

LA SEGUNDA VÍCTIMA

Dr. Fabián Vítolo
Noble Compañía de Seguros

La atención médica de nuestros días ha sido definida como un sistema complejo: infinidad de drogas y procedimientos, miles de enfermedades, presiones de tiempo, fragmentación de la atención, jerarquías rígidas, nivel desperejo de conocimientos, múltiples especialidades y deslinde de responsabilidades poco claras, entre otras características. Estos sistemas se caracterizan porque la incertidumbre y lo paradójico son muchas veces la norma.(1)(2) Los individuos deben tomar decisiones difíciles en medio de condiciones clínicas complejas, procesos mal diseñados y patrones de comunicación inadecuados.

En un ambiente de estas características, la probabilidad de errores médicos y fallas de seguridad aumentan; la magnitud del problema es bien conocida desde la publicación, en 1999, del informe "Errar es Humano".(3) Se trata de una verdadera prioridad de salud pública: según un estudio de investigadores de Harvard y de la OMS, los eventos adversos en pacientes hospitalizados califican en el puesto 20 entre las principales causas de morbimortalidad, tanto en países desarrollados como en países de medianos o bajos ingresos.(4) Desde un primer momento, todos los esfuerzos del sector salud estuvieron entonces dirigidos a las primeras víctimas de las ineficiencias del sistema: los pacientes y sus familias. Se han establecido así metas (5) y prácticas de seguridad (6)(7) para prevenir la ocurrencia de eventos muchas veces trágicos, junto con sistemas de revelación, apoyo y compensación a los pacientes y sus familias en los momentos más difíciles de sus vidas.(8)(9)(10) Las actuales respuestas frente al error generalmente de focalizan en mitigar las consecuencias para el paciente, reducir las chances de un juicio por mala praxis, y recoger las lecciones cognitivas y técnicas que permitan prevenir su recurrencia.

Sin embargo, el movimiento mundial por la seguridad de los pacientes todavía se encuentra en deuda con las segundas víctimas de estos incidentes desafortunados: los médicos, enfermeros y resto de trabajadores de la salud cuyos errores causaron daños a veces

irreparables. La comunidad médica en general, con contadas excepciones, no ha desarrollado, comunicado ni implementado mecanismos de soporte y apoyo efectivo para abordar la profunda crisis personal, social, espiritual y profesional que experimentan estas "segundas víctimas" de errores graves. Demasiado a menudo permanecemos en silencio y abandonamos a nuestros colegas y compañeros de trabajo cuando más nos necesitan, condenándolos a sufrir en soledad.

Pese a que repetimos constantemente que tanto los médicos como el resto de profesionales de la salud somos humanos y podemos equivocarnos, lo cierto es que parece no haber lugar para las equivocaciones en la medicina moderna. La sociedad nos ha encomendado la enorme responsabilidad de comprender y tratar las enfermedades. Y esa misma sociedad alberga expectativas de perfección, sobre todo a partir de las actuales maravillas tecnológicas, la precisión de los estudios diagnósticos y las innovaciones que se publicitan todos los días. En este contexto, los errores son vistos como fallas morales, atribuibles a la falta de diligencia, incompetencia o imprudencia de las personas que los cometieron, Pese a que la mayoría de las cosas malas les pasan a buenos profesionales, muchas autoridades hospitalarias continúan considerando a los errores como anomalías. La solución más a mano suele ser investigar y culpar al individuo, con la promesa de que "no volverá a ocurrir". ¿Es esta la manera más inteligente de abordar un problema tan complejo?

Segundas víctimas. Antecedentes, origen del término y definición.

El término "segunda víctima" fue acuñado por primera vez por Albert Wu en un editorial publicado en *BMJ* en el año 2000.(11) En el mismo relataba su propia experiencia cuando un compañero de residencia cometió un error que resultó fatal. Luego del evento, Wu fue testigo del impacto que tuvo sobre su amigo el trato que recibió luego del episodio: aislamiento, estigmatización y falta de empatía. Secretamente se preguntaba si no le

podría haber pasado lo mismo a él... Concluyó su editorial llamando a las instituciones a apoyar más a los colegas en estas situaciones.

A partir de ese momento, y de manera sostenida, se comenzó a investigar el tema en profundidad. Algunos han propuesto que las segundas víctimas experimentan un desorden de estrés post-traumático.(12) Wolf y col. describieron el impacto emocional, social, cultural, espiritual y físico sobre los profesionales de la salud que incurrieron en errores graves.(13) Una encuesta de más de 3.000 médicos corroboró que, cuando se comete un error de esta naturaleza, se produce un desequilibrio emocional que requiere de una contención que generalmente no existe.(14) Crigger, por su parte, describió el conflicto existente entre el imperativo de perfección del profesional de la salud y la falibilidad humana, la cual no se encuentra integrada en los programas de formación médica.(15) Al no considerarse la posibilidad de que los médicos se equivoquen, la preparación para manejar las consecuencias del error se encuentran subdesarrolladas.

Rosshiem nos advierte sobre excelentes médicos y enfermeros que abandonaron la profesión prematuramente luego de verse involucrados en errores prevenibles.(16) A más de 20 años de comenzar a hablarse de este tema, White acentuó la necesidad de un compromiso institucional para abordar las necesidades de las segundas víctimas, puntualizando que las organizaciones de salud no explotaban sus recursos internos para tratar esta problemática.(17) Denham propuso la formalización de los derechos de las segundas víctimas, como una forma de estimular respuestas institucionales automáticas.(18)

En 2006, liderados por Sue Scott, licenciada en enfermería especializada en gestión de riesgos y seguridad del paciente, un grupo de investigadores del sistema de salud de la Universidad de Missouri inició una profunda investigación sobre el impacto devastador que el fenómeno de la segunda víctima podía tener sobre los médicos y enfermeros. En base a las discusiones que mantuvieron con muchos profesionales de la salud, los investigadores arribaron a una definición de segunda víctima que es la más aceptada en la actualidad (19)

"Las segundas víctimas son aquellos profesionales sanitarios implicados en un evento adverso inesperado, en un error médico y/o en una lesión relacionada con el paciente y que se convierten en víctimas en el sentido que quedan traumatizados por el evento. Frecuentemente estos individuos se sienten personalmente responsables por la evolución del paciente. Muchos sienten que le fallaron, cuestionándose su competencia y su base de conocimientos."

Magnitud e impacto del problema.

Las descripciones iniciales del impacto emocional de los errores médicos se limitaban a narrativas personales y observaciones de sociólogos. En 1984, Hilfiker describió las secuelas de un error obstétrico que cometió y la dificultad que encontró para descargar sus emociones.(20) En medio de una profunda culpa y ansiedad, sus colegas evitaban discutir con él lo que sentía. Las descripciones contemporáneas de la formación médica actual que realizan los sociólogos son casi idénticas al retrato que hizo Hilfiker de la cultura de la práctica médica. Tanto los residentes de clínica como los de cirugía experimentan emociones negativas muy intensas asociadas con sus errores, pero carecen de un foro para discutir abiertamente sus equivocaciones, de forma sana y constructiva.(21)(22)

Estudios subsecuentes confirmaron la experiencia común que sufren los médicos luego de cometer un error. En entrevistas estructuradas realizadas a médicos clínicos y especialistas, todos manifestaron haber experimentado sentimientos negativos luego de sus errores: temor, culpa, indignación, vergüenza, y una humillación que persistió por meses o años.(23) En otro trabajo similar, se les pidió a médicos de familia que describieran lo que sintieron luego de su peor error, surgiendo un patrón similar: dudas sobre su competencia (96%), decepción (93%) auto-culpa (86%), vergüenza (54%) y temor (50%).(24) Estas intensas emociones surgen en parte por la gran vocación, el alto sentido del deber y los elevados estándares de práctica que abrazan los médicos. Los juicios por mala praxis y las investigaciones administrativas, que fuerzan a los profesionales a revivir estos eventos por meses o años pueden potenciar de manera dramática estas emociones.(25)

En la encuesta más grande y abarcativa realizada hasta la fecha sobre el tema de errores durante la atención de pacientes, 3171 médicos de distintas especialidades de los EE.UU y Canadá fueron entrevistados con el fin de explorar el impacto emocional de sus errores.(14) Como en los estudios previos, los entrevistados reportaron ansiedad sobre la probabilidad de futuros errores (61%), pérdida de confianza (44%), trastornos del sueño (42%), menor satisfacción en el trabajo (42%) y daño a su reputación (13%). Es de destacar que, en este estudio, ni la nacionalidad ni la especialidad tuvieron influencia sobre el impacto emocional de los errores, lo que sugiere que este tema es transversal a todos los ámbitos de atención de la salud. Esta encuesta también identificó a grupos más propensos a sufrir intensas emociones negativas tras un error: médicos que percibían un alto riesgo de juicios por mala praxis y profesionales del sexo femenino.

Para tratar de cuantificar la prevalencia del fenómeno de la segunda víctima, Sue Scott y su equipo de la Universidad de Missouri agregaron dos preguntas a su cuestionario interno de clima de seguridad.(19) Uno de cada siete miembros del personal de su sistema de salud (175/1.160) reportó que había experimentado en el último año al menos un evento de seguridad del paciente que le causó problemas personales como ansiedad, depresión o dudas acerca de su competencia para realizar su tarea. Un alarmante 68% de estos profesionales de la salud no recibió ningún tipo de apoyo institucional. El impacto de este fenómeno no sería menor, si se tiene en cuenta que por ejemplo, en España se estima que el 15% de la plantilla de profesionales sanitarios se encuentra involucrado en algún evento adverso, lo que supone un número de profesionales mucho más importante de lo que se creía.(26)



Otros estudios cualitativos han identificado los rasgos de personalidad y las creencias que pueden modular el grado de afectación luego de cometer un error.(23) Los médicos que se encuentran cómodos con la incertidumbre o que tienen una confianza limitada en la capacidad de las intervenciones médicas para controlar la evolución de los pacientes, por ejemplo, suelen estresarse menos luego de equivocarse. Por el contrario, los prestadores que consideran que sus equivocaciones son el reflejo de su incompetencia clínica sufren emociones negativas muy intensas. El reconocimiento y la investigación de estos factores pueden ayudar a dirigir las acciones hacia los médicos que más lo necesitan.

Los errores contribuyen al de por sí elevado estrés del trabajo médico, exacerbando en los profesionales de la salud el riesgo de depresión(27), abuso de sustancias(28) y suicidio(29). Para algunos prestadores, el impacto emocional persistente de un error con consecuencias graves puede llevarlos a problemas de salud mental de difícil manejo, como el desorden de estrés post-traumático. El impacto emocional también puede afectar de manera sustancial el desempeño laboral. En un estudio prospectivo longitudinal sobre residentes, los errores percibidos como propios se vieron asociados con una menor calidad de vida, mayor burnout y depresión.(30) Es interesante remarcar que

aquellos que experimentaron burnout reportaron mayores tasas de error en los meses subsiguientes a la equivocación original. Este hallazgo sugiere un círculo vicioso por el cual los errores y las emociones negativas se retroalimentan mutuamente. Por ello, los programas diseñados para romper este ciclo y apoyar a quienes se equivocaron podría en definitiva mejorar la seguridad de los futuros pacientes, disminuir el riesgo de juicios por mala praxis y contribuir a la retención del personal y el bienestar del prestador.(31)

Si bien pocas investigaciones se han focalizado en los enfermeros, la literatura existente sugiere que los mismos también sufren emociones negativas intensas cuando se ven implicados en un error. Los resúmenes cualitativos realizados a partir de entrevistas con estos profesionales revelan el mismo patrón de emociones que los médicos: vergüenza, angustia, ansiedad, recelo y temor.(12)(32) En un estudio que comparó las respuestas emocionales de enfermeros, médicos y farmacéuticos luego de errores de medicación, se observó que era más probable que luego de los mismos las enfermeras reportaran emociones negativas y temor a castigos y acciones disciplinarias.(33)

Como el resto de los prestadores de salud, muchos enfermeros piensan que se encuentran sometidos a expectativas de perfección.(34) Sin embargo, a diferencia de los médicos, los enfermeros expresan gran temor por las acciones disciplinarias y por la pérdida de su trabajo. En muchos ámbitos, el personal de enfermería no se encuentra protegido por las reglas de la revisión entre pares y el debido asalida o despido más elegante. En una encuesta sobre las actitudes de los enfermeros luego de equivocarse de medicación, cerca del 20% admitió que no lo reportaron por miedo a ser sancionados o incluso despedidos.(35) Más aún, la mayoría de los enfermeros estuvo de acuerdo en que algunos errores no se reportaron por temor a las reacciones negativas por parte de sus supervisores (77%) o colegas (61%).

La historia natural de la segunda víctima luego de un evento adverso

Las investigaciones muestran que, más allá de la especialidad, género o años de experiencia, las segundas víctimas pueden recordar perfectamente el impacto inmediato y ulterior de eventos adversos inesperados sufridos por algunos de sus pacientes. En muchos casos, pueden describir su experiencia de forma extremadamente detallada, aún años después del episodio. Colectivamente, los relatos cargados de emociones de cientos de segundas víctimas permiten revelar una trayectoria de recuperación bastante predecible que fue descrita por primera vez en 2009 por

Scott.(19) Esta trayectoria estaría dividida en las siguientes 6 fases;1) Caos y respuesta al accidente; 2) Pensamientos intrusivos;3) Restauración de la integridad personal; 4) Soportando la inquisición; 5) Consiguiendo apoyo emocional; 6) Siguiendo hacia adelante. Las primeras tres fases ocurren inmediatamente luego de tomar conciencia del error y se caracterizan porque la segunda puede atravesar uno o más de estos estadios de manera simultánea.

Fase 1: Caos y respuesta al accidente

En el momento que se detecta el evento adverso, los profesionales implicados describen el escenario de caos, confusión y agitación que se produce al momento de tomar conciencia de lo ocurrido. De manera inmediata después del desastre, existe un período de rápida investigación para determinar exactamente qué fue lo que pasó. Simultáneamente, el paciente puede encontrarse inestable y requerir de cuidados críticos y monitoreo. Generalmente, los colegas se acercan para brindar ayuda con los procedimientos o estudios que se deben realizar. En este momento, las segundas víctimas suelen estar en shock, distraídas y sumergidas en reflexiones sobre su propia conducta, a la vez que se ven obligados a seguir atendiendo al paciente en crisis. Generalmente delegan en un colega la atención y se castigan a sí mismos por no ser capaces de pensar de manera coherente en ese momento.

Fase 2: Pensamientos intrusivos

Los pensamientos intrusivos son pensamientos no deseados involuntarios, imágenes o ideas desagradables que pueden convertirse en obsesiones. Son molestos o preocupantes, y pueden ser difíciles de manejar o eliminar. Las segundas víctimas comienzan a cuestionarse en esta fase su competencia y pasan por períodos de aislamiento. Re-evalúan la situación repetidamente con preguntas del tipo "qué hubiera pasado si hubiera hecho esto o aquello..."

Fase 3: Restauración de la integridad personal

La tercera fase se caracteriza por la búsqueda de apoyo por parte de aquellas personas con quienes las segundas víctimas tienen una relación de confianza. Puede ser un colega, un supervisor, un amigo personal o incluso un miembro de su familia. Muchos no saben a quién acudir porque pocos pueden reflejarse en su experiencia o comprender el enorme impacto que el evento está teniendo sobre su vida personal y profesional. Muchas segundas víctimas se sienten atormentadas por dudas acerca de su futuro profesional. Se preguntan qué pensarán los otros y si alguien volverá a confiar alguna vez en ellos. El profesional siente que todos comentan el caso a sus espaldas pero nadie habla

del tema con él, lo que puede incrementar sus dudas y falta de confianza en sí mismo. La extensión de esta fase suele depender del apoyo que la víctima reciba en su propio servicio.

Fase 4: Soportando la inquisición

Luego de poner el foco en la estabilización del paciente y de reflexionar, el profesional toma conciencia de que otras personas de su organización (muchas de las cuales apenas conoce) iniciarán una investigación cuyos objetivos no siempre están claros y que estará llena de preguntas de por qué hizo lo que hizo. Es una etapa marcada por el temor a las repercusiones que tendrá el episodio sobre su carrera (pérdida de trabajo, matrícula, juicios por mala praxis, repercusión en los medios, etc.). El temor a lo desconocido y la pobre comprensión del proceso de investigación pueden causar un estrés muy marcado.

Fase 5: Consiguiendo apoyo emocional

Las segundas víctimas tienden a buscar apoyo emocional de distintas formas. Muchos no saben en quién confiar. Aproximadamente un tercio busca el apoyo de sus seres queridos. Otros consideran que sus amigos y familiares no pueden comprender su vida profesional y deben ser protegidos. Un número menor recibe el apoyo de sus compañeros de trabajo, supervisores o jefes. Dado que el evento adverso se encuentra bajo investigación y que tiene probables repercusiones legales, las segundas víctimas no saben bien qué es lo que pueden o no decir a quienes los apoyan. Pese, a todo, estos "primeros auxilios" espirituales pueden resultar insuficientes y los sentimientos negativos suelen persistir.

Fase 6: Siguiendo hacia adelante: abandono, supervivencia o superación

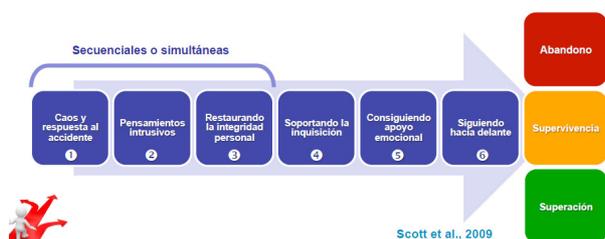
Esta etapa describe el efecto final del evento sobre el prestador de salud. Muchos sienten que el incidente los acompañará por el resto de sus días. Existe una gran lucha por parte de la segunda víctima, como así también de sus colegas y supervisores por dejar atrás el episodio y seguir hacia adelante. Sin embargo, quienes cometieron errores que causaron daños graves encuentran esto muy difícil. En esta etapa de recuperación, la segunda víctima podría seguir potencialmente tres caminos: a) abandono; b) supervivencia o c) superación

- a) Abandono: Algunos profesionales involucrados cambian su rol profesional (ej: abandonan la práctica asistencial y pasan a cumplir otro tipo de tareas). Otros directamente abandonan la profesión o se mudan para ejercer en otro lugar.

Tal vez estas decisiones estén motivadas por las persistentes dudas acerca de la propia capacidad profesional.

- b) **Supervivencia:** Muchas segundas víctimas no se perdonan nunca a sí mismos. Si bien todo parece estar bien en la superficie y continúan trabajando en los niveles esperados, continúan atormentándose y cargan con esta cruz por el resto de sus carreras.
- c) **Superación:** Algunos llegan a superar el episodio tratando de sacar algo bueno de la experiencia desafortunada. Aprenden la lección, modifican sus prácticas y trabajan para garantizar que los déficits de los procesos que llevaron al error sean corregidos para disminuir la posibilidad de que algo similar pase en el futuro.

TRAYECTORIA NATURAL DE RECUPERACIÓN DE LA SEGUNDA VÍCTIMA



Los cinco derechos de las segundas víctimas (TRUST)

En una cultura justa, aquellos prestadores involucrados en eventos adversos que se originaron en errores humanos no intencionales o en fallas sistémicas tendrían una serie de derechos que no siempre son respetados en los actuales sistemas de salud. Denham, en un artículo publicado en 2007, propone cinco derechos para las segundas víctimas.⁽¹⁸⁾ Estos cinco derechos pueden ser recordados mediante el acrónimo TRUST por sus siglas iniciales en inglés: **T** (treatment- trato justo); **R** (respect-respeto); **U** (understanding – comprensión – y compasión); **S** (supportive care – apoyo); **T** (transparency -transparencia y oportunidad para contribuir)

1. Trato justo

En una cultura justa, no se le debería asignar el 100% de la responsabilidad a los prestadores que cometen errores involuntarios cuando trabajan en sistemas deficientes que predisponen la ocurrencia de los mismos. Cuando ocurre un evento catastrófico, se desencadena en las instituciones un cierto Darwinismo social, que lleva a muchas autoridades hospitalarias a

comportarse más como los jurados de un reality show que como líderes que respetan los valores de empatía y compasión que suelen destacar en sus paredes y piezas publicitarias. A menudo tratan al profesional víctima de carencias institucionales como si hubiera cometido el peor de los pecados. El trato justo puede llevar a mejorar el sistema que permitió la ocurrencia del evento y disminuir los daños colaterales para el prestador y la organización. En una cultura justa, la responsabilidad por los resultados es compartida,

2. Respeto

Cuando ocurre un evento adverso serio, se suele apuntar rápidamente a los culpables, muchas veces avergonzándolos y negándoles aún los más básicos principios del respeto y la solidaridad. La "regla de oro" debería ser tratar a nuestros colegas como nos gustaría que nos trataran a nosotros mismos. Muchos de ellos suelen soportar su error en silencio y se debaten a causa del conflicto de intereses generado por la lealtad que les deben a sus pacientes, a sus compañeros y a su institución. Los líderes deben estimular que todos los miembros de la organización reconozcan la falibilidad humana y traten a los involucrados en un error con respeto. Su liderazgo debería a su vez demostrarse asumiendo ellos la interacción con las personas implicadas y no delegándola.

3. Comprensión y compasión

En el mismo instante en el que un paciente sufre un daño no intencional que pudo ser prevenido, quienes lo estaban atendiendo se convierten también en pacientes. Los profesionales implicados necesitan tiempo y un trato compasivo para ayudarlos a atravesar su duelo; a pasar por las etapas descritas por Kubler Ross: negación, enojo, negociación, depresión y aceptación. Para ayudar a sus compañeros de equipo, los líderes de la organización y el personal asistencial deben comprender la naturaleza sistémica de la mayoría de los errores y los factores contribuyentes. Más importante aún, deben comprender el "tsunami" psicológico y emocional que atraviesa quien ocasionó un daño a un paciente. El tratamiento de las segundas víctimas debería ser prestado con la misma comprensión y compasión que sienten por sus propios pacientes.

4. Apoyo

Los prestadores involucrados en un evento adverso serio tienen derecho a servicios psicológicos y de apoyo. La literatura demuestra acabadamente que luego de estos incidentes los cuidadores quedan traumatizados, debiendo ser considerados como segundas víctimas. El abordaje de estas necesidades de las personas implicadas en el error debe ser tan organizado y

profesional como el que se realiza con cualquier otro paciente.

5. Transparencia y oportunidad para contribuir

Una mejor comprensión del contrato ético y social que establecemos con nuestros pacientes y de las circunstancias que suelen rodear a los errores puede facilitar su revelación a los pacientes y sus familiares. Para ello, resulta clave la identificación de los factores institucionales que apoyan la revelación y reconocer que el error es una parte inevitable de la práctica de la medicina. La mejora de la seguridad de los pacientes depende mucho de la capacidad que tengamos los profesionales de la salud de identificar, reportar y revelar los errores médicos. Cualquier programa de gestión de riesgos se asienta sobre la base de aprender de los errores. Y este aprendizaje sólo puede darse si los errores se reportan. Es más probable que un prestador coopere para prevenir la recurrencia de un error si luego de cometerlo se sintió apoyado y no estigmatizado. En vez de pedirles a los involucrados un descargo, de mantener la información aislada en silos y de suprimir la discusión en aras de prevenir un potencial juicio por mala praxis, nuestras organizaciones necesitan aprender de cada una de las dimensiones del evento. Los involucrados tienen derecho a formar parte de ese aprendizaje, no sólo para comprender mejor lo que pasó sino también para darles la oportunidad de que curen sus heridas, permitiéndoles contribuir a la prevención de eventos futuros. Sin embargo, muchas veces los apartamos y les quitamos una de las más importantes chances que tienen de sacar algo bueno luego de que su conducta contribuyó a producir un daño.

CUADRO ¿Qué necesitan las segundas víctimas?

- Apoyo emocional, empatía 24/7
- Reafirmación de su competencia
- Desconexión de las tareas (momento inmediato)
- No sentirse rechazado
- Pautas sobre cómo actuar en relación al paciente y sus allegados
- Poder hablar con otros de lo que ha pasado y analizarlo
- Orientación de los pasos a seguir para paliar las consecuencias profesionales y legales
- Participar en la definición de las medidas a implantar para evitar que el evento vuelva a suceder

Fte: Dra Lena Ferrús Estopá. Miembro del equipo de investigación segundas y terceras víctimas. Universidad Autónoma de Barcelona. Disertación en el 1er Seminario Virtual Internacional de Seguridad del Paciente. (Fidisp-Fundación Guayacanes. Abril 2017

Apoyo institucional

Pese a una mayor comprensión del fenómeno de la segunda víctima, muchas organizaciones de salud aún no saben bien cómo actuar en base a dicho conocimiento para apoyar efectivamente a sus profesionales. Quienes que cometen errores con consecuencias graves están muchas veces condenados a sufrir en soledad. Resulta un imperativo moral cambiar nuestra actual cultura de abandono, aislamiento y castigo por otra que brinde un apoyo accesible y efectivo a estos "cuidadores heridos".

De la forma en que las organizaciones guíen y apoyen a sus profesionales en estos momentos, dependerá que ellos puedan manejar mejor el tremendo impacto emocional y puedan recuperarse mejor luego de producir un daño a un paciente. Este apoyo debe comenzar en el mismo momento del evento y debe extenderse todo el tiempo que sea necesario. Las instituciones de salud deberían desarrollar de manera proactiva un plan de acción para brindar asistencia a las segundas víctimas en estas circunstancias.

Modelo de apoyo de Scott

Uno de los planes de acción más mencionados en la literatura es el desarrollado por Scott en el Sistema de Salud de la Universidad de Missouri (MUHC), un centro académico localizado en Columbia, con una red de 52 instituciones ambulatorias y 6500 empleados. El plan está basado en sus investigaciones sobre el fenómeno de la segunda víctima. La estructura de apoyo, conocida como forYOU Team (Equipo para VOS), fue diseñada para aumentar la conciencia sobre el problema, "normalizar" los impactos físicos y psicológicos, brindar una vigilancia en tiempo real de las posibles segundas víctimas en el ámbito clínico y proveer el apoyo emocional inmediato de colegas cuando una potencial segunda víctima es identificada. El modelo descrito por Scott describe tres niveles de apoyo.(36)

Nivel 1: Apoyo local (servicio/unidad)

En este nivel, los compañeros de trabajo, colegas y/o los supervisores del servicio brindan los "primeros auxilios emocionales" a la persona que cometió el error. Se espera que, luego de producido un evento adverso grave, los jefes de servicio monitoreen a su personal. Estos jefes han sido previamente entrenados en el fenómeno de la segunda víctima y en las intervenciones inmediatas a considerar (ej: consuelo, análisis profesional del caso, etc.). Cuando se apoya a un colega en esta etapa es importante estimularlo a que nos cuente qué fue lo que pasó y no comenzar minimizando la importancia del error. El comentario empático sobre errores propios

puede ayudar a que la segunda víctima no se sienta tan solo. También ayuda preguntarle cómo se siente, reconocer el impacto emocional del error y ver cómo lo está sobrellevando.

Nivel 2: Pares entrenados, coordinadores de seguridad y gestión de riesgos

En este nivel intervienen personas con entrenamiento en seguridad del paciente y en herramientas de análisis de eventos adversos (ej: análisis de causa raíz). El equipo for YOU brinda dos formas de intervenciones estructuradas: a) momentos 1 a 1 con la segunda víctima involucrada y b) reuniones de grupo (debriefing). Ambas intervenciones utilizan elementos básicos de apoyo y cuidado, sabiendo que la intensidad y duración de los mismos puede ser muy variable entre los individuos. Las intervenciones 1 a 1 se llevan a cabo apenas la segunda víctima es identificada. Las reuniones de grupo son programadas para garantizar que participe la mayor cantidad de personas involucradas en el evento. Estas reuniones están lideradas por un facilitador del equipo for YOU especialmente entrenado en manejo de crisis.

Es importante destacar que el apoyo a la segunda víctima en estas circunstancias es una función diferente a la de investigación del evento. Unas personas brindan apoyo emocional mientras que otras (generalmente especialistas en seguridad o en gestión de riesgos) lideran la investigación y realizan el análisis del evento. Scott encontró que el apoyo inicial a la segunda víctima facilita el análisis del evento por parte de los especialistas en seguridad. En el caso de que se encuentre indicado un análisis de causa raíz (ej después de eventos centinelas), se invita a la persona involucrada a participar en la revisión del caso para que ayude a identificar problemas sistémicos y ayude a construir planes para prevenir futuras recurrencias. En la experiencia de los investigadores de la Universidad de Missouri, la inclusión de la segunda víctima en estas discusiones, las cuales se focalizan en factores sistémicos y no en asignar culpas ayuda a que los profesionales implicados en el caso cicatricen mejor sus heridas. La participación en este tipo de análisis es un proceso absolutamente voluntario. A no todas las segundas víctimas les hace bien revivir una y otra vez el error frente a terceros. Sin buscarlo, las investigaciones pueden exacerbar el trauma emocional cuando se realizan de manera repetida, desorganizada, confusa y sin empatía.

Nivel 3: Derivación profesional

Este nivel garantiza la disponibilidad y el rápido acceso a servicios profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, ayuda espiritual), que van más allá de las

capacidades de los colegas entrenados en el apoyo a las segundas víctimas.

Pese a la importancia que tiene contar con planes de apoyo institucional formales, el 90% de los médicos entrevistados para el estudio de segundas víctimas de EE.UU y Canadá concordó en el deficiente apoyo de sus hospitales y organizaciones de salud.(14) El 82% de los encuestados manifestó interés en recibir consejo especializado luego de cometer un error serio. Sin embargo, también reportaron barreras muy significativas para conseguir este apoyo, incluyendo la reticencia para tomarse tiempo fuera de las horas de trabajo, el convencimiento de que el asesoramiento y la terapia no los podía ayudar, temores de que lo discutido en las reuniones de grupo sea ventilado donde no corresponde, aumento de su exposición en eventuales juicios por mala praxis y vergüenza por los que puedan opinar sus colegas. Las instituciones deben ser capaces de abordar estas barreras, si bien el estudio sobre la mejor forma de hacerlo se encuentra en una etapa muy incipiente.

Modelo 3 niveles de apoyo de Scott



Apoyo en la revelación del evento a pacientes y familiares

Si el paciente o su familia no son conscientes del error, la importancia de revelárselo debe ser discutida. Todo médico tiene el deber ético de confesarle al paciente que se equivocó, especialmente cuando el error produjo un daño. Sin embargo, debemos reconocer también el dolor y temor que produce cumplir con este imperativo moral.

El estudio realizado sobre segundas víctimas en Canadá y EE.UU sugiere que la revelación del error es una de las principales causas de estrés entre los médicos.(14) La confesión de un error es ciertamente difícil, obligando a los profesionales a reconocer limitaciones propias o del sistema de salud, exponiéndolos a la pérdida de confianza del paciente y a juicios por mala praxis. Los médicos del estudio que revelaron errores a sus pacientes (89%), manifestaron estar generalmente satisfechos por la forma en la que se dieron las conversaciones. Algunos estudios demuestran que los

pacientes y sus familias pueden ser asombrosamente comprensivos cuando se les explica lo sucedido de manera franca y abierta. Si bien los principales impulsores de la revelación de errores sostienen que la confesión brinda alivio psicológico y espiritual a los médicos, este estudio mostró que aquellos médicos satisfechos por su revelación a los pacientes estaban tan angustiados como los médicos que ocultaban o disfrazaban el error. Cuando la revelación transcurre de manera conflictiva, los médicos tendrían una probabilidad 4 veces mayor de sufrir estrés post traumático.

Un estudio español sobre segundas víctimas demostró un amplio consenso en que el médico responsable del paciente es quien debe informarle tanto a él como a su familia, independientemente que el error o la concatenación de errores implique a otros profesionales, ya que es el referente de máxima autoridad y en el que delegan la mayor confianza.(26) Si el propio médico responsable fuera el que ha cometido el error, debe valorarse la relación previa con el paciente y la familia, la posible repercusión legal y si cuenta con apoyo del servicio o unidad asistencial para seguir siendo el interlocutor con el paciente. En cualquier caso, hubo un amplio consenso en no personalizar el error en un profesional.

Para facilitar la revelación, el profesional debería ser asistido por especialistas en seguridad del paciente y gestión de riesgos, para que lo ayuden en la planificación de la misma. Estas personas deberían acompañarlos en las conversaciones con los pacientes y sus familias, de forma tal que puedan también responder a sus preguntas, reunirse luego con el profesional y brindarle la oportunidad de reafirmación y apoyo. Dada la falta de entrenamiento de los profesionales de la salud para dar malas noticias, especialmente cuando ellos mismos pueden estar implicados en su causa, la mayoría de los estudios detectan la necesidad de capacitar formalmente a los médicos, enfermeros y resto de personal en habilidades de comunicación.(26)

Sobre el momento en que se debe informar suelen existir dos opiniones diferenciadas. Por un lado, los partidarios de informar inmediatamente y, por otro, los que opinan que debe informarse cuando se tiene toda la información sobre lo sucedido. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, en ocasiones, puede transcurrir mucho tiempo hasta concluir la investigación, y cualquier demora facilitaría que la información, cargada de juicios de valor, fluyera por los propios pasillos y sin contraste. Otros aspectos que generalmente son bien valorados al momento de la revelación son el cuidado del entorno y la privacidad, el ofrecimiento de un nuevo contacto, brindar la información todas las veces que sea necesario y actuar con transparencia y sentido de justicia en

aspectos administrativos que les facilite una posible indemnización.(26)

Apoyo legal

Los errores que terminan produciendo daños que pudieron ser evitados tienen implicancias legales, económicas y mediáticas que deben ser consideradas desde un primer momento. Las segundas víctimas se enfrentan a la posibilidad de perder su matrícula y parte de su patrimonio. Las instituciones tampoco se encuentran exentas por su deber de seguridad. La contención a las segundas víctimas en estos aspectos resulta fundamental. Los hechos deberían ser rápidamente puestos en conocimiento de las compañías de seguros de responsabilidad profesional, quienes suelen contar con profesionales médicos y abogados expertos en la defensa y cierre de litigios. Son ellos los mejor capacitados para contener y explicar a los profesionales implicados los pasos de los procesos civiles/penales y para ofrecer, cuando corresponda, una compensación justa y rápida que ayude al proceso de recuperación no sólo de los médicos, sino también de los pacientes y de sus familiares.

El centro asistencial debería apoyar al profesional, nunca condenarlo, y menos aún de forma pública, por lo que se debe medir bien el mensaje que se dará en caso de ser abordados por los medios de comunicación. La opinión mayoritaria sostiene que toda la información debería centralizarse para que pueda ser comunicada de forma eficaz y con la mayor veracidad. El profesional implicado nunca tendría que informar a los medios de comunicación. La información, en cualquier caso debe considerarse como un trabajo conjunto del equipo de comunicación y la dirección del centro. El mensaje debe ser honesto y sin dar nombres de los profesionales implicados. La periodicidad en la transmisión de la información será diferente según los casos. En el mensaje, que debe ser consensuado con las personas involucradas y los aseguradores la institución, debe incluirse la asunción de responsabilidades de las consecuencias de los eventos adversos, evitando posturas defensivas. Este mensaje debería escribirse siempre, aunque no deba leerse. Como portavoz, la combinación de un responsable de la organización y un técnico en la materia aparece como lo más aconsejable, sin olvidar que los "medios" no son el enemigo, sino profesionales que están cumpliendo con su trabajo.(26)

Las terceras víctimas

Las organizaciones de salud deberían comprometer recursos para apoyar a sus médicos, enfermeros y resto del personal no sólo por el valor moral de reconocer y aliviar el sufrimiento, sino también por su propio interés.

La inversión en capital humano ayuda a cumplir con los objetivos presupuestarios, mejora la seguridad de los pacientes y disminuye los riesgos médico-legales. En caso de perder profesionales con años de experiencia, cuesta mucho dinero reemplazarlos por personal igualmente idóneo. Las estrategias para reducir la angustia de los profesionales implicados en un error permiten que vuelvan a trabajar en un estado mental con más foco y resiliencia.(30) Más aún, un profesional que no se ha sentido apoyado se encuentra en un estado emocional que puede afectar cualquier plan de defensa en eventuales juicios por mala praxis. La organización de salud en sí misma puede transformarse en "la tercera víctima" cuando sus pacientes y trabajadores sienten que han sido ignorados, abandonados o castigados injustamente. El comportamiento de los líderes luego de los errores puede ayudar a agrandar o a cicatrizar las heridas.

CUADRO | Decálogo de buenas prácticas para ayudar a las segundas víctimas

1. Actuar con honestidad y transparencia, reparando el daño e informando de lo sucedido y de las medidas para evitar que pueda repetirse.
2. Actuar de forma prudente, evitando juicios de valor y aportando datos.
3. Contrastar la información antes de informar a los medios de comunicación.
4. Buscar la opinión de expertos para hacer más comprensibles los hechos.
5. Transmitir la noticia con objetividad sin buscar culpables
6. Lograr el máximo respeto para el profesional involucrado
7. Intentar evitar sensacionalismos, buscando interlocutores de los medios especializados en cuestiones de salud
8. No contribuir a crear estereotipos equívocos de profesionales sanitarios
9. Transmitir que la institución tiene entre sus fines la búsqueda de lo mejor para el paciente
10. Garantizar el derecho a la intimidad cuando la noticia incorpore imágenes

Fuente: Aranaz JM y col. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. Trauma Fund MAPFRE (2013) Vol 24 n°1: 54-60

Conclusión

El movimiento por la seguridad de los pacientes propone un cambio cultural mediante el cual los errores deben ser considerados como problemas sistémicos y no como fallas atribuibles a una sola persona. Con todo lo importante que resulta este cambio, es inevitable que los médicos se angustien cuando se equivocan y que los pacientes o sus familias dirijan toda su indignación a quienes consideran responsables de un daño. Luego de un error médico, es lógico que la primera prioridad sea atender las necesidades emocionales y físicas de los pacientes afectados. Sin embargo, los estudios sugieren que los médicos, enfermeros y el resto de personal implicado en eventos adversos evitables experimentan también una gran angustia y estrés que, hasta el momento, suele estar desatendida. Para apoyar al personal de la salud en sus horas más oscuras, las organizaciones requieren preparación, compromiso de los líderes y una infraestructura de soporte que esté a la altura del desafío.

Siempre se cometerán errores durante la atención médica. El factor decisivo será cómo los manejamos. La seguridad de los pacientes y el bienestar de nuestra fuerza de trabajo serían mejor honrados si pudiéramos ser más honestos acerca de los errores con nuestros pacientes, nuestros colegas y con nosotros mismos.

Bibliografía

1. Lipsitz AL. Understanding Healthcare as a complex system. *JAMA* 2012 Jul 18. 308 (3): 243-244
2. The Health Foundation. Complex Adaptive Systems. Agosto 2019 online <http://www.health.org.uk/sites/health/files/ComplexAdaptiveSystems.pdf>
3. Kohn L, Corrigan J, Molla S, Donaldson M (editors) *To err is Human: building a safer health system*. Washington DC, National Academy Press, 1999
4. Jha AK, Larizgoitia I et al. The global burden of unsafe medical care; analytic modeling of observational studies. *BMJ Qual Saf* 2013; 22: 809-815
5. Joint Commission International. International Patient Safety Goals <http://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>
6. Organización Mundial de la Salud. (OMS) 9 Soluciones para la seguridad del paciente. Mayo 2007. Accesible online: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1>
7. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). March, 2013. Making Health Care Safer II: An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices.
8. Massachusetts coalition for the prevention of medical errors. *When things go wrong. Responding to adverse events. A consensus statement of the Harvard Hospitals*. March 2016 <http://www.macoalition.org/documents/respondingToAdverseEvents.pdf>
9. National Patient Safety Agency (NHS)- *Being Open. Saying sorry when things go wrong. Communicating patient safety incidents with patients, their families and carers* ". Nov. 2009 <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=65077>
10. Grupo de Trabajo (España) Recomendaciones para decir "lo siento" tras un evento adverso. Madrid, Julio 2016, http://www.segundasvictimas.es/data/documentos/DECIR-LO-SIENTO-INFORME-FINAL_rev-def.pdf
11. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 2000;320 (7237):726-727.
12. Rassin M, Kanti T, Silner D. Chronology of medication errors by nurses: accumulation of stresses and PTSD symptoms. *Issues Ment Health Nurs* 2005;26:873-6.
13. Wolf ZR. Stress management in response to practice errors: critical events in professional practice. *PA-PSRS Patient Safety Advisory* 2005;2:1-4
14. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, 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.
15. Crigger NJ. Always having to say you're sorry: an ethical response to making mistakes in professional practice. *Nurs Ethics* 2004;11:568-76.
16. Rosshem J. To err is human—even for medical workers. *Healthcare monster*. http://healthcare.monster.ca/8099_en-CA_pf.asp
17. White AA, Waterman A, McCotter P, et al. Supporting health care workers after medical error: considerations for healthcare leaders. *J Clin Outcomes Manag* 2008;15:240-7.
18. Denham CR. Trust: the 5 rights of the second victim. *J Patient Saf* 2007;3: 107-19.
19. Scott et al. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events *Qual Saf Health Care* 2009 18: 325-330
20. Hilfiker D. Facing our mistakes. *N Engl J Med* 1984;310: 118-22.
21. Bosk CL. Forgive and remember: managing medical failure. *Chicago: University of Chicago Press*; 1979.
22. Mizrahi T. Managing medical mistakes: ideology, insularity and accountability among internists-in-training. *Soc Sci Med* 1984;19:135-46.
23. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med* 1992;7:424-31.

24. Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med* 1996;5:71–5.
25. Hewett D. Supporting staff involved in serious incidents and during litigation. In: Vincent C, editor. *Clinical risk management: enhancing patient safety*. 2nd ed. London: BMJ Books; 2001:481–95.
26. Aranaz JM y col. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma Fund MAPFRE* (2013) Vol 24 n°1: 54-60
27. Stanton J, Caan W. How many doctors are sick? *BMJ* 2003;326:S97.
28. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004;161:2295–302.
29. Schernhammer E. Taking their own lives—the high rate of physician suicide. *N Engl J Med* 2005;352:2473–6.
30. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 2006;296:1071–8.
31. Relieving physician's stress aids retention, improves care. *Exec Solut Healthc Manag* 1998;1:11–3.
32. Crigger NJ, Meek VL. Toward a theory of self-reconciliation following mistakes in nursing practice. *J Nurs Scholarsh* 2007;39:177–83.
33. Wolf ZR, Serembus JF, Smetzer J, et al. Responses and concerns of healthcare providers to medication errors. *Clin Nurse Spec* 2000;14:278–90.
34. Crigger N. Two models of mistake-making in professional practice: moving out of the closet. *Nurs Philos* 2005;6:11–8.
35. Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. *J Nurs Care Qual* 2004;19:209–17.
36. Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., Hall, L. W. (2010). Caring for our own: deploying a system wide second victim rapid response team. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36 (5), 233-240