



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



EDITORIAL

Las segundas víctimas de los incidentes para la seguridad de los pacientes



Second victims of safety patient incidents

J.J. Mira^{a,*} y S. Lorenzo^b

^a Departamento de Salud Alicante-Sant Joan d'Alacant, Alicante, España

^b Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

Disponible en Internet el 4 de mayo de 2016

La atención sanitaria no está exenta de riesgos. Cuando se produce un incidente para la seguridad de los pacientes, ya sea un evento adverso o un incidente sin daño (casi error), los pacientes sufren física y emocionalmente el impacto del incidente; pero también los profesionales sienten miedo, dudas acerca de su capacidad para atender a los pacientes, ansiedad e inseguridad a consecuencia de estos incidentes¹. Es un sufrimiento distinto al del paciente, pero es un impacto negativo que incapacita, que aumenta la probabilidad de error en las horas y días siguientes, que invita a una medicina defensiva que, en conjunto, tiene consecuencias negativas para los pacientes, los profesionales y el sistema sanitario.

Los profesionales que se han visto en esta situación saben muy bien que se experimenta una reacción emocional negativa que impide o dificulta desempeñar con suficiente destreza la labor asistencial, que provoca un sentimiento de culpa o de incapacidad que puede, en casos más extremos, conducir a decisiones drásticas como abandonar la profesión.

Estudiar la respuesta de los profesionales tras un incidente era el siguiente paso en la natural evolución de la investigación en seguridad del paciente, un paso previsible y, sin duda, necesario. Era lógico que se pusiera la atención en los profesionales en quienes los incidentes tienen también un impacto negativo. Este monográfico de la REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL (RCA) es fruto de esta misma reflexión.

El Institute of Medicine en EE. UU.² situó hace unos años la seguridad de los pacientes en el centro de atención de las organizaciones ciudadanas e instituciones sanitarias. A partir de ese momento, empezamos a visualizar cómo cambiaban las prioridades en materia de calidad. Se empezó por el estudio de la frecuencia de incidentes para la seguridad de los pacientes (fundamentalmente de eventos adversos), para pasar inmediatamente a buscar sus causas a fin de atajarlas. Aprendimos, después, a gestionar los riesgos inherentes a la atención sanitaria, sobre todo en servicios críticos, de especial riesgo para la seguridad de los pacientes. Actualmente, los programas e intervenciones puestas en marcha están evitando que un volumen cada vez mayor de pacientes sufran algún daño y a salvar vidas.

En el año 2000, Albert Wu³ empleó el término segundas víctimas para referirse a estos profesionales afectados por el impacto de eventos adversos y casi-errores. Desde entonces se han venido realizando distintos estudios en los países desarrollados occidentales para analizar su frecuencia, describir sus manifestaciones y establecer sus determinantes y consecuencias⁴⁻⁷. Uno de los últimos estudios publicados ha sido realizado en España con la participación de profesionales de 8 comunidades autónomas⁸.

Si atendemos a los datos de este estudio nacional, un 62% de los profesionales sanitarios de atención primaria y el 72% de los profesionales de hospitales han vivido de cerca este fenómeno de las segundas víctimas en nuestro país. En el sitio web <http://www.segundavictimas.es> puede consultarse toda esta información y consultar una guía con recomendaciones sobre cómo actuar en estos casos.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose.mira@umh.es (J.J. Mira).

La cultura de seguridad que se comparte en los centros es clave a la hora de predecir la respuesta de los profesionales ante los incidentes para la seguridad⁹. La respuesta de los mandos intermedios y de los directivos cuando sucede algún incidente, especialmente algún evento adverso con consecuencias graves, es determinante de cómo se afrontan estas situaciones y de la información y trato que reciben los pacientes. Los estudios tanto en España como fuera de nuestro país, nos indican que hay mucho camino por recorrer¹⁰⁻¹⁴.

Estabilizar y atender las necesidades emocionales del paciente que sufre un evento adverso es una prioridad de la práctica asistencial, pero los directivos deben también saber cuidar a los profesionales que se ven involucrados involuntariamente en estos incidentes. Abrir un proceso de reflexión sobre cómo debe actuarse en estos casos es la consecuencia lógica de cultura que se viene reclamando desde hace años.

La falta de conciencia en la sociedad de que la asistencia sanitaria totalmente segura no es posible, un ordenamiento jurídico con contradicciones y distante de la cultura proactiva en seguridad que se preconiza desde sociedades científicas, colectivos profesionales, centros e instituciones sanitarias, una cultura centrada en el error humano y no en los fallos latentes de sistema, la inseguridad jurídica de las condiciones actuales de la notificación de eventos adversos o la sensación extendida entre los profesionales de no sentirse respaldados por sus directivos, por citar algunos ejemplos, no ayudan en nada a disminuir la frecuencia e intensidad del fenómeno de la segunda víctima.

Este número monográfico de RCA busca sensibilizar a autoridades sanitarias, directivos, colectivos profesionales y de pacientes y, en definitiva a todos los agentes del proceso asistencial, sobre esta problemática que, por distintas vías, ahoga la calidad asistencial en los sistemas sanitarios.

Bibliografía

1. Seys D, Wu AW, van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: A systematic review. *Eval Health Prof.* 2012;36:135-62.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (Institute of Medicine) *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
3. Wu AW. Medical error: The second victim. *BMJ.* 2000;320:726-7.
4. Schwappach D, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly.* 2008;1-7.
5. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error: A systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Qual Saf Health Care.* 2010;18:746-52.
6. Brandom B, Callahan P, Micalizzi DN. What happens when things go wrong? *Paediatr Anaesth.* 2011;21:730-6.
7. Seys D, Scott S, Wu A, van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review. *Int J Nurs Stud.* 2013;50:678-87.
8. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al., Research Group on Second and Third Victims. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:151.
9. Wakefield JG, McLaws ML, Whitby M, Patton L. Patient safety culture: Factors that influence clinician involvement in patient safety behaviours. *Qual Saf Health Care.* 2010;19:585-91.
10. Parand A, Dopson S, Renz A, Vincent Ch. The role of hospital managers in quality and patient safety: A systematic review. *BMJ Open.* 2014;4:e005055.
11. Panella M, Leigheb F, Rinaldi C, Donnarumma C, Tozzi Q, di Stanislao F. Defensive Medicine: Overview of the literature [Article in Italian]. *Ig Sanita Pubbl.* 2015;71:335-51.
12. Gerven EV, Seys D, Panella M, Sermeus W, Euwema M, Federico F, et al. Involvement of health-care professionals in an adverse event: The role of management in supporting their workforce. *Pol Arch Med Wewn.* 2014;124:313-20.
13. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, et al., Research Group on Second and Third Victims. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:341.
14. Mira J, Lorenzo S, en nombre del equipo de investigación en segundas víctimas. Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso. *Gac Sanit.* 2015;29:370-4.