



UNIDAD 9

Más allá de los Eventos Adversos. Profesionales e instituciones como segundas y terceras víctimas de los eventos adversos.

CONTENIDO

1. PRIMERAS, SEGUNDAS Y TERCERAS VÍCTIMAS.	5
2. LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS EN NUESTRO ENTORNO.....	8
3. LAS TERCERAS VÍCTIMAS EN NUESTRO ENTORNO.	18
4. ALGUNAS PROPUESTAS POSIBLES.	19
5. UNA REFLEXIÓN FINAL.....	21
6. PUNTOS CLAVE	22
7. REFERENCIAS.....	24

Como complemento a estos contenidos existe una presentación con las tablas y figuras incluidas en el texto y otras adicionales que pueden resultarle de utilidad.

Así mismo se ha elaborado el ejercicio con unas recomendaciones de utilización y una presentación ad hoc.

Este material es propiedad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Fue encargado a la Universidad de Zaragoza en el marco del contrato nº 201607CM0015.

Autores: Carlos Aibar-Remón (Universidad de Zaragoza), Jesús María Aranz-Andrés (Hospital Ramón y Cajal de Madrid) y Jose Joaquín Mira Solves (Universidad Miguel Hernández).

- **Una frase para la reflexión:**

“Un enfermo tiene más probabilidades de morir si se interna en un hospital, que si lo hace en el campo de batalla de Waterloo”.

James Young Simpson. Obstetra escocés, Siglo XIX.

- **Razón de ser de la Unidad:**

El propósito de esta Unidad es analizar el impacto que tienen los eventos adversos que sufren los pacientes sobre los profesionales e instituciones

- **Objetivos:**

- Identificar la repercusión de los daños relacionados con la atención sanitaria sobre los profesionales y el sistema sanitario.
- Conocer las experiencias desarrolladas para ayudar a las segundas y terceras víctimas.
- Discutir la importancia del abordaje holístico de la seguridad del paciente.

1. PRIMERAS, SEGUNDAS Y TERCERAS VÍCTIMAS.

Los estudios sobre la frecuencia de eventos adversos en hospitales y en atención primaria, en España y fuera de España, han puesto de manifiesto el volumen anual de incidentes en los que los pacientes sufren algún tipo de daño y que, aproximadamente, suponen que hasta un 50% de los incidentes que ocurren en hospitales y hasta un 70% de los que ocurren en atención primaria podrían ser evitados.^{1,2} Otros estudios de autopsias de pacientes de unidades de cuidados intensivos, han encontrado un 30% de hallazgos inesperados que podrían haber modificado el tratamiento y mejorar los resultados³. Los incidentes con daño son la punta del iceberg del conjunto de incidentes, la mayoría casi errores, que se producen en el curso de la asistencia sanitaria.

Detrás de todo incidente para la seguridad y con independencia de que ocasione un daño en algún paciente (primera víctima) se encuentra uno o varios profesionales que pueden verse afectados por este mismo incidente, por ejemplo, sintiéndose responsables de lo sucedido, dudando de su juicio y capacidad clínica, sintiendo miedo por las consecuencias legales que pudieran derivarse y experimentando flashback, ansiedad, aislamiento, trastornos del sueño que pueden derivar en un síndrome de estrés postraumático en los casos más graves⁴. El estudio de las consecuencias profesionales y emocionales en los sanitarios que se ven involucrados en los incidentes para la seguridad de los pacientes ha pasado hasta ahora prácticamente desapercibido. Sin embargo, su impacto es alto y sus consecuencias merecedoras de mayor atención.

Si tomamos como medida los trabajos de investigación dedicados a la seguridad del paciente, en la base de PubMed, podemos encontrar, solo en el año 2010, hasta 4200 estudios sobre Seguridad del Paciente. A partir del 2000 los estudios sobre las segundas víctimas han ido creciendo paulatinamente⁵.

El término de “Segundas Víctimas”, se lo debemos al profesor de la [Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health](#), Albert Wu, quien en un editorial del New England de 2000, narró la desafortunada historia de un compañero de su época de residente a

quién se le pasaron por alto unos signos clínicos trascendentes, con el resultado de ser juzgado inmediatamente de forma cruel por el conjunto de profesionales de su hospital. El Dr. Wu se preguntaba en su editorial de manera empática si no podría haber sido él mismo el que cometiera el error, en definitiva si fuera el la “segunda víctima”⁶.

Actualmente se define Segunda Víctima como un profesional sanitario implicado en un error clínico que queda traumatizado por el incidente, con independencia de que el error haya supuesto algún daño al paciente.

Por las investigaciones realizadas hasta ahora sabemos que las “Segundas Víctimas” pueden experimentar una afectación en ocasiones severa que en palabras de S. Scott transita por varias fases: confusión, necesidad de averiguar qué pasó, dudas y pensamientos intrusivos persistentes, aislamiento, reevaluación constante, necesidad de resolver la inquietud por la reputación personal y profesional, necesidad de ayuda o consejo por los pares, necesidad de apoyo institucional, temor a un posible castigo institucional, temor a perder estatus profesional, búsqueda de ayuda emocional y, por fin, la “resolución” del problema que puede variar desde extremos como el abandono del hospital o la profesión (o en casos muy graves el suicidio), hasta la asunción del problema sin secuelas.⁷

Otro efecto frecuente en los profesionales implicados en un incidente es que su desempeño profesional se vea afectado. Las prácticas defensivas se vuelven más frecuentes, contribuyendo a un círculo vicioso de perturbaciones emocionales y nuevos errores⁸. El apoyo que requieren estas segundas víctimas es una forma de contribuir a la mejora de la seguridad de otros pacientes.

Este fenómeno de las segundas víctimas supone, en definitiva, una pérdida que ningún sistema de salud debería permitirse, lo que ha conducido a la implementación de programas de apoyo a los profesionales afectados, especialmente en EEUU.^{7,9}

A las primeras víctimas (pacientes víctimas del error) y segundas víctimas (profesionales sanitarios) hay que añadir el impacto que tienen los errores clínicos en términos de pérdida de reputación de las instituciones sanitarias (tercera víctima).

MSSSI

Seguridad del Paciente

Cuando las consecuencias del error tienen una dimensión social, por ejemplo al conocerse por los medios de comunicación, las instituciones sanitarias ven mermada su reputación y la relación de pacientes y profesionales se resiente. El papel de los comités de crisis para afrontar esta situación es clave para minimizar este impacto.

2. LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS EN NUESTRO ENTORNO.

Los estudios sobre el fenómeno de las segundas víctimas coinciden en que algo más del 60% de los profesionales se encuentran afectados por esta situación, con distinta intensidad según el tipo y consecuencias del incidente en el que se hayan visto involucrados^{10,11}.

En España, un reciente estudio¹² que incluye a profesionales de hospitales y de Atención Primaria, sitúa esta cifra en el 72,5% (IC 95% 69-77%) en hospitales y en el 62,5%, (IC95% 59-66%) en atención primaria en el período de los 5 años anteriores al estudio. En Atención Primaria, la proporción de médicos afectados por esta sintomatología afectiva era superior al de enfermeras mientras que en hospitales esta relación estaba equilibrada. La respuesta emocional más frecuente fueron sentimientos de culpa (59% de los casos), ansiedad (50%), revivir el suceso – flashbacks- (42%), cansancio/desgana (39%), insomnio (38%), dudas/inseguridad en lo que se hacía (33%). Este estudio puso sobre la mesa un dato del que poco se habla: un 3% abandona la profesión al no sentirse capaces de continuar.

El efecto de este sufrimiento y del propio incidente en los colegas de la segunda víctima no ha recibido apenas atención. Sin embargo, un estudio reciente¹³ ha llegado a la conclusión de que la primera reacción es la de sorpresa a la que sigue muchas hacer el vacío a la segunda víctima acompañada de no querer involucrarse ni saber nada de lo sucedido. Además, los rumores tras los incidentes que se difunden por canales informales de comunicación producen un daño adicional a las segundas víctimas.

En EEUU algunas organizaciones sanitarias han puesto en práctica programas para ayudar a estas segundas víctimas. En Europa, encontramos también algunas experiencias aisladas como las del Colegio de Médicos de Inglaterra, el programa de actuación tras un evento adverso del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) o la unidad de atención a las segundas víctimas del Grupo de Asistencia Sanitaria y Social (SAGESSA) en Cataluña. Estas intervenciones están centradas en ayudar al profesional emocionalmente afectado por un incidente de seguridad, haya sufrido o no algún daño

uno o varios pacientes. Hay que considerar que un casi error puede llegar a ocasionar, según la persona y sus circunstancias en ese momento, una reacción emocional tan intensa como la que observamos tras un evento adverso. El grupo de investigación en segundas víctimas ha diseñado recursos y un programa para la prevención primaria del fenómeno disponible en <http://segundasvictimas.es>. Este programa incluye información y vídeos demostrativos de qué y qué no hacer.

Entre los programas de intervención para ayudar a las segundas víctimas el programa *forYOU*^{14,15} dirigido por S. Scott en el hospital de la Universidad de Missouri es probablemente el más consistente. Este programa toma en consideración las etapas por las que pasan las segundas víctimas, y se estructura de tal forma que intenta dar una respuesta proporcional a las necesidades emocionales de los profesionales según el momento en el que se encuentran. El equipo *forYOU* proporciona un conjunto de recomendaciones y “primeros auxilios emocionales”, diseñados para proporcionar apoyo en situaciones de crisis e intervenir en el manejo de estrés ante situaciones especialmente difíciles, tales como eventos clínicos traumáticos, fracaso de los esfuerzos de rescate después de una intervención prolongada, resultado inesperado para el paciente, muerte de un niño, y otras situaciones emocionalmente difíciles y estresantes. Los miembros del equipo se ubican dentro de las áreas clínicas de alto riesgo. Utilizan un modelo de tres niveles, basado en la evidencia, para facilitar la transición de la segunda víctima a través de seis etapas de recuperación emocional.

El equipo *forYOU* incluye: médicos, enfermeras, terapeutas respiratorios y directivos. El objetivo final del equipo *forYOU* es ayudar a los empleados a recuperar su línea base de rendimiento (nivel pre-evento) tras la ocurrencia de un evento traumático.

En este programa se definen 3 niveles de intervención: el primer nivel es de apoyo local, por los colegas de la segunda víctima, entrenados en escucha activa; el segundo nivel de ayuda se realiza por profesionales del propio centro de la segunda víctima que han sido entrenados específicamente para ello. Estos profesionales forman parte del programa. El tercer nivel incluye la derivación a psicólogos clínicos u otros profesionales si la afectación persiste o incrementa su intensidad (FIGURA 1).

MSSSI

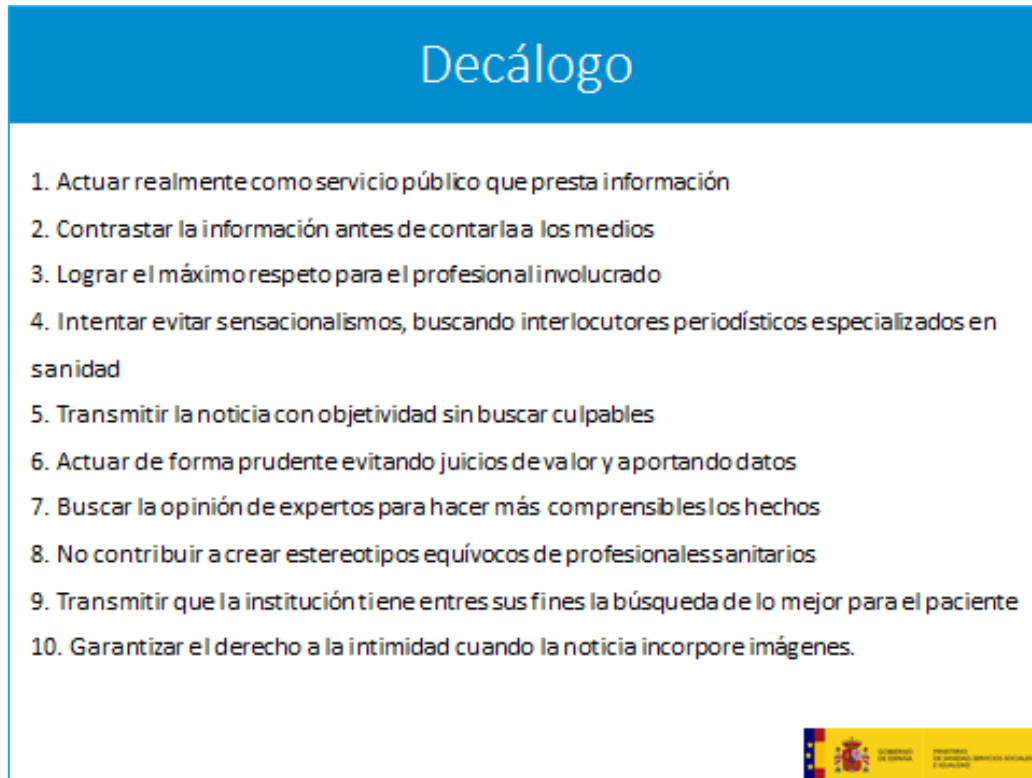
Seguridad del Paciente

Los resultados del programa evidencian que el 60% de las segundas víctimas se recupera con el apoyo de los profesionales más cercanos, el 30% con consejo directivo de técnicos en seguridad, gestores de riesgo y otros recursos de la institución. Solo el 10% de los profesionales afectados precisa recurrir a apoyo externo al hospital¹⁶.

FIGURA 1. ESQUEMA DE TRABAJO DEL PROGRAMA *FORYOU* (SCOTT S, ET AL, 2010).

En España, en 2013, se llevó a cabo un estudio en el que profesionales de los ámbitos jurídico, comunicación y salud mental (juristas, periodistas, profesionales de la salud y directivos de centros sanitarios), analizaron la problemática y las necesidades de las segundas víctimas, revisando la afectación de los profesionales y la repercusión sobre la confianza en las instituciones cuando sucede un evento adverso con consecuencias graves para el paciente. Fruto de esta sesión de trabajo se elaboró un decálogo de buenas prácticas¹⁷ (TABLA 1).

TABLA 1. DECÁLOGO DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA GESTIÓN DE CRISIS.



Posteriormente, en 2014, se llevó a cabo otro estudio con participación de directivos y responsables de seguridad de 115 hospitales y 132 áreas de salud de atención primaria de 8 comunidades autónomas diferentes que representaban el 75% del total de las altas hospitalarias y de las consultas en Atención Primaria realizadas en España¹². En este estudio quedó patente que los centros sanitarios españoles no cuentan ni con programas de apoyo institucional a las segundas víctimas, ni orientación o planificación de cómo proceder en estos casos. Solo 2 (1,7%) hospitales y 1 (0,8%) áreas de salud contaban en ese momento con un plan de actuación para apoyar a las segundas víctimas.

En paralelo, en el estudio llevado a cabo para explorar las vivencias de los profesionales, éstos confesaron no recibir formación para hacer frente a estas situaciones ni apoyo institucional cuando se producían.

Teniendo en cuenta el número potencial de segundas víctimas parece aconsejable implantar medidas para enfrentar estas situaciones y reforzar una “cultura justa” de seguridad¹⁸.

La Guía de Recomendaciones¹⁹ para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la aparición de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas recoge la siguiente serie de propuestas para mitigar las consecuencias emocionales del evento adverso en el profesional, y llevar a cabo el apoyo al profesional y al equipo asistencial del que forma parte:

1. Mantener una actitud positiva, no culpabilizadora, desde un enfoque de fallo sistémico ante los EA.
2. Determinar el número de segundas víctimas relacionadas con el EA (profesionales y residentes más directamente implicados con el paciente, del equipo, etc.).
3. En un primer momento, ofrecer la posibilidad de que algún colega (personas del entorno inmediato con perfil profesional similar) con capacidad para apoyar, escuchar y brindar apoyo emocional a la segunda víctima para afrontar la situación, hable con el profesional directamente implicado en un lugar tranquilo. No culpabilizar. La atención debe centrarse en proporcionar apoyo al profesional y no en investigar los detalles de la asistencia prestada. Brindar la posibilidad de que no siga atendiendo a ningún otro paciente ese mismo día.
4. Es recomendable que en cada unidad o servicio esté identificada una persona o equipo de profesionales entrenados para escuchar y ofrecer apoyo a la segunda víctima. Los profesionales afectados, se recomienda sepan inmediatamente a quién pueden acudir en un primer momento, incluso en aquellos casos en los que un profesional sufre emocionalmente a raíz de su implicación en un incidente que no causó daño al paciente.
5. Es importante que el profesional no se sienta rechazado en ningún momento por el resto de compañeros del equipo y del conjunto del centro, evitando el llamado síndrome de la “letra escarlata”.

6. Animar a incrementar (o al menos mantener) la actividad física a la que estuviera acostumbrado (gimnasio, caminar, running, etc.) y las actividades de ocio cotidianas, así como las que realiza en familia o con amigos. Ayudarle a planificar el día siguiente o la próxima semana incorporando actividades positivas en su rutina. Asimismo, puede ser importante ayudar a activar su red social más cercana (familia, amigos más íntimos) para asegurar que también recibe apoyo fuera de la institución y que no se siente rechazado.
7. Es recomendable evitar: preguntas inquisitivas sobre el evento con la intención de averiguar si el profesional cometió algún error, minimizar, aconsejar sobre cómo sentirse o subestimar las emociones del profesional; decirle lo que debe hacer ahora; decirle cómo se siente Vd...
8. Es aconsejable escucharle, formular sólo preguntas abiertas que permitan hablar libremente, permitirle expresar sus sentimientos y ayudarle a reflexionar sobre qué debe hacer a continuación y dónde puede encontrar apoyo.
9. Informar al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en caso de que se vea afectada la salud física o psíquica del profesional y, en caso de ser necesaria la baja laboral, ayudar al profesional en la tramitación desde dicho Servicio.
10. Reorganizarse para atender las obligaciones asistenciales de la segunda víctima, si así lo desea y es necesario, para aliviar su presión en las horas (e incluso en los días) siguientes.
11. Estar preparados para identificar síntomas que indiquen la necesidad de un apoyo más intenso en la segunda víctima: ansiedad/inquietud tanto en el trabajo como en casa, alteración del ánimo incluyendo síntomas depresivos, dudas de si puede seguir en la profesión o sobre sus decisiones clínicas, sentimiento de culpa.
12. Valorar las necesidades de atención personalizada de la segunda víctima.
13. Valorar la necesidad de asistencia jurídica que pueda precisar el profesional y ofrecerle orientación sobre cómo actuar y dónde encontrar ayuda.

14. Informar sobre la cobertura del seguro de responsabilidad civil de la institución.
15. Informar sobre las posibilidades de apoyo específico dentro y fuera de la institución, y facilitarlas en caso necesario. Coordinar la actuación de apoyo emocional y de apoyo jurídico.
16. Realizar seguimiento en los días siguientes para asegurar que es capaz de afrontar el impacto de las consecuencias del EA. Determinar la presencia de signos de estrés postraumático para actuar en consecuencia.
17. Mantener informado al profesional sobre el proceso de información al paciente, y del análisis de situación que se haya iniciado. Valorar si puede ser conveniente que el profesional participe en la entrevista de información al paciente (se recomienda que se proceda de este modo sólo cuando se esté completamente seguro de la idoneidad de que el profesional implicado sea quien informe al paciente y siempre acompañado por algún otro profesional).
18. Invitarle a participar en el análisis pormenorizado de las causas profundas del incidente, si se encuentra en condiciones emocionales para ello.
19. Organizar su regreso a la actividad clínica tras el EA estableciendo una actuación paulatina en el incremento de responsabilidad sin que suponga que el profesional entienda que se desconfía de su capacidad sino como procedimiento para contribuir a su estabilidad emocional y bienestar.
20. Programar un seguimiento periódico en los siguientes 3 meses para asegurarse que la segunda víctima afronta el desgaste profesional y emocional asociado al incidente. Estar atento a conductas de evitación, dudas sobre aspectos clínicos, cambios de humor o ira, flashback de la situación, u otros síntomas de estrés postraumático.

Otro aspecto ligado a la experiencia de segunda víctima es lo que se conoce como *“open disclosure”* y que se refiere a la comunicación franca con el paciente (o sus familiares) víctima de un evento adverso. Se trata de la revelación abierta, transparente,

continúa, sincera y con expresión auténtica de pesar y ayuda a pacientes y familiares víctimas de un EA.

La tradición paternalista en la práctica de la medicina y de la enfermería ha venido favoreciendo que los errores fueran ocultados o encubiertos, prevaleciendo una cultura defensiva.

Actualmente este modo de proceder es inaceptable y existe consenso generalizado entre los profesionales, los pacientes y las organizaciones sanitarias sobre la obligación de informar sobre los daños provocados por un error o evento adverso, incluyendo los motivos del daño y las medidas adoptadas para evitar su recurrencia¹². Existen múltiples argumentos éticos y legales que avalan este proceder.^{20 21 22 23}

Informar a la primera víctima de un EA no es nada fácil. Existen múltiples barreras que entorpecen este delicado proceso y su aplicación en la práctica, por lo que no es de extrañar que algunos estudios sugieran que esta información franca solo se proporciona en el 30% de los casos²⁴. Entre las dificultades para proporcionar esta información se señala especialmente el temor a ser demandado,²⁵ sin embargo, en contra de lo que piensan muchos profesionales, no hay una relación clara entre la información sobre el error y la posibilidad de ser demandado. Existen experiencias en sociedades como EEUU, donde la judicialización de los daños derivados de la asistencia sanitaria es frecuente, y la implantación de programas expresos de “open disclosure” apoyados institucionalmente han ofrecido resultados en términos de disminución de confrontaciones en los tribunales.²⁶ Por el contrario, la falta de información es señalada por los pacientes afectados en ocasiones como la principal motivación para interponer una reclamación judicial²⁷.

En el caso español un 28% de los directivos sanitarios y un 36% de los profesionales consideran que los pacientes son correctamente informados tras un EA. El resto opinó lo contrario. Hay que considerar que según este estudio, menos del 20% de los profesionales (17% de médicos y 20% de enfermeras) han recibido formación sobre cómo informar a los pacientes²⁸.

Considerando el conjunto de argumentos éticos, legales y también de orden práctico es por lo que se han puesto en marcha programas que apoyen esta necesidad de transparencia y que el proceso se desarrolle en las mejores condiciones y alejados de peligrosas improvisaciones.^{29 30 31}

En este caso, debe considerarse que la costumbre de que el profesional más directamente involucrado en el incidente sea quien informa al paciente puede no ser acertada. Si ese profesional está afectado por este fenómeno de la segunda víctima el resultado puede no ser el deseado. En la Guía de Recomendaciones elaborada se dispone un algoritmo orientativo para ayudar a tomar la decisión de quien debe informar que considera varias circunstancias como, por ejemplo, la gravedad del incidente o la afectación del o de los profesionales.

El hecho que desde el punto de vista estrictamente jurídico en muchos países (EE UU, Dinamarca, Suecia entre otros) se han establecido previsiones legales específicas al objeto de garantizar la indemnidad legal del notificante frente a su entorno laboral y al judicial, y este es un avance pendiente en España. La posible vinculación de un evento adverso a un supuesto de responsabilidad, conocida por los profesionales sanitarios, constituye un obstáculo objetivo para la implantación de un sistema de notificación de eventos adversos y también de información abierta al paciente, que dificulta el proceso.

Otra dificultad añadida en nuestro país es la carencia o insuficiencia del desarrollo de procedimientos extrajudiciales de resolución de conflictos derivados de eventos adversos sancionables y/o indemnizables vinculados a las prestaciones sanitarias (procedimientos de arbitraje y de mediación, compensación del daño evitable sin culpa, etc.), sobre lo que también existen importantes y consolidados precedentes comparados.

En esta dirección debe orientarse el sistema sanitario hacia el futuro, pero exige un cambio de cultura profesional, y sobre todo, una disposición clara para asumir las responsabilidades individuales y jurídicas que se derivan de esta necesidad de transparencia, intachable desde el punto de vista ético³².

3. LAS TERCERAS VÍCTIMAS EN NUESTRO ENTORNO.

La tercera víctima de los EA son las propias instituciones donde se produce el incidente. La reputación del centro, de sus profesionales y en definitiva la desconfianza son las primeras repercusiones institucionales. La crisis que representan los EA graves requieren también de la atención de los directivos de las instituciones, aunque son pocas las instituciones que cuentan con un comité de crisis para afrontar estas situaciones.³³

En la Guía de Recomendaciones que hemos presentado se recoge una serie de propuestas para afrontar con mayores garantías de éxito estas situaciones y una lista de comprobación que resulta útil para que los equipos directivos atiendan a los aspectos más relevantes.

La siguiente figura recoge una propuesta de listado de comprobación para que los equipos directivos y el staff de seguridad y comunicación de la institución sanitaria organicen su respuesta ante una crisis de estas características (FIGURA 1).

FIGURA 1. CHECK LIST DE RESPUESTA TRAS LA APARICION DE UN EVENTO ADVERSO.

Checklist de respuesta tras la aparición de un evento adverso

Checklist de actuaciones recomendadas para dar una respuesta adecuada y a tiempo tras la ocurrencia de un EA

Fecha: _____

Centro/Hospital: _____ Unidad/Servicio: _____

Acción	Fin		Observaciones
	Fecha	Hora	
<input type="checkbox"/> Avisar a los responsables de las unidades clínicas, servicios a centro de lo sucedido			
<input type="checkbox"/> Informar a todos los miembros del equipo sanitario implicado en el cuidado del paciente			
<input type="checkbox"/> Activar equipo de comunicación de crisis según las circunstancias			
<input type="checkbox"/> Delimitar el papel que debe jugar en la relación y comunicación con el paciente: la Jefatura del Servicio, la Supervisión de Enfermería, la Dirección Médica y la de Enfermería			
<input type="checkbox"/> Elaborar dossier de información sobre este tipo de incidentes y lo que ha sucedido			
<input type="checkbox"/> Designar a un portavoz consistente en el tiempo			
<input type="checkbox"/> Mantener la iniciativa informativa (añadir información en las primeras 24 horas)			
<input type="checkbox"/> Reforzar la comunicación interna			

4. ALGUNAS PROPUESTAS POSIBLES.

A pesar de la complejidad de estas situaciones, las conductas de “mirar para otro lado” son inútiles y contraproducentes. Las improvisaciones angustiadas generan más daños a los pacientes y a los profesionales que algún bien y, por tanto, planificar las actuaciones se convierte en una necesidad para todas las organizaciones sanitarias.

En palabras de B Runciman, una elocuente analogía traída del ámbito clínico, ilustra la situación: “Las consecuencias de un evento adverso son análogas a las de una lesión cerebral grave. Después de una lesión cerebral, el daño provocado por el evento inicial es conocido como lesión primaria; este daño se añade al causado por eventos subsiguientes (tales como hipoxia e hipotensión) que provocan lesiones secundarias. La lesión primaria es un hecho consumado pero la afectación del daño secundario está, en buena medida, en manos del equipo médico. Después de un evento adverso en asistencia sanitaria, los factores secundarios pueden provocar tanto o más daño que el evento inicial. Este daño secundario puede ser resultado de comunicación deficiente, falta de empatía, o fallo en proporcionar apoyo cuando se precisa. Como en las lesiones cerebrales, la extensión del daño secundario está en manos del equipo asistencial”³⁴.

Los resultados son estimulantes para desplegar iniciativas en nuestro medio. No parece complicado tejer una trama de profesionales y cuadros intermedios entrenados y sensibilizados con este problema. Como se ha mencionado, Scott nos recuerda que esta acogida empática al profesional resuelve una gran parte de los conflictos a los que se enfrenta la segunda víctima.

Este proceso de apoyo entre pares, se debe completar con apoyo de los gestores y consejo legal si es necesario.

Afrontar las crisis que supone un evento adverso con consecuencias graves y acompañado de un impacto mediático relevante socialmente requiere de una actuación ordenada, ágil y orientada en un objetivo claro. Las instituciones deben asumir que entre los riesgos inherentes a su actividad se encuentra la aparición de EA y actuar en consecuencia para evitar un daño irreversible a su reputación.

MSSSI

Seguridad del Paciente

Debe tenerse presente que una adecuada gestión de los riesgos que acompañan a la prestación sanitaria es una de las mejores formas de apoyar a las segundas y terceras víctimas, ya que no se compromete innecesariamente la capacidad de los profesionales para evitar errores, y se incrementan las posibilidades de preservar la reputación de la institución sanitaria.

5. UNA REFLEXIÓN FINAL.

Los pacientes deben ser contemplados como protagonistas de su seguridad, en línea con los pronunciamientos estratégicos de la OMS y la evidencia de que pueden ser agentes activos en la mejora de la seguridad y la comprensión del funcionamiento de los servicios que los asisten, informados de los planes y políticas institucionales y del compromiso de transparencia para reforzar la seguridad cuando se producen eventos adversos.^{35 36}

Es necesario revertir la ausencia de normas organizacionales que apoyen la transparencia y combatan la falta de información y la información incompleta y desordenada, también introducir un enfoque sistémico de los eventos adversos, más que la búsqueda de responsabilidades individuales. No se trata de abrir un debate corporativista o gremial, sino reconocer que los estímulos a la ocultación nos privan de información valiosa para evitar la repetición del daño. En este sentido, el debate de alcance político debe incluir el estatus jurídico de esta información como ya se ha avanzado en otras legislaciones nacionales.

Para evitar el daño de manera prospectiva, el profesional, está éticamente obligado a desplegar los mejores estándares de calidad científico técnica y un uso correcto de los recursos, reforzando así los principios de no maleficencia y justicia. Pero si pese a ello, ese daño ocurre, entonces el profesional deberá ser capaz de asumir personalmente las obligaciones derivadas de ello.

La seguridad del paciente y el bienestar de los profesionales estarán mejor atendidos si somos capaces de ser más honestos en relación con nuestros errores, para con los pacientes, nuestros colegas, y nosotros mismos³⁷.

6. PUNTOS CLAVE.

- Detrás de todo incidente para la seguridad y con independencia de que ocasione un daño en algún paciente (primera víctima) se encuentra uno o varios profesionales que pueden verse afectados por este mismo incidente.
- El término de “Segundas Víctimas”, se lo debemos al profesor de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Albert Wu, quien en un editorial del New England Journal of Medicine de 2000, narró la desafortunada historia de un compañero de su época de residente a quién se le pasaron por alto unos signos clínicos trascendentes, con el resultado de ser juzgado inmediatamente de forma cruel por el conjunto de profesionales de su hospital.
- La segunda víctima de un incidente o un evento adverso es un profesional sanitario implicado en un error clínico que queda traumatizado por el incidente, con independencia de que el error haya supuesto algún daño al paciente.
- El temor a convertirse en una segunda víctima puede generar un incremento de la práctica de una medicina defensiva y, consecuentemente, más riesgos para el paciente por realizar una práctica inadecuada.
- Entre los programas de intervención para ayudar a las segundas víctimas, el programa *forYOU* en el hospital de la Universidad de Missouri es probablemente el más consistente.
- Este programa toma en consideración las etapas por las que pasan las segundas víctimas y se estructura de tal forma que intenta dar una respuesta proporcional a las necesidades emocionales de los profesionales según el momento en el que se encuentran.
- El equipo *forYOU* proporciona una especie de “primeros auxilios emocionales”, diseñados para proporcionar apoyo en situaciones de crisis e intervenir en el manejo de estrés ante situaciones especialmente difíciles, tales como eventos clínicos traumáticos, fracaso de los esfuerzos de rescate después de una intervención prolongada, resultado inesperado para el paciente, muerte de un niño, y otras situaciones emocionalmente difíciles y estresantes.

- Los miembros del equipo se ubican dentro de las áreas clínicas de alto riesgo. Utilizan un modelo de tres niveles, basado en la evidencia, para facilitar la transición de la segunda víctima a través de seis etapas de recuperación emocional.
- La tercera víctima de los EA son las propias instituciones donde se produce el incidente. La reputación del centro, de sus profesionales, y en definitiva la desconfianza son las primeras repercusiones institucionales. La crisis que representan los Eventos Adversos graves requieren también de la atención de los directivos de las instituciones, aunque son pocas las instituciones que cuentan con un comité de crisis para afrontar estas situaciones.
- Afrontar las crisis que supone un evento adverso con consecuencias graves y acompañado de un impacto mediático relevante socialmente requiere de una actuación ordenada, ágil y orientada en un objetivo claro.
- Los pacientes deben ser contemplados como protagonistas de su seguridad, en línea con los pronunciamientos estratégicos de la OMS.
- Para evitar el daño de manera prospectiva, el profesional, está éticamente obligado a desplegar los mejores estándares de calidad científico técnica y un uso correcto de los recursos, reforzando así los principios de no maleficencia y justicia. Pero si ese daño ocurre, a pesar de todo, entonces el profesional deberá ser capaz de asumir personalmente las obligaciones derivadas retrospectivamente de ello.
- El término "*open disclosure*" se refiere a la comunicación franca con el paciente (o sus familiares) que ha sufrido un evento adverso. Incluye la revelación abierta, continúa, sincera y con expresión auténtica de pesar y ayuda a los pacientes y familiares.
- Disponemos de recomendaciones para para ayudar a las segundas víctimas (<http://www.segundasvictimas.es/>)

7. REFERENCIAS.

- ¹ World Health Organization (2004), World Alliance for Patient Safety: Forward Programme (Geneva World Health Organization). Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf. Consultado el 20/07/2017.
- ² Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Gea-Velázquez de Castro MT, Requena-Puche J, Terol-García E, *et al.* Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals. Results of the Spanish National Study of adverse events (ENEAS). *International Journal for Quality in Health Care* 2009; 21: 408-14.
- ³ Combes A, Mokhtari M, Couvelard A, *et al.* Clinical and autopsy diagnoses in the intensive care unit: a prospective study. *ArchInternMed* 2004;164:389-92.
- ⁴ Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, *et al.* The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *JtComm J Qual Patient Saf* 2007;33:467-76.
- ⁵ Deborah Seysa, Susan Scott e, Albert Wub, Eva Van Gervena, Arthur Vleugelsa, Martin Euwemac, MassimilianoPanellad, James Conway f, WalterSermeusa, Kris Vanhaecht. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013) 678-87.
- ⁶ Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ* 2000; 320:726-7.
- ⁷ S D Scott, L E Hirschinger, K R Cox, M McCoig, J Brandt, L W Hall. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *QualSaf Health Care* 2009;18:325–30.
- ⁸ Pratt SD, Jachna BR. [Care of the clinician after an adverse event](#). *International J Obstetric Anesthesia*. 2015; 24, 54-63.
- ⁹ [Pratt S](#), [Kenney L](#), [Scott SD](#), [Wu AW](#). How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations. *J Qual Patient Saf*. 2012 May;38(5):235-40.
- ¹⁰ O'Beirne M, Sterling P, Palacios-Derflingher L, Hohman S, Zwicker K. Emotional impact of patient safety incidents on family physicians and their office staff. *J Am Board Fam Med*. 2012;25:177e83.
- ¹¹ Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser V, *et al.* The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *JtComm J Qual Patient Saf*. 2007;33:467–76
- ¹² Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, *et al.* [The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals](#). *BMC Health Services Research*. 2015; 15:151.
- ¹³ Ferrús L, SilvestreC, Olivera G, Mira JJ. Quality study about the experiences of colleagues of health professionals involved in an adverse event. *Journal Of Patient Safety*, 2016 in press.
- ¹⁴ Missouri University Health Care. ForYOU Team-Caring for our own. [Sede Web]. 2015 [acceso el 20 de noviembre de 2015]. <http://www.muhealth.org/about/qualityofcare/office-of-clinical-effectiveness/forYOU-team/> Consultado el 20/07/2016.
- ¹⁵ Scott S, Hirschinger L, Cox K, McCoig M, Brandt J, Hall L. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *QualSaf Health Care*. 2009;18:325–30.
- ¹⁶ Susan D. Scott; Laura E Hirschinger *et al.* Caring for our own. Deploying a Systemwide Second Victim Response Team. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2010. 36-5:233-40.
- ¹⁷ Aranaz JM, Mira JJ, Guilabert M, Herrero JF, Vitaller J, Grupo de trabajo «Segundas Víctimas» Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma Fund MAPFRE* (2013) Vol 24 nº 1:54-60.
- ¹⁸ Horstman MJ, *et al.* A 'Just Culture' for performance measures *BMJ QualSaf*. 2015;24:486–9.

- ¹⁹ Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, et al. 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. Alicante, 2015 (ISBN: 978-84-608-2768-9).
- ²⁰ Cathy James. Doctors' duty to report poor practice. *BMJ* 2012.
- ²¹ Emanuela Turillazzi and Margherita Neri. Medical error disclosure: from the therapeutic alliance to risk management: the vision of the new Italian code of medical ethics. *BMC Medical Ethics* 2014, 15:57.
- ²² Snyder L. American College of Physicians Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee. American College of Physicians. Ethics Manual: sixth edition. *Ann Intern Med* 2012;156:73-104.
- ²³ Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica, 2011. Disponible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica_0.pdf. Consultado el 20/07/2017.
- ²⁴ Albert W. Wu, Dennis J. Boyle, Gordon Wallace, Kathleen M. Mazor. Disclosure of adverse events in the United States and Canada: an update, and a proposed framework for improvement. *Journal of Public Health Research* 2013; 2:32:186-93.
- ²⁵ Lezzoni LI, Rao SR, DesRoches CM, et al. Survey shows that at least some physicians are not always open or honest with patients. *Health Aff (Millwood)* 2012;31:383-91.
- ²⁶ Boothman R, Blackwell A, Campbell D, Commiskey E, & Anderson S (2009) A Better Approach to Medical Malpractice Claims? The University of Michigan Experience, *J. Health & Life Sci.* L.125.
- ²⁷ Kachalia A, Shojania KG, Hofer TP, Piotrowski M, Saint S. Does full disclosure of medical errors affect malpractice liability? *Joint Commission Journal on Quality & Safety* 2003; 29:503-11.
- ²⁸ Mira JJ, Lorenzo S. Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso. *Gac Sanit.* 2015;29:370-4.
- ²⁹ Health Law. "I'm sorry" laws and medical liability. i Virtual Mentor. American Medical Association Journal of Ethics. Vol 7, April 2007, no 4.
- ³⁰ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Disclosing Medical Errors. A Guide to An Effective Explanation and Apology. 2007.
- ³¹ Massachusetts Coalition for Prevention of Medical Errors. When Things Go Wrong: Responding to Adverse Events. 2006.
- ³² El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales. Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- ³³ Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S. Qué hacen hospitales y atención primaria para mitigar el impacto social de los eventos adversos graves. *Gaceta Sanitaria*. 2017 (en prensa).
- ³⁴ Runciman B, Merry A, Walton M. Safety and Ethics in Healthcare. A Guide to Getting it Right Ashgate (2008).
- ³⁵ O.M.S Pacientes para la seguridad del paciente disponible en http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/pfps_postcard_sp.pdf. Consultado el 20/07/2017.
- ³⁶ La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.
- ³⁷ Simón Lorda P. Ética y seguridad de los pacientes. Monografía Humanitas. Fundación. Medicina y Humanidades Médicas. Barc 2004-8. 145-161.

