje es poco expresivo; sin embargo, este refleja que una parte muy grande de eventos sin daño y con daño leve ocurren de la misma manera que los moderados y graves, pero estos no son tratados, permitiendo, de esa forma, una poca valorización o hasta inclusive la banalización de situaciones con resultados desfavorables.

La Enfermería es una profesión fuertemente arraigada en el resultado final, desconsiderando la falibilidad de aquello que es ejecutado, incrementado por la complejidad de las actividades. La tolerancia a los errores, por parte de la institución, auxilia en el comportamiento de los profesionales, repercutiendo en la mediación del proceso de aprendizaje y en la seguridad psicológica, ya que las instituciones hospitalarias buscan la perfección, proyectando actitudes en relación al error^(15,23), lo que puede fomentar los sentimientos en la segunda víctima.

Entre los sentimientos, la culpa por el resultado del paciente, el miedo por la pérdida de la reputación y la angustia por la situación no abordada, hacen parte de las vivencias de la segunda víctima^(15,26) y la Enfermería, especialmente, por hacer parte de la línea de frente, está más susceptible a ser una segunda víctima⁽¹⁶⁾.

Los sentimientos de la segunda víctima proporcionan reacciones negativas. Entre los sentimientos relatados, la culpa, el estrés por la preocupación con el paciente, el miedo del juzgamiento y del resultado para el paciente, revelan lo que también es mencionado en la literatura internacional^(11,13-15). Esos son sentimientos comunes delante del error, una vez que ellos demuestran la falibilidad humana y el impacto emocional por consecuencia se proyecta en el aumento del ausentismo y en la intención de abandonar el trabajo⁽¹¹⁾. Permanecer por varios días pensando en lo ocurrido, llorar por el paciente y sufrir con la familia, hacen parte de la práctica diaria de los profesionales. Esas repercusiones están directamente relacionadas con el grado de un resultado desfavorable del paciente⁽¹⁵⁾ y que, de cierta forma, son corroboradas por el juzgamiento de la administración que cambia un profesional de su turno a pedido de un

familiar o cuando el profesional no recibe apoyo de los compañeros, como consecuencia del volumen de trabajo que continua siendo demandado; así, se reitera la necesidad de una infraestructura que ofrezca soporte a las segundas víctimas^(10-11,13,16).

El apoyo a las segundas víctimas de eventos con daño a los pacientes es valioso para el enfrentamiento, este va desde la participación en grupos de análisis de eventos (como forma de una perspectiva sistémica de los procesos), que además incentiva a compartir experiencias como segunda víctima, constituyendo una justicia restauradora. Como una forma de trabajar fomentando una cultura justa, es importante que los trabajadores sean incentivados a reconocer la posible participación en el daño al paciente, reforzando las medidas de tratamientos, tanto de las primeras como de las segundas víctimas⁽²⁷⁻²⁸⁾. Las estrategias de apoyo emocional a la segunda víctima y de calificación de los procesos de trabajo, exigen el comprometimiento de los líderes⁽¹⁰⁾. El ejercicio de las mejores prácticas del liderazgo repercute en la administración del riesgo hospitalario⁽²⁹⁾ en el clima de seguridad y en la satisfacción del equipo⁽³⁰⁾, por medio de un soporte precoz al trabajador.

Por tratarse de un estudio en pequeña escala, los resultados son sensibles al contexto empleado, lo que consiste en una limitación. Sin embargo, esa metodología puede ser reproducida, permitiendo que sean identificadas oportunidades de inversión, como en el caso de abordajes formativos para profesionales y educativos para pacientes, acompañantes y familiares.

A pesar de que con fuerte contribución del punto de vista educacional, la identificación de procesos de trabajo contruidos multiprofesionalmente es, sin duda, una importante contribución del estudio. El abordaje de las caídas necesita de una perspectiva sistémica, de doble vía, o sea, pensar en el contexto estructural, protocolar, pero no de manera rígida, que deje de considerar el contexto social, la vivencia de pacientes y de sus acompañantes, de los profesionales y el conocimiento a partir de experiencias previas.

Conclusión

Este estudio identificó 447 caídas de pacientes adultos hospitalizados, siendo 12 eventos con daño de moderado a grave, correspondiendo a 2,7% de las notificaciones con ese perfil, las que ocurrieron predominantemente en la noche. La variabilidad del evento ocurrió en la ausencia del acompañante/familiar, en pacientes bajo efecto de medicamentos inductores del sueño, hipotensores o que provocan alteración de la fuerza muscular. Además de eso, también ocurrió en la vigencia de cambios en el estado general del paciente, por la imposibilidad, del equipo

de Enfermería, de acompañar al paciente durante sus desplazamientos.

La comprensión de la multimodalidad de las caídas fue posible debido a que los profesionales de Enfermería identificaron, por medio de las caídas modeladas, situaciones que comprometen la calidad asistencial y cuya prevención exige la participación del paciente, familia y equipo multiprofesional. Los profesionales involucrados son segundas víctimas y experimentan sentimientos de culpa, miedo, angustia, impotencia y, hasta de banalización, delante de eventos con repercusión para los trabajadores.

Referencias

- World Health Organization. Charter health worker safety: a priority for patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Feb 24]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/world-patient-safety-day/health-worker-safetycharter-wpsd-17-september-2020-31.pdf?sfvrsn=2cb6752d_2
- Chan DK, Sherrington C, Naganathan V, Xu YH, Chen J, Ko A, et al. Key issues to consider and innovative ideas on fall prevention in the geriatric department of a teaching hospital. *Australas J Ageing*. 2018;37(2):140-3. <https://doi.org/10.1111/ajag.12528>
- Wachs P, Saurin TA. Modelling interactions between procedures and resilience skills. *Appl Ergon*. 2018;68:328-37. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2017.12.013>
- Hollnagel E. FRAM – The Functional Resonance Analysis Method – a brief guide on how to use the FRAM [Internet]. Odense: Functional Resonance; 2018 [cited 2021 Nov 16]. Available from: <https://functionalresonance.com/onewebmedia/Manual%20ds%201.docx.pdf>
- Patriarca R, Di Gravio G, Woltjer R, Costantino F, Praetorius G, Ferreira P, et al. Framing the FRAM: a literature review on the functional resonance analysis method. *Saf Sci*. 2020;129:104827. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104827>
- Bueno WP, Wachs P, Saurin TA, Ransolin N, Kuchenbecker RS. Making resilience explicit in FRAM: shedding light on desired outcomes. *Hum Factors Ergon Manuf*. 2021;31(6):579-97. <https://doi.org/10.1002/hfm.20909>
- Barbosa AS, Chaves EHB, Ribeiro RG, Quadros DV, Suzuki LM, Magalhães AMM. Characterization of the adult patients' falling incidents in a university hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180303. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180303>
- Luzia MF, Prates CG, Bombardelli CF, Adorna JB, Moura GMSS. Characteristics of falls with damage to hospitalized patients. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e201800307. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.20180307>
- Falcão RMM, Costa KNFM, Fernandes MGM, Pontes MLF, Vasconcelos JMB, Oliveira JS. Risk of falls in hospitalized elderly people. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180266. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180266>
- Quadrado ERS, Tronchin DMR, Maia FOM. Strategies to support health professionals in the condition of second victim: scoping review. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03669. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019011803669>
- Zhang X, Li Q, Guo Y, Lee SH. From organisational support to second victim-related distress: role of patient safety culture. *J Nurs Manag*. 2019;27(8):1818-25. <https://doi.org/10.1111/jonm.12881>
- Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu II. Second victims in health care: current perspectives. *Adv Med Educ Pract*. 2019;10:593-603. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S185912>
- Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events: a systematic review and meta-analysis. *J Patient Saf*. 2020;16(2):e61-e74. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000589>
- Mira JJ, Carrillo I, García-Elorrio E, Andrade-Lourenção DCDE, Pavan-Baptista PC, Franco-Herrera AL, et al. What Ibero-American hospitals do when things go wrong? A cross-sectional international study. *Int J Qual Health Care*. 2020;32(5):313-8. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa031>
- Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, Bruyneel L, Coeckelberghs E, Panella M, et al. Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands. *BMJ Open*. 2019;9(7):e029923. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029923>
- Mok WQ, Chin GF, Yap SF, Wang W. A cross-sectional survey on nurses' second victim experience and quality of support resources in Singapore. *J Nurs Manag*. 2020;28(2):286-93. <https://doi.org/10.1111/jonm.12920>
- Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(1):18-26. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>
- World Health Organization. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2021 Nov 16]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
- Saurin TA, Patriarca R. A taxonomy of interactions in socio-technical systems: a functional perspective. *Appl*

- Ergon. 2020;82:102980. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2019.102980>
21. Costa DG, Moura GMSS, Pasin SS, Costa FG, Magalhães AMMM. Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3272. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3352.3272>
22. Low S, Gray E, Ewing A, Hain P, Kim L. Remodeling interprofessional collaboration through a Nurse-for-a-Day Shadowing Program for medical residents. *J Multidiscip Healthc*. 2021;14:2345-49. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S319728>
23. Carlesi KC, Padilha KG, Toffoletto MC, Henriquez-Roldán C, Juan MAC. Patient safety incidents and nursing workload. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2841. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1280.2841>
24. Schmutz JB, Meier LL, Manser T. How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019;9(9):e028280. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028280>
25. Wang X, Guchait P, Pasamehmetoglu A. Tolerating errors in hospitality organizations: relationships with learning behavior, error reporting and service recovery performance. *Int J Contemp Hosp Manag*. 2020;32(8):2635-55. <https://doi.org/10.1108/IJCHM-01-2020-0001>
26. Burlison JD, Quillivan RR, Scott SD, Johnson S, Hoffman JM. The effects of the second victim phenomenon on work-related outcomes: connecting self-reported caregiver distress to turnover intentions and absenteeism. *J Patient Saf*. 2021;17(3):195-9. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000301>
27. 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;6(9):e011708. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>
28. Wu AW, Shapiro J, Harrison R, Scott SD, Connors C, Kenney L, et al. The impact of adverse events on clinicians: what's in a name? *J Patient Saf*. 2020;16(1):65-72. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000256>
29. Fusari MEK, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Costa VT. Best leadership practices of nurses in

- hospital risk management: case study. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(spe):e202001994. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200194>
30. Moraes MCS, Dutra GO, Ferreira TDM, Dias FCP, Balsanelli AP, Gasparino RC. Nursing coaching leadership and its influence on job satisfaction and patient safety. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03779. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020042103779>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Deise Vacario de Quadros, Ana Maria Müller de Magalhães, Priscila Wachs, Isis Marques Severo, Juliana Petri Tavares, Daiane Dal Pai. **Obtención de datos:** Deise Vacario de Quadros. **Análisis e interpretación de los datos:** Deise Vacario de Quadros, Ana Maria Müller de Magalhães, Priscila Wachs, Isis Marques Severo, Juliana Petri Tavares, Daiane Dal Pai. **Redacción del manuscrito:** Deise Vacario de Quadros, Ana Maria Müller de Magalhães, Priscila Wachs, Isis Marques Severo, Juliana Petri Tavares, Daiane Dal Pai. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Deise Vacario de Quadros, Ana Maria Müller de Magalhães, Priscila Wachs, Isis Marques Severo, Juliana Petri Tavares, Daiane Dal Pai.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 16.11.2021
Aceptado: 27.03.2022

Editora Asociada:
Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi


Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Deise Vacario de Quadros

E-mail: dquadros@hcpa.edu.br

 <https://orcid.org/0000-0001-6442-2649>