

## LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS DE LOS EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

### The second victims of adverse events related to patient safety

Mag. Josué Joel Baldospin Campi \*, <https://orcid.org/0000-0002-2166-9534>

MSc. David Leonel Lenis Aragundi, <https://orcid.org/0009-0001-4458-4103>

Mag. Jesús Orlando Navarrete Baidal, <https://orcid.org/0000-0001-7368-056X>

Mag. Carlos Aarón Cevallos Valencia, <https://orcid.org/0009-0001-5918-5404>

Investigadores independientes, Ecuador

\*Autor para correspondencia. email [joelbaldospin@gmail.com](mailto:joelbaldospin@gmail.com)

**Para citar este artículo:** Baldospin Campi, J. J., Lenis Aragundi, D. L., Navarrete Baidal, J. O. y Cevallos Valencia, C. A. (2024). Las segundas víctimas de los eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente. *Maestro y Sociedad*, 21(1), 394-403. <https://maestrosociedad.uo.edu.cu>

### RESUMEN

Introducción: Las segundas víctimas son aquellos trabajadores de salud que están involucrados en un evento adverso y presentan afección física, emocional, psicológica o laboral. Cuando se produce un incidente en los pacientes, ya sea un evento adverso o un incidente sin daño, los pacientes sufren física y emocionalmente el impacto del caso; pero también los profesionales sienten miedo, dudas acerca de su capacidad para atender a los pacientes, ansiedad e inseguridad a consecuencia de estos sucesos. Materiales y métodos: En este artículo de búsqueda bibliográfica tanto nacional como internacional, se estudia las segundas víctimas de los eventos adversos relacionado con la seguridad del paciente. Resultados: Estabilizar y atender las necesidades emocionales del paciente que sufre un evento adverso es una prioridad de la práctica asistencial, pero los directivos deben también saber cuidar a los profesionales que se ven involucrados involuntariamente en estos acontecimientos. Discusión: La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente, y su mejora una labor compleja que afecta a todo el sistema. Conclusiones: La evidencia científica ha demostrado que un evento adverso, no es más que el resultado de una secuencia de procesos defectuosos que han sucedido antes, y se constatan en la literatura científica los esfuerzos por estudiar todos los factores intervinientes en el complejo sistema que puede resultar la atención sanitaria.

**Palabras clave:** Segundas víctimas; evento adverso; afección física; emocional; psicológica; ansiedad.

### ABSTRACT

Introduction: The second victims are those health workers who are involved in an adverse event and have a physical, emotional, psychological or work-related condition. When an incident occurs in patients, whether an adverse event or a non-harmful incident, patients physically and emotionally suffer the impact of the case; But professionals also feel fear, doubts about their ability to care for patients, anxiety and insecurity as a result of these events. Materials and methods: In this national and international bibliographic search article, the second victims of adverse events related to patient safety are studied. Results: Stabilizing and addressing the emotional needs of the patient who suffers an adverse event is a priority in healthcare practice, but managers must also know how to care for professionals who are involuntarily involved in these events. Discussion: Safety is a fundamental principle of patient care, and its improvement is a complex task that affects the entire system. Conclusions: Scientific evidence has shown that an adverse event is nothing more than the result of a sequence of defective processes that have happened before, and efforts to study all the factors involved in the complex system that can result in health care.

**Keywords:** Second victims; adverse event; physical condition; emotional; psychological; anxiety.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que cada año millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de la atención insegura que reciben en las instituciones de salud. Los eventos adversos (EA) han sido definidos como el resultado de un incidente o imprevisto presentado durante la atención en salud, que genera como consecuencia en el paciente un daño físico o psicológico no intencionado.

La seguridad del paciente asume que el mejor abordaje de los eventos adversos implica a todo el sistema. El impacto de un evento adverso en el profesional implicado puede tener consecuencias devastadoras para él, para el paciente y para la institución. Es necesario considerar esta perspectiva en el manejo y análisis de los eventos adversos.

En la estrecha relación existente entre los trabajadores de salud y el paciente en un contexto asistencial, pueden ocurrir diversas situaciones que conllevan una situación no esperada de la atención, los cuales son llamados eventos adversos (EA) y se definen como todo accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica del paciente y asociado a la asistencia sanitaria y no a la enfermedad de base, que le ha provocado muerte, lesión, incapacidad o prolongación de la estancia hospitalaria y ha alterado el cuidado integral de este paciente. Además de implementar medidas de apoyo, es importante que los profesionales reconozcan el concepto de segunda víctima.

Es un sufrimiento distinto al del paciente, pero es un impacto negativo que incapacita, que aumenta la probabilidad de error en las horas y días siguientes, que invita a una medicina defensiva que, en conjunto, tiene consecuencias negativas para los pacientes, los profesionales y el sistema sanitario.

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

Estudiar la respuesta de los profesionales tras un incidente es el siguiente paso en la natural evolución de la investigación en seguridad del paciente, un paso previsible y, sin duda, necesario. La cultura de seguridad que se comparte en los centros es clave a la hora de predecir la respuesta de los profesionales ante los incidentes para la seguridad.

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

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Revisión clásica de la literatura

Criterios de elegibilidad y exclusión: Se incluyeron estudios primarios cualitativos, observacionales o experimentales, que contenían información relacionada con segundas víctimas, publicados entre los años 2018 y 2022, en inglés o español. Se excluyeron estudios incompletos.

Estrategia de búsqueda: La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, MedLine, Science Direct y Google Scholar, a través de términos estandarizados como Medical Subject Headings (MeSH) y términos libres tanto en inglés como en español.

Selección de estudios: La búsqueda fue realizada de forma conjunta, posteriormente se realizó la selección de estudios, se descartaron estudios teniendo en cuenta los títulos y abstract, y por último, se realizó la lectura completa de los estudios para luego hacer una síntesis en la que se incluyeron variables como: tipo de estudio, objetivo, área o profesión involucrada, población incluida en el estudio, instrumentos de medición para evaluar el impacto en las segundas víctimas, metodología del estudio, tipo de evento adverso en el cual incurrió la segunda víctima, prevalencias e incidencias de segundas víctimas, consecuencias del evento adverso en las segundas víctimas y programas para las segundas víctimas.

## RESULTADOS

La búsqueda arrojó un total de 113 estudios (PUBMED: 69; Medline: 28; Science direct: 6; Google Scholar: 10 artículos). Posteriormente, se leyeron los títulos de los artículos con los cuales se descartaron 103, se procedió a leer el abstract de cada artículo seleccionado de los cuales quedaron 10.

Se incluyeron en total 10 artículos, publicados entre el 2018 y el 2022, siendo en su mayoría estudios cualitativos y observacionales. Las profesiones involucradas fueron medicina, enfermería, odontología, rehabilitación (fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional) y médicos residentes. Los participantes incluidos en los estudios fueron reportados en el 100 % de los artículos.

En el 79 % de los estudios revisados no se reportó información relacionada con el tipo de evento adverso. En el 21 % de estudios restantes se reportaron los tipos de eventos, encontrándose entre ellos eventos relacionados con: errores de medicamentos y eventos farmacológicos, errores diagnósticos, tratamientos aplazados, y errores en procedimientos invasivos y cirugías (5.2 %). Se encontraron consecuencias del evento adverso en las segundas víctimas a nivel físico en el 42.1 % de los estudios revisados, psicológicas y/o emocionales en el 84.2 %, y laborales y/o sociales en el 63.1 %.

Se identificaron programas y/o intervenciones para las segundas víctimas en el 42.1 % de los estudios, en el 5.2 % se muestra la necesidad de los mismos y en el 52.6 % no se reporta información relacionada con los programas.

### **Análisis de diferentes estudios sobre las Segundas víctimas de los eventos adversos**

Luego de un análisis exhaustivo de estudios primarios cualitativos, observacionales o experimentales, que contienen información relacionada con segundas víctimas se pudo deducir lo siguiente:

Los eventos adversos han sido estudiados en diferentes países a nivel mundial, en los cuales la incidencia de los eventos adversos oscila entre el 5.5 % y el 11.18 %, siendo evitables entre el 42.8 % y el 70 % de los casos. Con respecto a las segundas víctimas (SV), su incidencia oscila entre el 69 % y el 77 %, siendo más frecuentes en médicos y enfermeras. Tras experimentar un evento adverso, los profesionales presentan dificultades para sobrellevar sus emociones y quedan con afectaciones a nivel personal y laboral. Se reporta en la literatura que entre el 43 % y 76 % de los profesionales se ven emocional, física y laboralmente afectados después de un evento, y además cambios en su interacción con los pacientes puesto que algunos suelen volverse inseguros frente a su juicio profesional; todo esto, a su vez, afecta directamente la calidad de la atención que brindan a otros pacientes.

Basado en la revisión de diferentes estudios bibliográficos, se encontró que los profesionales que más reportan ser segundas víctimas son los médicos seguidos del personal de enfermería. En los estudios revisados se encontró que hasta el 70 % de los profesionales de la salud han participado en eventos adversos, ocasionando repercusiones a nivel emocional y/o psicológicas hasta en el 57.9% de los casos, problemas físicos tales como insomnio, estrés, fatiga, náuseas, mareo, hasta en el 40% de los casos y disminución e incapacidad laboral hasta en el 57.9% de los casos.

Además, en otras investigaciones encontradas en el caso de los expertos o profesionales en odontología, se pudo evidenciar que los síntomas más comunes eran la ansiedad, con 63.8 %; ira, con 61 %; desesperanza, 39 %; decepción, 32.4 %; angustia, 32.4 %; sentimiento de humillación, 19 %; y solamente un 10 % tuvieron sentimientos de culpa. Según los cirujanos dentistas, la situación crónica de alteración a nivel emocional que sufren quienes son demandados genera el síndrome clínico judicial.

Esta revisión también destacó la necesidad de la instauración de programas o protocolos dirigidos a mitigar las consecuencias en las segundas víctimas. Sin embargo, algunas instituciones de salud posiblemente no estén preparadas para satisfacer una variedad de necesidades que se presenten.

## DISCUSIÓN

### **Segunda Víctima**

Un error es una acción o decisión que no sigue lo que es correcto, acertado o verdadero Acción o decisión que se cree correcta pero que en realidad es falsa o desacertada Error es el resultado o consecuencia de falta de conocimiento o de habilidad. Pueden ocurrir repetidamente porque quien comete el error no es

consciente de ello.

Equivocación es el resultado inesperado e indeseado consecuencia de que la persona no logra usar su conocimiento y habilidad de forma correcta.

El término “segunda víctima” se usa para describir los efectos psicológicos negativos que puede generar la ocurrencia un evento adverso o un error médico que dañe al paciente, en el personal de atención de salud, los cuales pueden ser médicos, enfermeras u otros profesionales que han tenido errores relacionados con la atención en salud, con frecuencia, estas personas se sienten personalmente responsables del resultado del paciente. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. (2021).

Todo profesional, proveedor de servicios sanitarios, que participa en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con la paciente no esperada y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso. La respuesta de los mandos intermedios y de los directivos cuando sucede algún incidente, especialmente algún evento adverso con consecuencias graves, es determinante de cómo se afrontan estas situaciones y de la información y trato que reciben los pacientes. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. (2021).

### **Evento adverso (EA) con consecuencias graves**

Daño o complicación no intencionada que resulta de la asistencia sanitaria, y no responde a la enfermedad o al estado subyacente del paciente, y que provoca una prolongación de la estancia hospitalaria, discapacidad en el momento del alta o la muerte. Se identifica como evento adverso aquel que produce daño al paciente después de que este ingrese a una institución médica, y está relacionado más con el cuidado proporcionado que con la enfermedad de origen. Ejemplos de eventos adversos pueden ser una infección intrahospitalaria, una reacción alérgica a un medicamento o bien una caída; se da por entendido que un porcentaje importante puede ser prevenible o evitable. Rinaldi C, Leigheb F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. (2019).

Lo que las segundas víctimas esperan:

- Ser escuchado y comprendido. No juzgado.
- Poder hablar con compañeros sobre lo ocurrido y analizarlo conjuntamente.
- Participar en la definición de medidas de implantación para prevenir que ocurra de nuevo.
- Ser informado sobre los pasos y resultados del Análisis Causa-Raíz.
- Saber cómo actuar en relación con el paciente.

### **Segundas víctimas de los eventos adversos**

Según la literatura existente, la mitad de profesionales sanitarios sufrirá, al menos una vez durante su vida profesional, el impacto como segunda víctima tras la ocurrencia de un evento adverso. La sintomatología más frecuentemente experimentada es la que forma parte del denominado “síndrome de estrés postraumático”. Cuando un profesional se encuentra en esta situación, incrementa la probabilidad de generarse nuevos incidentes, pasando a considerarse fuente de peligro y debiéndose identificar, además, en la relación de riesgos que se realice en la organización, de modo que sea gestionado dentro de la Estrategia de Seguridad Clínica. Rinaldi C, Leigheb F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. (2019).

Una organización que ha establecido una estrategia de Seguridad Clínica y que ha desplegado sus objetivos a todas sus áreas, incorporando la necesidad de notificación de ocurrencias y su gestión (reactiva y proactiva), y que plantea planes de tratamiento a partir de los cuales implantar medidas de seguridad potentes para evitar o disminuir los riesgos, no debe pasar por alto que, ante la ocurrencia de un evento adverso no intencionado, uno o varios de sus profesionales (quienes se han visto involucrados en el suceso) pueden verse afectados a nivel psicológico y a nivel emocional, lo cual va a poder influir en el desempeño de su actividad pudiendo provocar además, y sin intención alguna, otros incidentes. Por lo tanto, dentro de la estrategia de seguridad clínica, debe tenerse en cuenta la Atención a las Segundas Víctimas como objetivo de mejora. En la actualidad son pocas las organizaciones sanitarias con cierto recorrido en el abordaje de las segundas víctimas. Rinaldi C, Leigheb F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. (2019).

Hay que avanzar en la atención a las segundas víctimas, ya que es un tema tanto ético como de calidad (la atención al cliente interno), que contribuye a la seguridad del paciente, de muy baja o nula implicación presupuestaria y que haría sentir a los profesionales que sus organizaciones también se preocupan por ellos.

La primera víctima es el paciente y los familiares afectados, una segunda víctima es el profesional involucrado y, por último, una tercera víctima es la clínica, hospital o institución de salud donde tuvo lugar el evento adverso. Según los estudios disponibles, las reacciones emocionales más comunes en las segundas víctimas son: ansiedad, obnubilación, confusión, dificultades para concentrarse en la tarea, despersonalización, frustración, sentimientos de culpa, tristeza, cambios de humor, insomnio, reexperimentación del suceso de manera repetida, dudas sobre la propia capacidad profesional, miedo a las consecuencias legales y a la pérdida de reputación. Las segundas víctimas, luego del evento en el que han participado, ven afectada su forma de interactuar con los pacientes y sus prácticas profesionales. También se encuentra documentado que, luego de un evento adverso, se incrementa la posibilidad de que ocurra un nuevo accidente. Bernal Nieto, A. M., & Parra Umaña, P. A. (2018).

Etapas en la recuperación general de las segundas víctimas:

- El caos y la respuesta del accidente
- Las reflexiones no pertinentes
- Restauración de la integridad personal buscando apoyo para contar su experiencia o entender el impacto
- Soportar la inquisición de los demás
- Obtener ayuda, “primeros auxilios” emocionales
- Sobrevivir o avanzar

Para las etapas posteriores, las instituciones pueden proporcionar algún apoyo emocional; pero para las primeras etapas los superiores jerárquicos y los compañeros se podrían formar en la prestación de apoyo inmediato adecuado. Además, el problema se puede afrontar centrándose en el error e intentando entenderlo o bien aprendiendo a gestionar las emociones. Esta segunda estrategia suele dar mejores resultados.

Las reuniones con familiares o pacientes se han identificado como una manera importante de reducir el impacto negativo del evento en los médicos, pero no es un método que garantice la obtención de alivio o absolución.

### **Cultura de seguridad y política institucional**

Desarrollar una cultura positiva de seguridad y una política institucional que aborde la atención al paciente, las segundas y terceras víctimas tras la ocurrencia de un EA. Pérez, C. D., Fuentes, P. S., & García, E. J. (2019).

1. Establecer un entorno sanitario seguro y centrado en el paciente que garantice el respeto de los derechos del paciente, incluyendo una comunicación franca y una disculpa tras sufrir un EA.
2. Incluir en la política de seguridad del centro una referencia a los planes de actuación con segundas y terceras víctimas previstos.
3. Establecer un argumentario de forma consensuada de cómo formular una disculpa al paciente sin que signifique un reconocimiento de culpa.
4. Establecer recomendaciones que ofrezcan información y límites apropiados para, al mismo tiempo, asegurar transparencia y preservar la seguridad jurídica de los profesionales (con indicaciones sobre qué y cómo notificar y con indicaciones para el momento inmediatamente posterior al EA para el profesional más directamente involucrado y para el equipo de análisis de la situación).
5. Incluir en los planes de formación del personal talleres sobre información al paciente víctima de un EA y sobre la actuación que en la institución debe llevarse a cabo en caso de EA.
6. Desarrollar un plan de actuación ante EA que incluya aprender de la experiencia implementando acciones correctivas a las deficiencias identificadas en los procesos asistenciales y barreras apropiadas para evitar que se repitan EA por causa similar.
7. Establecer y difundir entre los profesionales los procedimientos de actuación en caso de evento adverso con consecuencias graves (o evento centinela). Debe incluir un procedimiento de sustitución del personal que pueda haberse visto afectado por estos acontecimientos, y, por tanto, incapacitado para prestar la asistencia adecuada al paciente tras el evento.
8. Evaluar periódicamente la efectividad de los procedimientos aprobados en caso de EA.

9. Constituir y disponer de un equipo de profesionales que puedan manejar la situación de crisis de forma inmediata y efectiva, que se activaría cuando la situación lo requiriese y los colegas de la segunda víctima se vieran a su vez sobrepasados. Este personal requiere entrenamiento para que puedan prestar apoyo a posibles colegas implicados en un evento adverso. Ver perfil personal y perfil formativo recomendado de los profesionales referentes para dar apoyo a la segunda víctima.
10. Desarrollar un plan de comunicación de crisis para preservar la imagen de la institución y sus profesionales ante la opinión pública.
11. Difundir, de forma proactiva, entre los profesionales los planes de actuación previstos y la forma en que pueden beneficiarse de ellos.
12. Definir un procedimiento para la evaluación de la efectividad de las medidas y los procedimientos implantados para atender a las segundas y terceras víctimas.

### **Atención al paciente**

Mitigar las consecuencias del evento adverso y atender las necesidades clínicas, informativas y emocionales del paciente y de sus familiares.

- Prestar al paciente la atención que requiera de forma inmediata conforme al protocolo de cada centro.
- Contactar con el profesional responsable del paciente para informar de forma inmediata y requerir su intervención. En caso de no estar localizado informar al médico responsable del paciente en ese momento.
- Ofrecer apoyo psicológico al paciente y/o sus familiares.
- Contactar con el supervisor de enfermería del servicio o de la unidad asistencial (coordinador de enfermería) para informar de lo sucedido y requerir su intervención.
- Valorar si existe un riesgo inmediato para éste u otros pacientes (incluidos de otros centros) y así poder actuar de forma rápida y adecuada para prevenir un nuevo evento adverso.
- Asegurar un canal de contacto directo, estable y personalizado con el paciente en los 3 meses siguientes al incidente si es pertinente el seguimiento del caso. Designar a un profesional referente de contacto.

### **La Seguridad del Paciente**

Es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria. Es evidente que los incidentes relacionados con la seguridad del paciente con consecuencias graves afectan de una manera directa a los pacientes y sus familiares. Sin embargo, no son ellos los únicos que sufren y se ven afectados (Bernal & Parra, 2018).

El deseo de cualquier profesional sanitario es mejorar la vida de sus pacientes y paliar o minimizar el sufrimiento cuando lo primero ya no es posible. Cuando un paciente padece un daño accidental en el proceso de atención, la confianza en el profesional se deteriora. Es una experiencia traumática y dolorosa pero no solo para el paciente y su familia, sino también para los profesionales sanitarios que se ven involucrados. Este hecho puede acarrear para ellos serias consecuencias laborales, familiares y personales y para las instituciones sanitarias donde estos eventos adversos ocurren una pérdida de prestigio entre ciudadanos y pacientes (Bernal & Parra, 2018).

Las segundas víctimas cambian su forma de interactuar con los pacientes a partir de la ocurrencia de un evento adverso con consecuencias graves. Su modo de práctica se vuelve inseguro, su situación afectiva se ve alterada y las dudas sobre su criterio profesional hacen que se afecte la calidad de la atención que brindan a otros pacientes (Bernal & Parra, 2018).

Sospechándose una afectación distinta entre hombres y mujeres, considerándose este último colectivo como más vulnerable, las consecuencias de los eventos adversos en los profesionales involucrados tienen su

impacto a nivel emocional y se caracterizan por una respuesta de ansiedad, despersonalización, frustración, culpa, síntomas depresivos, insomnio o dificultades para disfrutar sueño reparador, reexperimentar el suceso una y otra vez, ira y cambios de humor en casa. También impactan a nivel profesional, presentando una preocupación mórbida por su rendimiento y capacidad profesional que llega a afectar a su toma de decisiones clínicas, obnubilación, confusión y dificultades para concentrarse en una tarea. El miedo a consecuencias legales y a la pérdida de reputación profesional está presente en su trabajo diario. La relación con el paciente se ve alterada por cambios de humor y, en muchos casos, optan por ocultar información al paciente por temor o por no saber cómo hacerlo. En este último aspecto, los enfoques que se han denominado open disclosure buscan facultar a los profesionales para asegurar una comunicación franca con el paciente, con información veraz, con reconocimiento de lo sucedido, aprendiendo a expresar su pesar por lo sucedido y a atender las expectativas de atención del paciente junto a información sobre las medidas para evitar que un incidente similar vuelva a ocurrir (Bernal & Parra, 2018).

Según la normativa, es importante que los pacientes que se han visto involucrados en un EA reciban información acerca del suceso. Por lo cual existen una serie de recomendaciones sobre cómo comunicar al paciente lo ocurrido en el EA entre las cuales se incluye una disculpa, pues los profesionales coinciden en que se debe informar sobre el evento adverso a los pacientes, sin embargo, estos desconocen quien debe brindar la información. La información al paciente puede ir acompañada de una disculpa expresada en términos neutros haciendo uso de un léxico apropiado con el fin de evitar palabras que generen confusión y que aseguren la comprensión de la información por parte del paciente, es decir manifestar pesar por lo sucedido sin que en ningún momento el informante se identifique así mismo como responsable del daño, ni culpabilice a terceros, esto debe ser entendido como un acto ético responsable y no como una confesión; ya que cuando se acompaña la información de una manifestación de pesar por lo sucedido (disculpa) favorece la confianza de los pacientes hacia los profesionales y contribuye a humanizar la asistencia sanitaria, reduciendo también la posibilidad de litigio en aquellos casos en los que no existen otras fuentes previas de conflicto con el paciente o sus familiares y también reduce los costes y el conflicto (Bernal & Parra, 2018).

Son diversas las variables que influyen en quién será el encargado de notificar el evento adverso, pues se tiene en cuenta la gravedad de dicho hecho, el impacto emocional en el profesional implicado (sintomatología de segunda víctima), el impacto mediático, y la ausencia o presencia de conflicto legal. Por lo que en el caso donde el evento adverso presente consecuencias leves sobre el paciente y el profesional de la salud implicado no presente ningún signo o síntoma de afectación relacionado a lo sucedido, se aconseja que sea el mismo profesional involucrado el informante, siempre y cuando se sienta en la capacidad de efectuar la comunicación. En caso de que el profesional implicado en el evento adverso no sea el profesional tratante del paciente, puede considerarse la posibilidad de que ambos estén presentes durante la información. Bernal Nieto, A. M., & Parra Umaña, P. A. (2018).

Finalmente, en el caso donde el evento adverso tenga consecuencias graves sobre el paciente y el profesional de la salud implicado presente signos o síntomas de afectación relacionada a lo acontecido, se descarta al profesional implicado en el evento adverso como informante y se recomienda que sea el profesional tratante si este no es directamente el involucrado en el hecho junto con el jefe del servicio o supervisor quienes informen al paciente y manifiesten las disculpas por lo sucedido.

#### Acciones para la Seguridad del Paciente

- Identificación del paciente. Mejorar la precisión de la identificación de pacientes, unificando este proceso en los establecimientos del Sector Salud, utilizando al menos dos datos que permitan prevenir errores que involucren al paciente equivocado.
- Comunicación Efectiva. Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así, reducir los errores relacionados con la emisión de órdenes verbales o telefónicas.
- Seguridad en el proceso de medicación. Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes.
- Seguridad en los procedimientos. Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas internacionalmente y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano.

- Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS). Coadyuvar a reducir las IAAS, a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.
- Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas. Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas.
- Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi evento. Generar información sobre cuasi eventos, eventos adversos y centinelas, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia.
- Cultura de seguridad del paciente. Medir la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

### **Actitud proactiva para evitar que pueda volver a producirse**

Aprender de la propia experiencia para ofrecer un entorno cada vez más seguro:

- Recoger y custodiar las evidencias que puedan ayudar a determinar qué, cómo y por qué ha ocurrido el evento adverso, por ejemplo, material inadecuado, estropeado, peligroso, etc. Tomar fotografías si se dispone de móvil. No efectuar anotaciones, enmiendas o tachaduras en ningún documento incluida la historia clínica.
- Registrar lo antes posible la información sobre lo ocurrido para favorecer que los recuerdos del personal implicado no se alteren por otras situaciones vividas.
- Anotar las personas presentes durante lo sucedido para que posteriormente puedan aportar información y propuestas durante el Análisis Causa Raíz (ACR) de cara a gestionar barreras que impidan que el evento adverso vuelva a ocurrir y medidas de mejora que pudieran derivarse de este análisis.
- Realizar un esquema cronológico de lo sucedido durante la asistencia al paciente.
- Escribir un resumen con la información más relevante para poder analizar posteriormente el evento adverso.

## **CONCLUSIONES**

Se entiende como segunda víctima el profesional implicado directa o indirectamente en un acontecimiento adverso relacionado con la asistencia sanitaria. El impacto de un evento adverso en el profesional implicado puede tener consecuencias devastadoras para él, para el paciente y para la institución. Es necesario considerar esta perspectiva en el manejo y análisis de los eventos adversos.

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente, y su mejora una labor compleja que afecta a todo el sistema. La evidencia científica ha demostrado que un evento adverso, no es más que el resultado de una secuencia de procesos defectuosos que han sucedido antes, y se constatan en la literatura científica los esfuerzos por estudiar todos los factores intervinientes en el complejo sistema que puede resultar la atención sanitaria.

Los eventos adversos están presentes en el sistema sanitario y casi la mitad de ellos son evitables. Los profesionales sanitarios involucrados en un evento adverso pueden verse afectados personalmente en la esfera física, ocasionándoles problemas de sueño, apetito e incluso taquicardia, en la esfera emocional y mental, llegando incluso a plantearse abandonar la profesión sanitaria.

Para paliar esta situación, se sugiere la elaboración de un plan de gestión de crisis junto a otras medidas para prevenir la pérdida de prestigio de la institución. En este sentido, las instituciones sanitarias y sus equipos directivos deben poner en práctica diversos tipos de intervenciones para prevenir los EA.

Realizar y contar con programas de notificación relacionados con la cultura de seguridad del paciente nos permitirá analizar y hacer sugerencias sobre los pasos a seguir para prevenir los eventos adversos y con ello las consecuencias en los profesionales de la salud, garantizando así una verdadera práctica de la cultura de seguridad del paciente.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bastidas, N., Echevarría, V., Ibaceta, I., Mallea, F., Millán, T., Núñez, D., & Ubilla, A. (2018). Segundas víctimas: calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso.
2. Bernal Nieto, A. M., & Parra Umaña, P. A. (2018). Segundas víctimas: ¿qué dice la evidencia? [Tesis de doctorado. Universidad del Rosario].
3. Blanco-Vargas, C. (2019). ¿Cómo puede verse afectado el personal de salud ante un error en la atención al sujeto de cuidado, que conlleve a la generación de un evento adverso centinela? *MedUNAB*, 21(3), 306-307.
4. Bueno Domínguez, M. J. et al. (2016) Cartas a la directora. Experiencia de unidad de soporte a las segundas víctimas (USVIC). *Rev Calid Asist*, 31(S2), 49–52.
5. Carrillo, I, et al. (2016) Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. *Rev Calid Asist*, 31(S2), 3–10.
6. Curiel-García, J., Rodríguez-Morán, M. y Guerrero-Romero, F. (2018). Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*; 44(3), 221-226.
7. Díaz Pérez, C. (2019). Abordaje de los daños derivados de la asistencia sanitaria desde la perspectiva de pacientes y segundas víctimas. (s.e.).
8. Echevarría, S., Sandoval Castellanos, F., Gutiérrez, S., Alcantar, A. y Cote, L. (2018). Eventos adversos en cirugía. *Cir Gen*; 33(3), 163-169.
9. Garrosa, E. y Carmona, I. (2018) Salud laboral y bienestar. Incorporación de modelos positivos a la comprensión y prevención de los riesgos psicosociales del trabajo. *Med Secur Trab.*, 57 (Suplemento 1), 224-238.
10. Grau, A. y Flichtentrei D. (2017). Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública*, 83(2), 215-230.
11. Grau, E., Álvarez, R. y Sánchez, M. (2017). Seminario. El Ejercicio Actual de la Medicina. El síndrome de “Burnout”: La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. Universidad Nacional Autónoma de México.
12. Grupo de investigación de segundas y terceras víctimas. (2015). 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. (s.e.).
13. Hamui Sutton, A., Pérez Castro, J. A., Durán Pérez, V. D., García Téllez, S. E., Fernández Cantón, S. B., Lezana Fernández, M. A. (2016). Percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente en México. *Rev CONAMED.*; 20(2), 54-63.
14. Juárez-García, A., Idrovo, Á. J., Camacho-Ávila, A., Placencia Reyes, O. (2018). Síndrome de Burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental.*; 37(2), 159-176.
15. Kohn, L. T. & Corrigan, J. M. (2019). (Institute of Medicine) To err is human: Building a safer health system. Washington, DC Natl Acad Press.
16. Meda, R., Moreno, B., Rodríguez, A., Morante, M. y Ortiz, G. (2018). Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud.*; 18(1), 107-116.
17. Moreno, B. y Báez, C. (2018). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Universidad Autónoma de Madrid.
18. Moreno, B., González, L. y Garrosa, E. (2017). Desgaste profesional (Burnout), Personalidad y Salud percibida. Pirámide.
19. Murcia, I. C. (2018). El fenómeno de la segunda víctima en España: naturaleza, frecuencia, recomendaciones y herramientas de ayuda. [Tesis de doctorado. Universidad Miguel Hernández].
20. Organización Mundial de la Salud. (2018) Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la salud.
21. Ortega Ruiz, C. y López Ríos, F. (2018) El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. *International Journal of Clinical and Health Psychology*; 4(1), 137-160.
22. Pais Iglesias, B. et al. (2016). Cartas a la directora. Gestión de segundas víctimas en Galicia. *Rev Calid Asist*; 31(S2), 47–9.
23. Pérez, C. D., Fuentes, P. S., & García, E. J. (2019). Addressing medical errors: an intervention protocol for nursing professionals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53.

24. Pineda-Pérez, D., Puentes-Rosas, E., Rangel-Chávez, N. J. y Garrido-Latorre, F. (2018). Eventos adversos quirúrgicos en tres instituciones públicas de salud mexicanas. *Salud Pública México.*; 53(Supl 4), S484-S490.
25. Rinaldi, C., Leigheb, F., Vanhaecht, K., Donnarumma, C. & Panella, M. (2019). Becoming a second victim" in health care: Pathway of recovery after adverse event. *Rev Calid Asist*; 31(S2), 11–9.
26. Rosales, R. & Rosales, F. (2018). Burnout estudiantil universitarios. Conceptualización y estudio. *Salud Mental.*; 36(4), 337-345.
27. Ruiz, L. y Sánchez, M. (2017). *El Ejercicio Actual de la Medicina. Profesión y profesionalismo en medicina.* Universidad Nacional Autónoma de México.
28. Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., Hall, L. W. (2021). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim"; after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*; 18(5), 325–30.
29. Segundas y terceras víctimas. (2018). Proyecto de Investigación: Segundas víctimas.
30. Villareal, E. (2017). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Revista Científica Salud Uninorte*; 23(1).
31. World Health Organization. (2020). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. The conceptual framework for the international classification for patient safety, versión 1.1.

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### **Declaración de responsabilidad de autoría**

Los autores del manuscrito señalado, DECLARAMOS que hemos contribuido directamente a su contenido intelectual, así como a la génesis y análisis de sus datos; por lo cual, estamos en condiciones de hacernos públicamente responsable de él y aceptamos que sus nombres figuren en la lista de autores en el orden indicado. Además, hemos cumplido los requisitos éticos de la publicación mencionada, habiendo consultado la Declaración de Ética y mala praxis en la publicación.

Mag. Josué Joel Baldospin Campi, MSc. David Leonel Lenis Aragundi, Mag. Jesús Orlando Navarrete Baidal y Mag. Carlos Aarón Cevallos Valencia: Proceso de revisión de literatura y redacción del artículo.