

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
 (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 pacientes¹, 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 sanitaria².

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^{3,4}.

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 adversos⁵.

La GR resulta ser un proceso sistemático orientado a minimizar los errores potenciales y sus consecuencias. Este proceso identifica, analiza, valora, realiza un seguimiento y proporciona información sobre los riesgos asociados a cualquier actividad sanitaria. Se basa en la identificación y análisis de las causas que originan estos efectos adversos, para poder controlarlos, prevenirlos o reducirlos.

Una posible respuesta a un enfoque centrado en el sistema de la GR se fundamenta en el conocido modelo del Teorema de Reason o del «queso suizo»⁶. En dicho teorema se definen los sistemas sanitarios como estructuras complejas y los incidentes que en ellos se producen resultan siempre de la concatenación de múltiples fallos y errores. Según este modelo, los errores tienen un origen multicausal y se pueden producir en las múltiples etapas del proceso asistencial, y el autor determina que se pueden establecer diferentes barreras de defensa en cada una de ellas. Por lo tanto, los errores se pueden cometer pero solo llegarán a alcanzar al paciente y producir un daño si todas las defensas fallan simultáneamente o secuencialmente, y el error penetra a través a través de los denominados «agujeros» del queso suizo, que corresponderían a las defensas del sistema. Estos «agujeros» son fallos latentes que subyacen del sistema y que originan errores o no son capaces de evitarse en la organización. Cuando existe una alineación de todos estos factores sucede el incidente o el efecto adverso de menor o mayor gravedad en el paciente.

Por todo ello, se trata de realizar una GR desde una perspectiva no punitiva, es decir, no culpabilizadora, con el fin de analizar no quién se equivocó, sino qué sucedió, cómo y por qué sucedió. Una adecuada GR incide en la sistemática de trabajo de los profesionales y en las condiciones en las que se presta la atención sanitaria a los pacientes, fomentando un entorno seguro para la atención.

Con un adecuado programa de GR podemos evitar o minimizar el daño, en lo posible, en las 3 principales víctimas del error: una primera víctima que resultaría ser obviamente el paciente, una segunda víctima del error que sería el profesional implicado en los hechos y una tercera víctima que resultaría ser la propia institución⁷.

«Respaldemos al profesional»: experiencia en nuestra organización

El Grup Sagessa (Grup d'Assistència Sanitària i Social), una entidad de titularidad pública que gestiona centros en el ámbito de la salud, ámbito social e incluso educativo, ha impulsado esta línea de actuación en los diferentes ámbitos.

Desde el año 2005 en el ámbito de las instituciones de nuestra organización se ha impulsado la línea estratégica de seguridad del paciente que tiene 2 vertientes: 1) proactiva: implementando objetivos y estrategias relacionadas con la prevención del error; y 2) reactiva: en la que se analiza el error y se actúa ante él. Para la consecución de dicho fin se han realizado acciones de difusión, sensibilización e implicación de profesionales en dicha línea estratégica para generar esa cultura no punitiva necesaria para una correcta gestión del incidente crítico.

En 2007 se constituyó una unidad de soporte a las segundas víctimas del incidente crítico (USVIC). La unidad ha ido

evolucionando en el tiempo, en lo que se refiere a perfiles de profesionales que la constituyen y a procedimientos de activación.

La unidad está constituida actualmente por: un médico especialista en bioética, 2 enfermeras, una psicóloga especialista en psicooncología —por su perfil profesional y su capacidad de gestión de malas noticias—, un abogado para resolver posibles dudas jurídicas del profesional, el responsable de la unidad de vigilancia de la salud y la dirección de calidad para dinamizar la activación del grupo y posibles acciones que se puedan derivar.

Funciones de la unidad

- Apoyar profesionales afectados por incidentes extraordinarios y situaciones complejas.
- Facilitar la relación institucional con el paciente y la familia en caso de haber sufrido un efecto adverso grave y, por lo tanto, haber sufrido daño.
- Atender las inquietudes de los profesionales preocupados por la posibilidad de haber contribuido a un daño al paciente de manera involuntaria.
- Apoyar psicológicamente ante el impacto emocional que sufre el profesional, sobre todo ante los pensamientos intrusivos, y realizar un seguimiento ante posibles situaciones patológicas.
- Prestar apoyo médico cuando se produce sintomatología derivada de la situación vivida que requiere seguimiento y tratamiento (como puede ser insomnio y depresión).
- Orientación jurídica ante las posibles consecuencias judiciales que se pudieran derivar.
- Ayudar en la información sobre el evento a los pacientes y familias y en la propia petición de disculpas.

En nuestro medio de trabajo, y con mayor motivo ante la gestión de este tipo de casos, se llega al nivel máximo de confidencialidad alcanzable. Se garantiza que la información que gestionan los miembros de la USVIC es secreta y no puede ser utilizada en perjuicio del afectado ni de la institución. Como todo profesional sanitario los miembros de la USVIC están sometidos a las obligaciones de los códigos deontológicos de sus propias profesiones en cuanto a la preservación de la intimidad y la privacidad de la información sobre los afectados. De todos modos en relación con el respeto a la confidencialidad se deberá extremar la cautela en todas las actuaciones relacionadas con la atención a las víctimas del error asistencial.

La unidad tiene dependencia directa de la dirección general de la organización y se activa mediante la dirección de calidad, tanto por gerencia como por las direcciones de los centros, por las diferentes comisiones de seguridad del paciente de los centros o por los propios profesionales implicados en algún incidente crítico.

Una vez activada la unidad los miembros se personan en el centro donde han acontecido los hechos a la mayor brevedad posible. En un primer momento se reúne con la dirección del centro para conocer la versión de los hechos acontecidos y la posición y medidas que se están implementando ante lo acontecido. Seguidamente, se reúne con los diferentes miembros implicados directamente en los hechos, o como simple espectador. Se les explica el objetivo de la USVIC y

quiénes están presentes con sus funciones específicas. Se les solicita que expliquen su versión de los hechos y expliciten sus inquietudes al respecto. Hemos de señalar que en mayor frecuencia lo realizan de manera individual, pero en ocasiones se realiza de manera colegiada.

Seguidamente, se da respuesta a sus inquietudes, se les facilitan consejos desde las diferentes disciplinas y se les deriva a otros recursos que puedan requerir. Simultáneamente se realiza un análisis del caso siguiendo la metodología definida para ello, London o análisis causa raíz.

Una vez prestada la atención se elabora un informe a partir de los diferentes informes emitidos por los profesionales participantes. Si se requiere mayor intensidad de apoyo, se gestionan posibles visitas o llamadas de seguimiento o nuevos recursos tras la valoración de la situación.

Aprendiendo de la experiencia

Ante la experiencia vivida realizamos unas reflexiones a tener en cuenta para la constitución y el mantenimiento de dicha unidad:

- Resulta importante el reconocimiento personal y profesional por parte de los profesionales de la institución de los componentes que constituyen la USVIC.
- El código deontológico implica la adopción una actitud de discreción, confidencialidad y respeto, pero dada la envergadura de una posible difusión de la información resultaría inaceptable una difusión de la misma y una crítica de los hechos.
- La empatía y la escucha activa resultan ser un requisito imprescindible ante un compañero que haya sido participe en un evento centinela. Debemos saber escuchar y, a veces, este simple hecho ya minimiza el impacto emocional. El poder compartir la vivencia y las inquietudes puede atenuar el impacto.
- El entrenamiento en habilidades comunicativas resulta importante, no solamente para relacionarse con el profesional sino con el paciente y la familia, sobre todo cuando este equipo actúa como mediador y ha de solicitar la disculpa.
- La inclusión de profesionales expertos en bioética nos acerca a una sensibilidad especial por temas y conceptos que se cruzan en estas situaciones, y donde los principios de la bioética pueden entrar en conflicto.
- La inmediatez en la respuesta resulta importante para el «pronóstico» del desarrollo del proceso, tanto para el propio análisis de los hechos, para gestionar las emociones, como para esclarecer dudas antes de tomar actitudes erróneas, con el propio entorno del paciente o incluso a nivel mediático.
- Hemos de puntualizar que esta unidad deberá estar disponible para los actores implicados, pero que no será nunca impuesta. Es un recurso que se pone a disposición siempre que se requiera, por ello en alguna ocasión se ha activado tras un periodo «ventana» de reflexión de los profesionales implicados.
- Debemos intervenir en la medida en que el afectado disponga, y reconociendo mediante lenguaje verbal y no verbal los requerimientos que pueda solicitarnos.

- Dada la variabilidad de situaciones en las que nos podemos encontrar, valorar el apoyo que la segunda víctima puede obtener tanto de su entorno profesional como de su entorno familiar. Por ello es importante encontrar el equilibrio de prestar en la justa medida el tipo de apoyo que se requiera.

Los profesionales sanitarios que se ven involucrados en un evento adverso no previsto, un error médico y/o un daño sufrido por el paciente se convierten en víctimas en el sentido de que quedan traumatizados por el evento. Es frecuente que se crean personalmente responsables de lo que le ha sucedido al paciente y se sientan como si le hubieran fallado, cuestionándose sus habilidades clínicas y conocimientos.

Cuando cometen un error provocando un evento adverso grave, generalmente se someten al juicio no solamente del paciente, sino por parte de los compañeros y por parte de los responsables de la institución, que no valoran los factores sistémicos que pudieron haberlo determinado. Pero en una organización comprometida, con un aceptable nivel de cultura de seguridad, además de trabajar para evitar errores, también se tiene conciencia de reparar los daños tanto en el paciente y familiares como en el profesional implicado.

La segunda víctima queda afectada profesional y personalmente, por lo que resulta fundamental que haya una red de apoyo tanto para proteger al paciente como al propio profesional. Si se requiriera, debería existir, incluso, la impregnación de una actitud mediadora que resulta de gran utilidad para la resolución de conflictos, gestionándolos de manera positiva e involucrando a todos los implicados en la resolución del mismo.

La manera en que el profesional y la institución afronten el evento adverso puede influir también en la decisión de un paciente de emprender otras medidas, pudiendo evitarse la escalada del conflicto, potenciando el diálogo, minimizando los daños y evitando en lo posible un proceso judicial.

Para finalizar, destaca la necesidad de facilitar los programas de apoyo lo antes posible tras la aparición del incidente, realizar sesiones de análisis de casos, y promover la empatía dentro del equipo. Estos programas deben ser diseñados para proporcionar a corto, medio y largo plazo el apoyo a todas las víctimas de los eventos adversos: paciente y familia, profesional e institución.

Bibliografía

1. Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:21–5.
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). *Int J Qual Health Care*. 2009;21:408–14.
3. Wu A. Medical error: The second victim. *BMJ*. 2000;320:726–7.
4. 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. *Qual Saf Healthcare*. 2009;18:325-30.
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.
 6. Reason J. Human error: Models and management. *BMJ*. 2000;320:768-70.
 7. Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria (paso 5). NHS National Patient Safety Agency. Traducida por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España; 2003.

M.J. Bueno Domínguez*, M. Briansó Florencio,
L. Colomé Figuera y E. Prats Alonso

Grup SAGESSA, Direcció de Qualitat, Reus, Tarragona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjbueno@grupsagessa.com
(M.J. Bueno Domínguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.06.002>