



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales



I. Carrillo^{a,*}, L. Ferrús^b, C. Silvestre^c, P. Pérez-Pérez^d, M.L. Torijano^e, F. Iglesias-Alonso^e, P. Astier^f, G. Olivera^g, J.A. Maderuelo-Fernández^h y Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas[◇]

^a Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España

^b Càtedra de Direcció, Gestió i Administració, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^c Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, Pamplona, Navarra, España

^d Observatorio para la Seguridad del Paciente, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Sevilla, España

^e Área de Salud Talavera de la Reina, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), Toledo, España

^f Centro de Salud Caspe, Sector Alcañiz, Servicio Aragonés de Salud (SALUD), Zaragoza, España

^g Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^h Gerencia de Atención Primaria de Salamanca, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL), Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca, España

Recibido el 1 de febrero de 2016; aceptado el 27 de abril de 2016

Disponible en Internet el 2 de julio de 2016

PALABRAS CLAVE

Seguridad del paciente;
Eventos adversos;
Errores médicos;
Profesionales sanitarios;
Atención primaria;
Hospitales

Resumen

Objetivo: Identificar los enfoques metodológicos y avances de un conjunto de estudios que se han realizado en España desde 2014 en la línea de investigación sobre segundas víctimas, mediante la evaluación del impacto de los eventos adversos (EA) en los profesionales sanitarios. Elaborar un conjunto de herramientas de ayuda para reducir su impacto.

Método: Estudio descriptivo en el que se encuestó a directivos y coordinadores de seguridad de hospitales y atención primaria para conocer qué actividades se estaban llevando a cabo en materia de segundas víctimas, y a profesionales asistenciales para describir su posible experiencia como segundas víctimas, junto a estudios cualitativos para diseñar una guía de acciones recomendadas tras un EA, un programa *online* de sensibilización sobre este fenómeno, una *app* con actividades en seguridad responsabilidad de los directivos y una herramienta web para el análisis de los EA.

Resultados: Participaron 1.493 profesionales (directivos, coordinadores de seguridad y personal asistencial) de 8 comunidades autónomas. La guía de recomendaciones, el programa *online* y las aplicaciones desarrolladas se encuentran accesibles en el sitio web: www.segundasvictimas.es, que recibió más de 2.500 visitas en un año.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: icarrillo@umh.es (I. Carrillo).

◇ Los nombres de los integrantes del Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas están relacionados en el Anexo.

KEYWORDS

Patient safety;
Adverse events;
Medical errors;
Healthcare providers;
Primary care;
Hospital

Discusión: Los resultados del estudio representan un punto de partida en el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España. Las herramientas desarrolladas sensibilizan a la comunidad sanitaria acerca de esta problemática y dotan a los profesionales de habilidades para gestionar el impacto de los EA.

© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Proposals for the study of the second victim phenomenon in Spanish Primary Care Centres and Hospitals

Abstract

Objective: To identify the Spanish studies conducted since 2014 on second victims. Its main objective was to identify a global response to the second victim problem, assessing the impact of adverse events (AE) on caregivers and developing of a set of tools to reduce their impact.

Method: Descriptive studies in which a sample of managers and safety coordinators from Hospitals and Primary Care were surveyed to determine the activities being carried out as regards second victims, as well as a sample of health professionals to describe their experience as a second victims. Qualitative studies are included to design a guide of recommended actions following an AE, an online awareness program on this phenomenon, an application (app) with activities on safety that are the responsibility of the managers, and a web tool for the analysis of AEs.

Results: A total of 1,493 professionals (managers, safety coordinators and caregivers) from eight Spanish regions participated. The guide of recommendations, the online program, and the developed applications are accessible on the website: www.segundasvictimas.es, which has received more than 2,500 visits in one year.

Discussion: Study results represent a starting point in the study of the second victim phenomenon in Spain. The tools developed raise the awareness of the medical healthcare community about this problem, and provide professionals with basic skills to manage the impact of AEs.

© 2016 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Sumar años de experiencia en la atención a pacientes y no haberse visto involucrado nunca en ningún error son incompatibles. Algo más de la mitad de estos errores no tendrán consecuencias relevantes en los pacientes y solo algunos ocasionarán un daño grave^{1,2}.

En los estudios en los que se ha preguntado directamente a profesionales sanitarios de hospitales y atención primaria si se habían visto comprometidos por algún fallo del sistema o algún error que causara algún daño a algún paciente en un periodo de tiempo determinado (normalmente los últimos 5-15 años), entre un 55 y un 89% contestaron afirmativamente³⁻⁵. En la mayoría de estos casos no se informó al paciente⁵⁻⁹.

La experiencia personal de unos pocos profesionales afectados emocionalmente tras haber cometido un error clínico¹⁰⁻¹² puso en marcha, hace unos 15 años, una nueva línea de trabajo en seguridad del paciente: minimizar el impacto de los eventos adversos (EA) en los profesionales que se ven implicados en ellos, segundas víctimas de los EA.

Las segundas víctimas han sido definidas por Wu¹² como los profesionales sanitarios implicados en un EA que han quedado traumatizados por esa experiencia o que no han sido capaces de afrontar emocionalmente esta situación. Scott

et al.¹³ han descrito una trayectoria de recuperación predecible de la segunda víctima consistente en 6 fases: caos y respuesta al accidente, pensamientos intrusivos, restaurar la integridad personal, soportar la inquisición, conseguir apoyo emocional, y seguir adelante (abandono, supervivencia o superación). Schwappach y Boluarte¹⁴ en 2008, Sirriyeh et al.¹⁵ en 2010, Seys et al. en 2012¹⁶ y 2013¹⁷, y Panella et al.¹⁸ en 2014 han revisado los estudios publicados sobre este fenómeno. Los estudios sobre las segundas víctimas incluyen: análisis de la frecuencia con la que los profesionales sufren el impacto emocional negativo de verse involucrados en fallos y errores; la naturaleza y características del fenómeno de las segundas víctimas, y el diseño de intervenciones para ayudar a las segundas víctimas a recuperarse de ese impacto. Estos estudios han permitido establecer recomendaciones sobre cómo actuar una vez se ha producido un incidente. Sin embargo, la totalidad de estos trabajos se han realizado en hospitales y apenas hay estudios con propuestas de intervención para sensibilizar a los profesionales sobre esta problemática a fin de reducir el impacto emocional que tienen los EA en los profesionales. En España, Aranaz et al.¹⁹ realizaron un estudio en el que un panel de expertos estableció recomendaciones relacionadas con el apoyo a la segunda víctima, el asesoramiento legal y el manejo de la comunicación institucional tras la

ocurrencia de un EA que dieron lugar a un decálogo de buenas prácticas dirigido a ayudar a directivos, jefes de servicio y profesionales a guiar sus actuaciones en caso de EA.

No obstante, persisten algunas incógnitas y necesidades de las segundas víctimas a las que dar respuesta, entre las que destacan: 1) el desconocimiento de la magnitud (en datos) del impacto de los EA en los profesionales en España; 2) la falta de información sobre si hay instituciones en nuestro entorno sanitario que hayan implantado medidas de apoyo a las segundas víctimas y elaborado protocolos de comunicación franca con los pacientes y sus familias; 3) la ausencia de programas de carácter preventivo que preparen a los profesionales ante esta eventualidad y que se centren no solo en hospitales, sino también en atención primaria, y 4) la inexistencia de herramientas y guías adaptadas a las características de nuestro entorno sanitario para dar respuesta al fenómeno de las segundas víctimas.

Por estas razones, un conjunto de profesionales e investigadores de más de una decena de instituciones de 8 comunidades autónomas coincidimos en una misma línea de investigación con el propósito de dar una respuesta global a la problemática de las segundas víctimas. El objetivo de este trabajo fue identificar los enfoques metodológicos y avances de un conjunto de estudios que se han realizado en España desde 2014 en la línea de investigación sobre segundas víctimas.

Método

Se incluyeron una serie de estudios de carácter descriptivo y otros basados en técnicas de investigación cualitativa impulsados por un mismo equipo investigador. La **figura 1** ofrece una visión general del conjunto de estudios realizados en el marco de la investigación en segundas víctimas.

Intervenciones institucionales en materia de segundas víctimas

Estudio descriptivo que tuvo como objetivo conocer qué se hacía y qué se podría hacer en hospitales y atención primaria para abordar el fenómeno de las segundas víctimas.

Se diseñó, por consenso del equipo investigador, un cuestionario *online* con 45 intervenciones agrupadas en 5 categorías: 1) cultura de seguridad; 2) plan de crisis en caso de un EA grave; 3) comunicación y transparencia con el paciente y su familia; 4) atención a las segundas víctimas, y 5) comunicación e imagen institucional. Para cada una de las intervenciones, se evaluó el grado de implantación en la institución del participante y el grado de utilidad percibida.

Ocho miembros del equipo investigador, uno por cada comunidad autónoma participante, fueron los responsables de difundir el enlace de la encuesta entre los directivos y los coordinadores de calidad y seguridad de atención primaria y de hospitales de su región. Junto con la invitación a participar se facilitó un documento en el que se aseguraba el carácter voluntario de la participación y el anonimato de las respuestas. Se realizaron tantos recuerdos como fueron necesarios para alcanzar la tasa de respuesta deseada.

Se utilizó un muestreo aleatorizado estratificado por comunidad autónoma y perfil profesional (directivo o coordinador de seguridad). Se invitó a responder a un total de

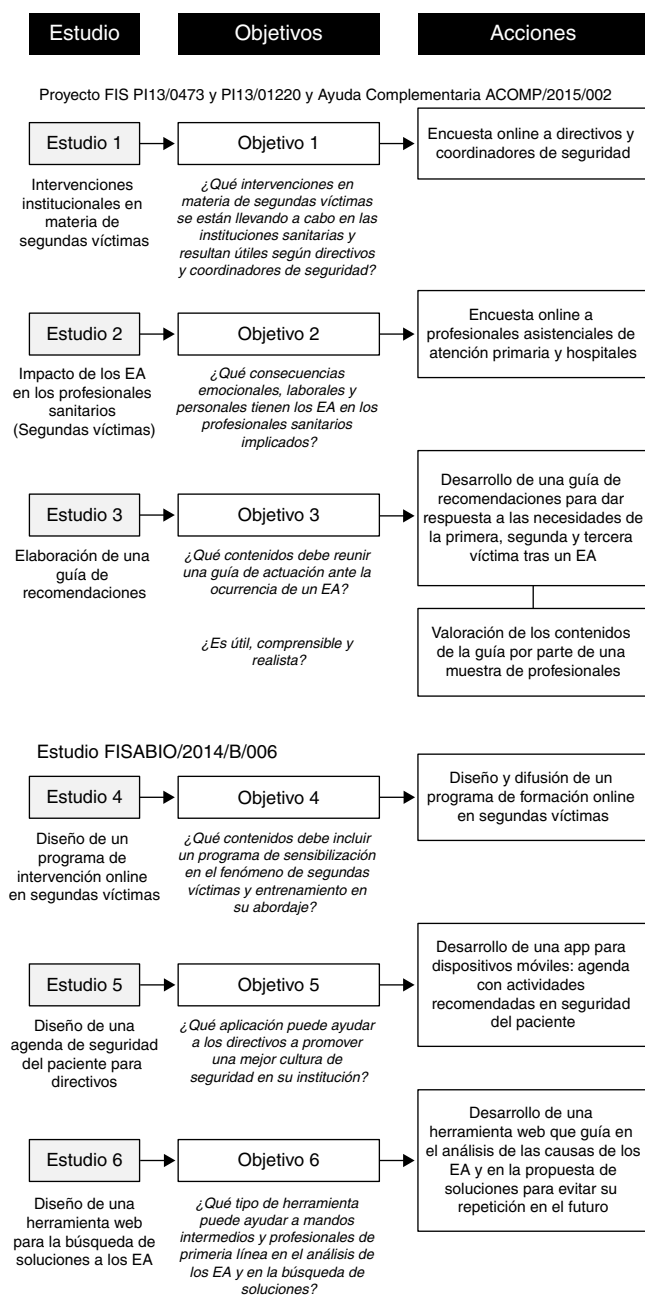


Figura 1 Estudios desarrollados en la línea de investigación sobre segundas víctimas.

635 profesionales, 328 directivos y 307 coordinadores de seguridad. El tamaño muestral fue calculado para un error máximo del 5%.

Impacto de los eventos adversos en los profesionales sanitarios (segundas víctimas)

El objetivo fue determinar las consecuencias emocionales, laborales y personales de los EA en los profesionales sanitarios implicados.

Para llevarlo a cabo se elaboró un cuestionario, por consenso del equipo investigador, estructurado en una serie de bloques que evaluaban: cultura de seguridad, probabilidad

estimada de que se produjese un EA en la propia institución y servicio, sucesos esperables tras la ocurrencia de un EA (comunicación con el paciente, temores y problemas de relación en el entorno laboral), experiencia propia o ajena de segunda víctima y de comunicación al paciente y sus consecuencias, e interés en recibir formación sobre el abordaje de este fenómeno.

El procedimiento seguido para la difusión de la encuesta y la recogida de datos fue similar al anterior.

Se utilizó un muestreo aleatorizado estratificado por comunidad autónoma y nivel asistencial (atención primaria u hospital). Se determinó entrevistar a un mínimo de 1.340 profesionales sanitarios con actividad asistencial para un nivel máximo de error estimado del 3%.

Elaboración de una guía de recomendaciones

Estudio cualitativo para la elaboración de una guía de pautas a seguir tras la ocurrencia de un EA dirigidas a cubrir tanto las necesidades clínicas y de información del paciente (primera víctima) como las de apoyo y asesoramiento del profesional (segunda víctima), y a evitar la pérdida de reputación de la institución (tercera víctima).

Un equipo *core* multidisciplinar y con experiencia en clínica, gestión y seguridad del paciente fue el responsable de llevar a cabo la revisión de la literatura, de aplicar técnicas cualitativas con grupos de profesionales para identificar situaciones problema, y de analizar la información para elaborar un conjunto de recomendaciones. En el desarrollo de esta guía se utilizó el instrumento AGREE II²⁰.

La versión final de la guía fue evaluada por un grupo independiente de directivos y coordinadores de seguridad del paciente en términos de comprensión, factibilidad y utilidad.

Diseño de un programa de intervención *online* en segundas víctimas

Estudio consistente en el diseño y desarrollo de un programa de intervención *online* dirigido a sensibilizar a los profesionales sanitarios en el fenómeno de las segundas víctimas y a dotarles de estrategias y recursos para gestionar y reducir el impacto de los EA.

Un grupo de expertos en calidad y seguridad del paciente seleccionó los contenidos y elementos informativos que debía reunir el programa de formación *online* e identificó una serie de situaciones problema relacionadas con la ocurrencia de un EA, que posteriormente fueron representadas y filmadas por un equipo de actores en 2 modalidades (qué hacer y qué no hacer). El programa se estructuró en 2 módulos: informativo y demostrativo. Se optó por elaborar la mayoría de los materiales en formato audiovisual para facilitar su comprensión y lograr un diseño que resultase amigable y ameno para el usuario.

El público objetivo para el que fue concebido el programa de intervención incluía personal sanitario con actividad asistencial directa con el paciente (profesionales de medicina, enfermería y personal auxiliar), equipos directivos y coordinadores de seguridad y calidad asistencial de atención primaria y hospitales. No obstante, se decidió no establecer ningún criterio de admisión con el fin de que cualquier

usuario con interés en el fenómeno de la segunda víctima tuviese la posibilidad de registrarse en la plataforma web del curso. Desde la publicación en web del programa, se le ha dado difusión en congresos y seminarios científicos y mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación (correo electrónico, redes sociales, página web). Este programa es un recurso de acceso libre y universal.

Diseño de una agenda de seguridad del paciente para directivos

Se diseñó y desarrolló una aplicación para dispositivos móviles que consistía en una agenda de seguridad del paciente pensada para directivos de atención primaria y hospitales.

Para el desarrollo de la *app* se identificó, mediante la realización de un grupo de consenso y de una revisión de literatura científica y legal, un conjunto de actividades en materia de seguridad que eran responsabilidad de los directivos de instituciones sanitarias. La versión beta de la agenda fue valorada por un grupo de directivos que identificaron áreas de mejora, y estas fueron incorporadas a la versión final.

Diseño de una herramienta web para la búsqueda de soluciones a los eventos adversos

Estudio de diseño y desarrollo de una herramienta web (denominada BACRA) para ayudar a mandos intermedios y a profesionales de primera línea en el análisis de las causas de los incidentes para la seguridad de los pacientes y en la búsqueda de soluciones dirigidas a evitar que eventos similares se repitan en el futuro.

En primer lugar, se llevó a cabo una revisión de la literatura científica y una serie de entrevistas a responsables de seguridad de centros sanitarios con el fin de identificar las barreras que los profesionales sanitarios encontraban en su práctica diaria a la hora de notificar los incidentes para la seguridad de los pacientes. A partir de la información recogida, se definieron los criterios que debía reunir la herramienta, tratando de dar respuesta a las dificultades identificadas. Este proceso de definición se completó con la evaluación de las características de algunos de los sistemas de notificación utilizados en nuestro entorno sanitario. Tras esta fase inicial de diseño de la herramienta, se procedió a su desarrollo.

Una vez desarrollada la primera versión de BACRA (aplicación basada en análisis causa-raíz), se llevaron a cabo sesiones con mandos intermedios de hospitales y centros de atención primaria de Cataluña, Comunidad Valenciana, Navarra, Madrid, País Vasco y Andalucía, en las que se presentó la herramienta y se invitó a los participantes a aportar sugerencias de mejora tras el uso y la valoración de la aplicación. De esta forma se fueron incorporando mejoras en BACRA hasta llegar a su tercera y última versión.

Consideraciones éticas

Los 3 primeros estudios fueron aprobados por los Comités de Ética de Investigación Clínica de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana (CEIC APCV) y del Hospital

Universitario Fundación Alcorcón (CEIC HUFA). Los 3 últimos estudios de desarrollo de recursos tecnológicos fueron aprobados por el Comité de Ética del Hospital San Juan de Alicante.

Resultados

En el marco de este conjunto de estudios se desarrollaron una serie de recursos de ayuda para el colectivo de los profesionales sanitarios (asistenciales, mandos intermedios, coordinadores de seguridad y directivos) de cara a afrontar el fenómeno de la segundas víctimas en sus centros sanitarios. La relación de estos recursos se resume en la [tabla 1](#). Todos ellos son de acceso libre y se encuentran disponibles en la página web: www.segundasvictimas.es.

A continuación, se resumen los principales hallazgos y productos de cada uno de estos estudios.

Intervenciones institucionales en materia de segundas víctimas

Un total de 197 directivos y 209 coordinadores de seguridad del paciente procedentes de hospitales y centros de atención primaria de 8 comunidades autónomas respondieron a la encuesta. Las autonomías participantes en el estudio (Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y País Vasco) proporcionaron cobertura sanitaria al 76,2% de la población española, representaron el 75,3% de las consultas ordinarias de atención primaria en el año 2014²¹ y supusieron el 76% de las altas hospitalarias en el año 2013²².

Los participantes en este estudio refirieron que la mayoría (258, 67,9%) de las instituciones sanitarias en España no disponían de un programa de apoyo a la segunda víctima, y el 38,9% (154) afirmó que no contaban con un plan de crisis que protegiese a la organización tras la ocurrencia de un EA. Asimismo, afirmaron que las prácticas de comunicación franca con el paciente víctima del EA y su familia eran pobres o inexistentes. Se constató también una menor protección a las segundas y terceras víctimas en atención primaria que en hospitales ($p < 0,001$).

Impacto de los eventos adversos en los profesionales sanitarios (segundas víctimas)

En este estudio participaron un total de 1.087 profesionales sanitarios con actividad asistencial (50% médicos, 46% enfermeros y 4% otros colectivos) en centros de atención primaria y hospitales de las 8 comunidades autónomas antes mencionadas.

Más de la mitad de los profesionales participantes (727, 66,9%) había vivido la experiencia de segunda víctima, bien en primera persona, o bien a través de un colega. El mal estar derivado de la participación en un EA se caracterizó por ansiedad, sentimientos de culpa, dudas acerca de cómo informar de lo sucedido al paciente, a los compañeros y a los superiores, miedo a las consecuencias legales y preocupación por la pérdida de prestigio profesional. Solo una minoría de los participantes (192, 17,7%) había recibido formación sobre cómo afrontar este fenómeno.

Elaboración de una guía de recomendaciones

La «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» reunió un total de 85 acciones recomendadas que habían sido consensuadas y valoradas por 92 profesionales (entre autores —miembros del equipo de investigación y colaboradores— y evaluadores). Las recomendaciones fueron agrupadas en 8 categorías: 1) cultura de seguridad y política institucional; 2) atención al paciente víctima del EA; 3) actitud proactiva para evitar que vuelva a producirse; 4) apoyo al profesional y al equipo asistencial; 5) activación de los recursos para dar una respuesta adecuada y a tiempo; 6) informar al paciente o a sus familiares; 7) análisis detallado del incidente, y 8) cuidar la reputación de los profesionales y de las instituciones. El listado de recomendaciones iba acompañado de un conjunto de *checklists* y algoritmos de decisión que pretendían facilitar la puesta en práctica de las acciones sugeridas. El total de descargas de la guía fue de 1.521 en un periodo de 8 meses.

Diseño de un programa de intervención online en segundas víctimas

Finalmente, 16 profesionales del equipo investigador y un equipo externo de actores participaron en la elaboración de los materiales audiovisuales del programa *online* sobre el fenómeno de las segundas víctimas (16 presentaciones con voz en off y 17 vídeos de representación de situaciones).

El módulo inicial del curso proporcionó información relevante acerca de conceptos clave, tales como tipos de incidentes para la seguridad del paciente, segunda y tercera víctimas. El módulo demostrativo, por su parte, consistió en un conjunto de herramientas y recursos que pretendían dotar al usuario de habilidades para analizar los incidentes, informar de lo ocurrido al paciente víctima del EA o a su familia, y apoyar a la segunda víctima. Cada módulo estuvo precedido y sucedido por un test de evaluación de conocimientos.

El programa estuvo accesible a los profesionales interesados a partir de noviembre de 2015. Cuatro meses después, 147 usuarios se habían registrado en este programa en web.

Diseño de una agenda de seguridad del paciente para directivos

La «Agenda para la seguridad del paciente» dirigida a directivos de instituciones sanitarias reunió un total de 37 tareas recomendadas, agrupadas en 8 categorías: 1) identificación y análisis de los procesos de gestión; 2) análisis de resultados y seguimiento de la gestión de riesgos en el centro; 3) acciones formativas en seguridad del paciente; 4) comunicación, información y documentación; 5) consecuencias EA; 6) auditorías; 7) cultura de seguridad positiva, y 8) acuerdos de gestión. Esta *app* permitía al usuario programar y añadir tareas propias, así como obtener informes de cumplimiento.

Hasta el momento del cierre del manuscrito (abril 2016), la «Agenda para la seguridad del paciente» ha tenido un total de 191 descargas.

Tabla 1 Relación de recursos desarrollados en el marco de la línea de investigación en segundas víctimas

Recurso/fuente	Atributos/contenidos	Acceso
Web oficial de segundas víctimas	Presentación del proyecto, equipo investigador, definiciones, publicaciones de interés, revisiones y comentarios, resultados del proyecto y acceso al programa de intervención <i>online</i> Este portal ha recibido un total de 2.579 visitas en un periodo de un año	http://www.segundasvictimas.es/
Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. BMC Health Serv Res. 2015;15:341	Experiencia personal de seguridad del paciente. Experiencia previa en comunicar EA a pacientes. Experiencia de segunda víctima: respuesta emocional, consecuencias laborales y dificultades de relación	https://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0994-x
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 Serv Res. 2015;15:151	Conjunto de intervenciones recomendadas a nivel institucional en materia de seguridad del paciente, plan de crisis, comunicación franca con los pacientes, apoyo a la segunda víctima, y comunicación externa y reputación de la organización. Grados de implantación y utilidad percibida por profesionales del Sistema Nacional de Salud	https://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7
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	Comportamiento ético con el paciente (información del EA). Quién informa Ayuda a la segunda víctima (tipo y proveedor de apoyo, asesoramiento jurídico, participación en el análisis del incidente, etc.) Respuesta institucional y análisis del incidente	Accesible a través del programa de formación <i>online</i> . Alojado en módulo demostrativo
Agenda para la seguridad del paciente	Herramienta para mantener al día acciones en seguridad del paciente. Dirigida a directivos de atención primaria y hospitales. Permite obtener informe de cumplimiento	Descarga disponible en: https://itunes.apple.com/es/app/agenda-para-la-seguridad-del/id1008897674?l=en&mt=8
BACRA	Aplicación web basada en el análisis causa-raíz (ACR) y en el análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Está encaminada a identificar qué ha sucedido, cómo, cuándo, dónde, por qué y cómo se podría haber evitado	http://bacra.segundasvictimas.es/
Programa <i>online</i> de sensibilización	Información escrita sobre conceptos básicos Presentaciones con voz en off sobre temáticas concretas (comunicación franca al paciente, protocolo de Londres, ACR, comunicación de crisis, programas de apoyo a la segunda víctima, etc.) Vídeos de representación de situaciones en 2 modalidades de actuación: mejorable y deseable Documento guía y aplicaciones virtuales	Accesible mediante registro gratuito en: http://www.segundasvictimas.es/acceso.php

Diseño de una herramienta web para la búsqueda de soluciones a los eventos adversos

En las fases de evaluación y rediseño de la aplicación web para el análisis de los EA participaron un total de 86 mandos intermedios de centros de atención primaria y hospitales.

BACRA estuvo integrada por 7 pestañas a través de las cuales se guiaba al usuario en el proceso de análisis de un EA y en la búsqueda de soluciones al mismo. El acceso a la aplicación estuvo diferenciado en función del nivel asistencial, dado que se codificaron naturalezas y causas del daño distintas para hospitales y centros de atención primaria. Dos de las características que otorgaron valor a esta aplicación web y que la diferenciaron de la mayoría de los sistemas de notificación utilizados en España fueron el escaso tiempo requerido para su cumplimentación y la completa anonimidad de los datos, ya que, por un lado, no se registraba ninguna información referida a la persona que realizaba el análisis ni al profesional involucrado en el EA y, por otro, solo era posible acceder al contenido del análisis por medio de la clave que el propio usuario creaba para tal fin.

Hasta el momento del cierre del manuscrito (abril 2016), BACRA ha sido utilizada para el análisis de 72 incidentes con y sin daño para el paciente.

Discusión

Los resultados de esta línea de trabajo ofrecen una visión global del fenómeno de las segundas víctimas en nuestro entorno sanitario en términos de impacto, frecuencia y existencia de actuaciones dirigidas a abordar dicho fenómeno. Hasta ahora la vivencia de la segunda víctima apenas había sido estudiada en España^{3,19}. Esta experiencia, además del impacto emocional que supone para el profesional afectado, conlleva un importante impacto económico en términos de días de absentismo laboral, de prescripción innecesaria de pruebas ligada a un incremento de la inseguridad en la toma de decisiones clínicas, y de pérdida de profesionales (en la mayoría de ocasiones competentes) que deciden abandonar la profesión. A esto se suman los costes asociados a la pérdida de reputación y de imagen social de las instituciones (terceras víctimas). Por todo ello, se requieren protocolos de acción y herramientas de ayuda que contribuyan a la prestación de una atención más segura, y que sirvan de guía a la hora de ofrecer una respuesta global ante la ocurrencia de incidentes para la seguridad de los pacientes.

Los resultados de los estudios exploratorios⁵⁻⁶ aquí descritos, junto con la guía de recomendaciones y las herramientas virtuales desarrolladas, representan un punto de partida en el conocimiento y abordaje del fenómeno de las segundas víctimas en España.

Se espera que la guía sirva de orientación a directivos y profesionales de las instituciones sanitarias para afrontar adecuadamente la ocurrencia de los EA y dar respuesta a las necesidades de todos los agentes implicados (paciente, profesionales e institución). Se ha realizado un esfuerzo por adaptar las iniciativas y medidas de otros países a nuestro contexto legal, cultural y sanitario, por ejemplo en lo que se refiere a la comunicación con el paciente por la inexistencia en nuestro entorno de las denominadas leyes

de disculpa²³. Por su parte, el programa de sensibilización en segundas víctimas representa, hasta ahora, la única alternativa de formación especializada en este fenómeno accesible a todo el territorio español, estando también disponible para profesionales de otros países, dado su carácter *online*.

La necesidad de apoyo a la segunda víctima va más allá del principio ético y moral de cuidar a quienes cuidan de la salud de los demás, siendo su objetivo final la reducción de los riesgos para el paciente y, por tanto, la mejora de su seguridad. Esta relación entre ayuda a la segunda víctima y mejora de la seguridad de los pacientes puede concretarse en: 1) una reducción de la probabilidad de que se produzcan nuevos EA relacionados con el profesional afectado (la segunda víctima puede requerir estar un tiempo alejada de la actividad asistencial para recuperar su nivel de rendimiento previo al evento); 2) información valiosa para el proceso de análisis y búsqueda de soluciones dirigidas a evitar EA similares en el futuro (segunda víctima como informador clave), y 3) una menor probabilidad de que, tras un EA, profesionales sanitarios competentes, de los que en términos generales los pacientes se benefician, abandonen la actividad asistencial.

De cara al futuro, sería interesante estudiar la experiencia de una o varias instituciones sanitarias en la puesta en práctica de las recomendaciones elaboradas, evaluando la efectividad de las intervenciones implantadas en términos de reducción del número y de la gravedad de EA, de calidad del proceso de comunicación con el paciente que ha sufrido un EA y de bienestar del profesional implicado. Asimismo, sería oportuno valorar la necesidad de redefinir el concepto de segunda víctima²⁴ o, al menos, la idoneidad de extender los recursos de apoyo dirigidos a esta población a todo profesional sanitario que, por cualquier motivo (sufrimiento emocional derivado o no de un EA, *burnout*, problemas personales, etc.), haya visto disminuida la calidad de su desempeño.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los estudios descriptivos han sido financiados por el Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Economía y Competitividad) y por el Fondo de Investigaciones Sanitarias y Fondos FEDER (referencias PI13/0473). Han contado adicionalmente con una Ayuda Complementaria para proyectos de I+D de 2015 de la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport (Generalitat Valenciana) (referencia ACOMP/2015/002). El conjunto de estos estudios ha recibido el I Premio Quirónsalud a las Mejores Iniciativas en Seguridad del Paciente (II Edición).

Los estudios de desarrollo del programa y de las herramientas virtuales han sido financiados en la I Convocatoria de Ayudas para el Fomento de la Actividad Investigadora de FISABIO (Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana) (referencia FISABIO/2014/B/006).

Anexo. Listado de los integrantes del Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas

José Joaquín Mira (Departamento de Salud Alicante-Sant Joan; Universidad Miguel Hernández); Susana Lorenzo, Clara Crespillo, Sira Sanz Márquez, María Esther Renilla Sánchez, Antonio Ochando García, M. Magdalena Martínez Piédrola y Álvaro García (Hospital Universitario Fundación Alcorcón); Roser Anglès y Sara Guila Fidel (Hospital Universitari Vall d'Hebron); Araceli López (Consorti Integral Catalunya); Angélica Bonilla (Universidad Complutense de Madrid); Juan José Jurado (Atención Primaria, Madrid); Ana Jesús Bustinduy, Pedro Orbegozo y Ana Jesús González (Área Sanitaria Gipuzkoa); Roberto Nuño-Solinís (Universidad de Deusto); Elene Oyarzabal (Hospital Donostia); Mercedes Guilabert e Isabel María Navarro (Universidad Miguel Hernández, Alicante); Julián Vitaller (Inspección Médica, Elche); María Cristina Nebot (Conselleria de Sanitat, Valencia); María Jesús Gutiérrez y Emilio Ignacio (Universidad de Cádiz); María Luisa Torijano (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, SESCAM), y Jesús María Palacio (Centro de Salud Muñoz Fernández-Ruiseñores, Zaragoza).

Bibliografía

- Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E, et al. Incidence of adverse events related to health care in Spain: Results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:1022-9.
- Aranaz-Andrés JM, Aibar C, Limón R, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, et al. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *Eur J Public Health*. 2011;22:921-5.
- Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33:467-76.
- Saura-Llamas J, Martínez-Pastor A, Leal-Hernández M, Gómez-Portela J. Percepción de los residentes de medicina familiar sobre sus errores clínicos tras dos años de formación. *Semergen*. 2011;37:280-6.
- 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 Serv Res*. 2015;15:151.
- Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:341.
- O'Connor E, Coates HM, Yardley IE, Wu AW. Disclosure of patient safety incidents: A comprehensive review. *Int J Qual Health Care*. 2010;22:371-9.
- Wu AW, Boyle DJ, Wallace G, Mazor KM. Disclosure of adverse events in the United States and Canada: An update, and a proposed framework for improvement. *J Public Health Res*. 2013;2:e32.
- White AA, Gallagher TH. Medical error and disclosure. En: Bernat JL, Beresford R, editores. *Handbook of clinical neurology*. 3rd ed. Amsterdam: Elsevier; 2013. p. 107-17.
- Hilfiker D. Facing our mistakes. *N Engl J Med*. 1984;310:118-22.
- Mizrahi T. Managing medical mistakes: Ideology, insularity and accountability among internists-in-training. *Soc Sci Med*. 1984;19:135-46.
- Wu AW. Medical error: The second victim. *BJM*. 2000;320:726-7.
- Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider second victim after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:325-30.
- Schwappach DLB, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organizational accountability. *Swiss Med Wkly*. 2009;139:9-15.
- 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;19:e43.
- 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*. 2013;36:135-62.
- 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.
- Panella M, Rinaldi C, Vanhaecht K, Donnarumma C, Tozzi Q, di Stanislao F. Second victims of medical errors: A systematic review of the literature. *Ig Sanita Pubbl*. 2014;70:9-28.
- 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;24:54-60.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010;182:E839-42.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal estadístico: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) [consultado 24 Ene 2016]. Disponible en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.mssi.es/publicoSNS/Comun/DefaultPublico.aspx>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal estadístico: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) [consultado 24 Ene 2016]. Disponible en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.mssi.es/publicoSNS/Comun/DefaultPublico.aspx>
- Mastroianni AC, Mello MM, Sommer S, Hardy M, Gallagher TH. The flaws in state 'apology' and 'disclosure' laws dilute their intended impact on malpractice suits. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29:1611-9.
- Van Gerven E. Health professionals as second victims of patient safety incidents: Impact on functioning and well-being [dissertation]. Leuven: KU Leuven Doctoral School Biomedical Sciences, Faculty of Medicine; 2016.