



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
CALIDAD ASISTENCIAL

# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



## CARTAS A LA DIRECTORA

### Gestión de segundas víctimas en Galicia



#### Second victim management in Galicia

Sra. Directora:

Sufrir un daño grave como consecuencia de la atención sanitaria es lo último que esperan un paciente y su familia al ingresar en un centro sanitario.

Aunque las consecuencias de los eventos adversos<sup>1</sup> pueden ser devastadoras, no siempre estamos preparados a nivel organizativo para reaccionar ante ellos.

La existencia o no de un plan de gestión de eventos graves, que forma parte de la cultura de seguridad de los centros, y que incluye por supuesto la atención a las segundas víctimas, es decir, a los profesionales implicados, diferencia en sentido positivo o negativo a unas organizaciones de otras<sup>2</sup>.

Responder de forma adecuada en tiempo y forma a una situación de este tipo es un reto para cualquier organización<sup>3</sup>. Los riesgos de no hacerlo (aumento de demandas, debilitación del liderazgo de los equipos directivos, pérdida de confianza en la organización, desprestigio profesional y deterioro de la imagen corporativa) son muy altos.

En el Servicio Gallego de Salud se consideró importante dotar a los centros sanitarios de unas directrices comunes, sistemáticas y basadas en recomendaciones de expertos a nivel nacional e internacional, que sirvieran de orientación para afrontar con mayores probabilidades de éxito la gestión de un evento adverso con resultado de daño.

Por ello se elaboró y difundió en 2011 una guía<sup>4</sup> con un algoritmo de actuación, un *checklist* de seguimiento, y referencias bibliográficas, articulada en torno a 4 aspectos:

1. Acciones inmediatas tras un evento centinela.
2. Comunicación y soporte al paciente y/o familia afectados.
3. Comunicación y soporte a los profesionales afectados.
4. Investigación y difusión de resultados relacionados con el caso.

El objetivo general era mejorar la respuesta global de los centros ante un posible evento adverso, y su consecución se

consideró ligada al cumplimiento de los siguientes objetivos secundarios:

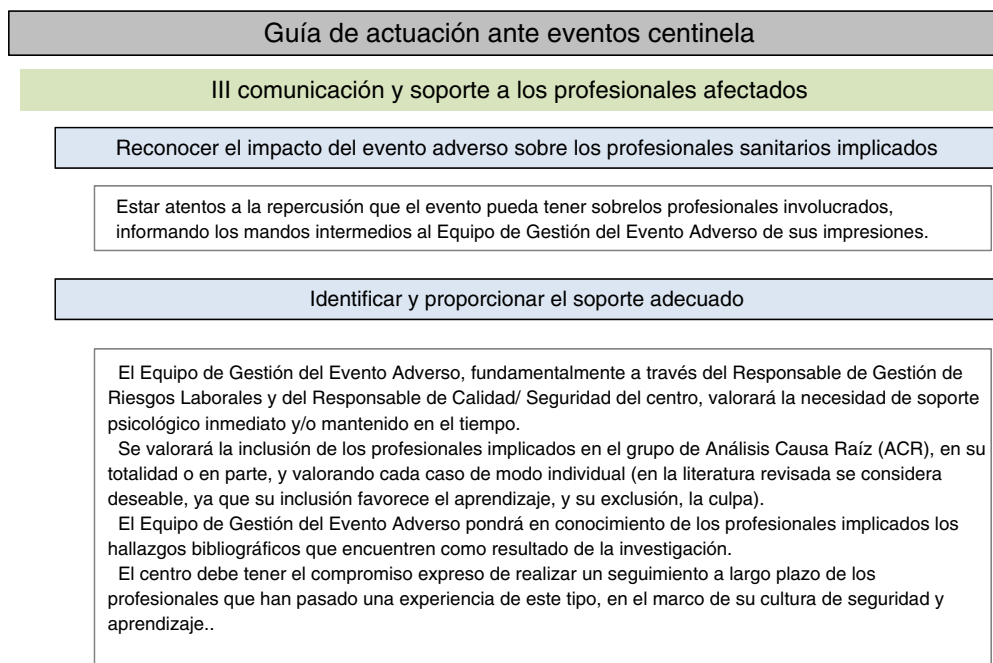
1. Minimizar el daño que una situación así genera a un paciente y a sus familiares.
2. Minimizar el daño psicológico que un evento adverso origina en los profesionales sanitarios involucrados.
3. Mejorar la seguridad del paciente en el centro en el que se produjera el evento, exportando en lo posible el aprendizaje conseguido, para el resto de la organización.
4. Disminuir la variabilidad en el manejo de situaciones de este tipo entre los hospitales, beneficiando potencialmente a todos los ciudadanos.

En la guía<sup>4</sup>, basada en 4 pilares —uno de los cuales es la atención a las segundas víctimas, los profesionales implicados—, se detallan las recomendaciones que han de seguir todos los equipos directivos y/o de gestión del evento que se enfrenten con un caso. Se resumen y sistematizan en un *checklist*, y un algoritmo de actuación, que sirve de recordatorio en el momento de la gestión del evento, y de elemento de análisis posterior (fig. 1).

Esta guía fue elaborada para dar respuesta a los gestores del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente<sup>5</sup> (SiNASP) y a los profesionales de los Núcleos de Seguridad (así se denominan en Galicia lo que en otras CCAA se conoce como Unidades de Gestión de Riesgos), que fueron quienes nos transmitieron la necesidad de una herramienta que les ayudara a sistematizar la actuación en casos de este tipo, tan dolorosos siempre, con tanto componente emocional, y en los que comportarse de forma meticulosa y ordenada genera tantos beneficios. Por ello fue bien recibida desde el principio por los profesionales que potencialmente habrían de usarla.

Desde su elaboración y difusión, entre todos los equipos directivos y responsables de Calidad y/o Seguridad del Paciente, la guía se ha convertido en una herramienta de trabajo para los gestores del SiNASP y la aplican de manera sistemática, si bien no tiene carácter normativo, sino de recomendación. Cuando hay cambios en los equipos directivos, desde la Subdirección de Atención al Ciudadano y Calidad se la hacemos llegar, además de recordarles que está disponible en nuestra Intranet corporativa.

En los encuentros anuales de gestores del SiNASP que se organizan en Santiago desde 2010, se revisa el conocimiento y uso de este documento de recomendaciones entre todos los



**Figura 1** Checklist de actuación ante un evento centinela.

Fuente: Guía de recomendaciones para la gestión de eventos centinela y eventos adversos graves en los centros sanitarios del Sistema Público de Salud de Galicia<sup>4</sup>.

profesionales que gestionan el sistema en sus hospitales, y se evalúa su uso. Esta acción sirve de refuerzo de la iniciativa, y nos ha producido buenos resultados.

Tenemos poco conocimiento sobre el número total de segundas víctimas que se han visto beneficiadas desde la implantación de la guía, porque solo disponemos de la información que los gestores del SiNASP en los centros nos transmiten, de manera muchas veces informal, y siempre con el consentimiento de los profesionales implicados, dado el carácter confidencial que tienen estos eventos y su manejo.

Nuestra impresión es que la guía está ayudando a los gestores a sistematizar su práctica, pero también a ir modificando su enfoque. Al ir aplicando las recomendaciones indicadas desde Servicios Centrales, se van imbuyendo de una cultura del error distinta a la predominante, menos punitiva, de mayor sensibilidad y respeto hacia quien está pasando por la comprometida y dolorosa situación de haber protagonizado un evento adverso, algo que ningún profesional sanitario desearía.

Sí creemos que se puede concluir que un efecto colateral de la implantación de la guía está siendo la progresiva mejora en la cultura de seguridad del paciente en el Servicio Gallego de Salud, algo tan imprescindible como difícil de medir.

Sería poco honesto y poco riguroso decir que está ayudando también a los profesionales implicados, porque no lo sabemos con certeza, así que solo podemos hablar de una impresión positiva en este sentido.

Tenemos información cualitativa, basada en los casos que nos han reportado los gestores del SiNASP en hospitales y atención primaria, aunque es posible que de algún caso no hayamos recibido notificación.

La realidad que nos han transmitido varios gestores del SiNASP es que la oferta de apoyo psicológico ha sido casi siempre rechazada, al menos en los primeros momentos, por las segundas víctimas. Que las reacciones emocionales prioritarias han sido las de búsqueda de otros culpables, las de vergüenza, evitación y culpabilidad. Y la postura más generalizada, la de no reconocer necesidad de ayuda externa profesional (se dio el caso de una enfermera que se negó incluso a ser sustituida en su puesto de trabajo y continuó como si nada le hubiera sucedido, tras un evento relacionado con la administración de medicación). Lo que sí se ha valorado muy positivamente es la sustitución inmediata del profesional implicado en sus tareas asistenciales durante el tiempo que lo necesite, tal como se indica en la guía. Hasta donde alcanza nuestra información, ningún profesional que ha sido segunda víctima de un evento ha participado en el análisis causa raíz correspondiente.

A menudo las segundas víctimas han sido profesionales de prestigio en sus unidades o servicios, y casi siempre veteranos.

Para finalizar, creemos que la guía ha sentado el marco general de gestión de eventos centinela y está ayudando en el proceso de mejora de la cultura de seguridad del paciente en nuestra organización.

El abordaje de las segundas víctimas es parte esencial de una gestión excelente de un evento, y no debería descuidarse, ni en un primer momento ni a medio/largo plazo<sup>6,7</sup>. Estamos convencidos de que se trata de un abordaje que irá mejorando a medida que lo haga la cultura de seguridad, y paulatinamente se vaya modificando el modelo de error (tan imbuido en nuestra sociedad, de impronta y tradición judeocristiana) para pasar a un enfoque sistémico o mixto, menos punitivos y más orientados a la mejora<sup>8,9</sup>.

## Bibliografía

1. Seys D, Wu A, 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. Aranaz-Andrés JM, Limón R, Mira JJ, Aibar C, Gea MT, Agra Y, ENEAS Working Group. What makes hospitalized patients more vulnerable and increases their risk of experiencing an adverse event? *Int J Qual Health Care.* 2011;23:705–11.
  3. National Quality Forum. Serious Reportable Events In Healthcare – 2011 Update: A consensus report. Washington, DC: NQF; 2011.
  4. SERGAS. Guía de recomendaciones para la gestión de eventos centinela y eventos adversos graves en los centros sanitarios del Sistema Público de Salud de Galicia. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde; 2013 [consultado 16 May 2016]. Disponible en: <https://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2253-ga.pdf>
  5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SiNASP). Madrid [consultado 16 May 2016]. Disponible en: <https://www.SiNASP.es>
  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.
  7. Mira JJ, Lorenzo S, Grupo 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.
  8. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, 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.
  9. Torijano-Casalengua ML, Astier-Peña P, Mira-Solves JJ, Grupo de Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Aten Primaria.* 2016;48:143–6.
- B. Pais Iglesias\*, B. Rodríguez Pérez, M.D. Martín Rodríguez y M. Carreras Viñas
- Subdirección de Atención al Ciudadano y Calidad, Servicio Galego de Saúde, Galicia, España*
- \* Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: [beatriz.pais.iglesias@sergas.es](mailto:beatriz.pais.iglesias@sergas.es)  
 (B. Pais Iglesias).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.06.001>

## Experiencia de unidad de soporte a las segundas víctimas (USVIC)



## Experience of a second victims support unit (USVIC)

Sra. Directora:

Uno de los objetivos prioritarios de la calidad asistencial es mejorar la seguridad del paciente, evitando las consecuencias que puede comportar el error en el ámbito sanitario. En el mundo asistencial el error se reconoce como una importante causa de morbimortalidad para los pacientes<sup>1</sup>, sin menoscabo de las consecuencias secundarias que puede comportar también tanto para el profesional como para la propia institución. Por estas razones, los sistemas sanitarios de la mayoría de los países de nuestro entorno pretenden, actualmente, reducir y prevenir los riesgos asociados a la atención sanitaria<sup>2</sup>.

Los sistemas sanitarios son cada vez más complejos. Entre las causas que contribuyen a esta creciente complejidad destacan:

- Los recientes avances en ciencia y tecnología.
- La aplicación de nuevos tratamientos.
- Los vertiginosos cambios tanto organizativos como sociales.
- La creciente fragmentación y especialización de la atención sanitaria.
- La deficiente continuidad asistencial y las dificultades de comunicación entre los diferentes niveles asistenciales.

- El gran número de profesionales que intervienen en un proceso.
- El exceso de relación paternalista entre paciente y profesional sanitario, pero que en la actualidad se está modificando al ser cada vez más frecuente el perfil de paciente más informado y con mayor grado de participación en su proceso asistencial
- La actual presión económica, que implica la limitación en el uso de determinados recursos tanto humanos como materiales o estructurales.

Todo ello, conlleva a un mayor riesgo potencial para el paciente durante la práctica asistencial. Para minimizar dicho riesgo, y partiendo de una visión sistémica y no punitiva, atenderemos a 2 premisas básicas: el profesional es falible y el paciente resulta vulnerable<sup>3,4</sup>.

Un modelo de gestión de riesgos centrado en la persona, o punitivo, imputa los eventos adversos a errores humanos de los profesionales debidos a falta de atención, desmotivación, olvidos, descuidos, actitudes negligentes o imprudentes. El modelo punitivo, basado en medidas disciplinarias, imposibilita la comunicación abierta y el conocimiento a partir de la experiencia. Por lo tanto, la gestión de riesgos (GR) no puede centrarse en el error humano, sino en el fallo de los sistemas (enfoque sistémico), en los que los eventos adversos se producen por disfunción de las barreras que han de evitarlos. Esta perspectiva asume un enfoque no punitivo y constructivo, dirigido especialmente a propiciar cambios en la dinámica del trabajo asistencial y buscar la oportunidad de aprendizaje a partir de los eventos adversos<sup>5</sup>.