



EDITORIAL semFYC

El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones



The impact of adverse events on health primary care professionals and institutions

María es una mujer de 86 años, con hipertensión, diabetes mellitus, obesa y una gonartrosis severa bilateral, a la que recientemente le han diagnosticado una fibrilación auricular tras una descompensación cardíaca que requirió ingreso hospitalario. Acude a revisión a la consulta de enfermería, donde plantea una duda sobre la medicación para el dolor de rodillas. La enfermera pasa a la consulta médica y pregunta si María podría tomar más dosis de su antiinflamatorio no esteroideo habitual tras el alta hospitalaria. La médico, sin consultar la historia, le indica que mejor pruebe con otro fármaco como metamizol, ya que no interfiere con su hipertensión, ni con el nuevo anticoagulante que le han prescrito para la fibrilación. Sin embargo, María es alérgica al metamizol y la médico no lo recordó en ese momento. La paciente presenta un cuadro anafiláctico por el que es ingresada de nuevo en el hospital. Una vez dada de alta, vuelve a la consulta a la semana siguiente. La médico de familia conoce el desenlace de la prescripción realizada en ese momento. Se siente abrumada y le dice cuánto siente lo que le ha pasado, iba deprisa, estaba atendiendo a otro paciente y no consultó la historia clínica antes de hacerle la recomendación.

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 y que se convierten así en segundas víctimas de dicho evento adverso (EA). Este hecho puede acarrear para ellos serias consecuencias laborales, familiares y personales^{1,2} y para las instituciones sanitarias (terceras víctimas) donde estos EA ocurren una pérdida de prestigio entre ciudadanos y pacientes³.

Las segundas víctimas han sido definidas por Scott et al. como todo proveedor de servicios sanitarios, que participa de alguna forma en un EA a consecuencia de lo cual queda emocional y profesionalmente traumatizado⁴.

Consideramos tercera víctima a una organización de salud que sufre a consecuencia de un EA una importante pérdida de su reputación entre los ciudadanos y pacientes que llegan a desconfiar de los servicios que presta³.

Las segundas víctimas cambian su forma de interactuar con los pacientes a partir de la ocurrencia de un EA 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. Tras un EA sabemos que se incrementa la posibilidad de que ocurra un nuevo EA precisamente por esta respuesta emocional.

Sospechándose una afectación distinta entre hombres y mujeres, considerándose este último colectivo como más vulnerable, las consecuencias de los EA 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 hacerlo⁵⁻⁷. 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 ocurrir⁸.

Las estrategias para afrontar el trastorno por estrés post-traumático, como el Critical Incident Stress Management (CIMA) o el Brevedad, Inmediatez, Centralidad, Esperanza, Proximidad y Sencillez (BICEPS) que surge en la armada estadounidense para la gestión del estrés en el lugar de trabajo⁹, se han tomado como referentes para afrontar la situación clínica de las segundas víctimas. Sin embargo, se necesita más investigación para determinar la efectividad de estos programas de intervención en la reducción de los síntomas que sufren las segundas víctimas.

Las consecuencias en las terceras víctimas y cómo afrontarlas, en cambio, apenas han sido estudiadas, aunque se ha sugerido 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 podrían poner en práctica diversos tipos de intervenciones para prevenir y para paliar el impacto de los EA.

La mayor parte de los programas de gestión del impacto de los EA ya sea en los pacientes afectados, en los profesionales implicados o en la institución involucrada, pertenecen a organizaciones internacionales con sede en EE. UU. Estos programas están accesibles en sus sedes electrónicas (mostramos algunas destacadas en la tabla 1). En este caso en España el Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas ha llevado a cabo varios estudios, incluyendo el contexto de la atención primaria.

Uno de los centros de referencia de los programas de intervención se localiza en el Hospital Clínico de la Universidad de Missouri (UMHC), con su programa ForYOU¹⁰. Este programa se puso en marcha en 2007, para apoyar a los profesionales sanitarios afectados por un EA.

Este programa aborda las 6 etapas que experimenta el profesional sanitario tras un EA¹¹:

1. Confusión y respuesta al EA
2. Pensamientos intrusivos
3. Restauración de la integridad personal
4. Resistiendo el proceso
5. Consiguiendo apoyo emocional
6. Siguiendo hacia delante: Abandonando, sobreviviendo (ajuste con afectación) o superando el proceso (resolución de la crisis).

En este programa se definen 3 niveles de intervención:

Nivel 1: Apoyo local (en la unidad o servicio). Un compañero de equipo entrenado en las habilidades necesarias para dar soporte es el que proporciona un primer apoyo, tranquilidad y análisis de la situación al profesional afectado o implicado en el EA.

Nivel 2: Apoyo individual por pares. El apoyo lo realizan profesionales del propio centro entrenados para ello y/o agentes de seguridad del paciente y gestión de riesgos. Proporcionan atención individual aunque también puede complementarse con sesiones grupales.

Nivel 3: Red de derivación establecida y más especializada, si procede por intensificación o persistencia de los síntomas y que está constituida por profesionales como capellán, trabajadores sociales y psicólogos clínicos. Estos aseguran la disponibilidad y agilizar el acceso al apoyo profesional y a la rápida orientación.

Los profesionales que participan en este programa de apoyo están disponibles en todos los servicios y todos los días del año. Se puede contactar con ellos de forma directa, por teléfono o por correo electrónico o mediante la web¹⁰.

Conocíamos que, según el estudio APEAS, la prevalencia estimada de EA en atención primaria es de un 10,11% (IC95%: 9,48-10,74), acumulando un 6,7% de los pacientes más de un EA. Otros estudios han mostrado que la media de EA en los que se ve involucrado un médico de atención primaria mensualmente es de 7, aunque sin consecuencias graves en la mayoría de los casos¹². Sin embargo, los trabajos que han abordado las consecuencias de los EA en los profesionales de atención primaria en España han sido prácticamente inexistentes hasta ahora.

El proyecto de investigación sobre segundas y terceras víctimas que a nivel nacional se ha llevado a cabo¹³⁻¹⁵ está ofreciendo datos muy interesantes para entender el impacto en los profesionales de los EA.

Así, gracias a este proyecto hoy sabemos que, a pesar de que 8 de cada 10 profesionales de atención primaria han presenciado algún incidente relacionado con la seguridad del paciente a lo largo de su carrera y un 62% ha sufrido la experiencia como segunda víctima en los últimos 5 años (bien en sí mismos, bien a través de algún compañero), tan solo el 16% de los médicos y el 18% de las enfermeras del primer nivel habían recibido formación acerca de cómo informar a un paciente afectado, estando la mayoría de ellos (91%) interesados en recibirla.

Como un tercio de los profesionales (28%) indicaron que las segundas víctimas eran incapaces de continuar trabajando y precisaron una baja laboral y un 3% refirieron el abandono de la profesión. Los sentimientos de culpa, la ansiedad y revivir el EA una y otra vez, además del miedo a las consecuencias legales, son los síntomas más frecuentes entre las segundas víctimas españolas¹³.

De la misma forma, en este estudio se revisaron aquellas intervenciones que los directivos pueden implementar en las instituciones sanitarias³. Cuando se preguntó a los directivos y coordinadores de seguridad de las instituciones de atención primaria, solo el 5,3% de las áreas de salud reconocieron haber implantado un plan de crisis y tan solo un área contaba con un plan de actuación para apoyar a las segundas víctimas. Los resultados de este estudio describen importantes carencias en la comunicación con los pacientes y sus familias cuando se produce un EA (solo un 16% de las áreas tienen definido quién debe informar al paciente y solo un 8% de ellas cuentan con un protocolo para hacerlo). Otro dato de interés, la protección para las segundas y terceras víctimas en atención primaria parece ser inferior a la que se tiene en los hospitales¹⁴⁻¹⁶.

En definitiva, dado que la mayoría de los profesionales de atención primaria hemos estado, directa o indirectamente, involucrados en este tipo de incidentes, parece razonable que nos preparemos para esta eventualidad. Lo mismo cabe decir de las instituciones sanitarias y de los centros

En la página web <http://www.segundasvictimas.es> se puede consultar un programa de intervención que consta de 2 módulos, uno informativo y otro de intervención demostrativa. Con ellos, a través de material audiovisual, cualquier profesional puede adentrarse y conocer más sobre el impacto que los EA tienen en nuestra atención primaria. Los miembros del grupo de trabajo de Seguridad del Paciente de la semFYC y del Grupo de Investigación sobre Segundas y Terceras Víctimas les invitamos a hacerlo.

Anexo.

- Los miembros del grupo de seguridad del paciente de semFYC son: Carlos Aibar Remón, Gemma Almonacid Canseco, Rafael Bravo Toledo, Silvia Clavet Junoy, Cecilia Calvo Pita, José María Coll Benejam, Juan José Jurado Balbuena, M^a José Lázaro Gómez, José Ángel Maderuelo Fernández, María Pilar Marcos Calvo, María Dolores Martín Rodríguez, Guadalupe Olivera Cañadas, Jesús Palacio Lapuente, Pastora Pérez Pérez, José Saura Llamas, María Luisa Torijano Casalengua, María Pilar Astier Peña (coordinadora del grupo).

- Los miembros del Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas son: Roser Anglès, Sara Guila Fidel, Araceli López, Bertha Angélica Bonilla, Irene Carrillo, Clara Crespiello, Lena Ferrús, Mercedes Guilabert, Fuencisla Iglesias, Sira Sanz, María Esther Renilla, Antonio Ochando, M^a Magdalena Martínez, Álvaro García, Juan José Jurado, Ana Jesús Bustinduy, Carmen Silvestre, Elene Oyarzabal, Pedro Orbegozo, Ana Jesús González, Guadalupe Olivera, Pastora Pérez-Pérez, Roberto Nuño-Solinis, Carolina Rodríguez-Pereira, Mercedes Guilabert, Isabel María Navarro, Susana Lorenzo, José Ángel Maderuelo-Fernández, Julián Vitaller, María Cristina Nebot, María Jesús Gutiérrez, Emilio Ignacio, Jesús María Palacio, Julián Vitaller y Elena Zabala.

Bibliografía

1. Wu AW. Medical error: The second victim. *BMJ*. 2000;320:726-7.
2. Aranaz JM, Mira JJ, Guilabert M, Herrero JF, Vitaller J y Grupo de Trabajo Segundas Víctimas. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma*, Fundación MAPFRE. 2013; 24: 54-60.
3. Denham C. TRUST: The 5 rights of the second victim. *J Patient Saf*. 2007;3:107-19.
4. Scott S.D.1, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, et al. Caring for our own: Deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010;36:233-40.
5. Schwappach DL, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly*. 2009;139:9-15.
6. Scott S, Hirschinger L, Cox K, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:325-30.
7. White AA, Waterman A, McCotter P, Boyle D, Gallagher TH. Supporting health care workers after medical error: Considerations for healthcare leaders. *J Clin Outcomes Management*. 2008;15:240-7.
8. O'Connor E, Coates HM, Yardley IE, Wu AW. Disclosure of patient safety incidents: A comprehensive review. *Int J Qual Health Care*. 2010;22:371-9.
9. Institute of Medicine. Treatment for posttraumatic disorder stress disorder in military and veteran populations: Initial Assessment. Washington DC: The National Academy Press; 2012.
10. Missouri University Health Care. ForYOU Team-Caring for our own. [Sede Web]. 2015 [acceso 20 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.muhealth.org/about/qualityofcare/office-of-clinical-effectiveness/foryou-team/>.
11. 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 Health Care*. 2009;18:325-30.
12. Aranaz-Andrés JM, Aibar C, Limón R, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, et al. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *Eur J Public Health*. 2012;22:921-5.
13. 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 Services Research*. 2015;15:151.
14. 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 Services Research*. 2015;15:341.
15. Mira JJ, Lorenzo S. en nombre del 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.
16. Segundas y terceras víctimas. Proyecto de Investigación [Sede Web]. 2014 [acceso 10 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.segundasvictimas.es/default.asp>.
17. Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. 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. Diseño de guías y herramientas para reducir el impacto que los eventos adversos también tienen en los profesionales sanitarios (segundas víctimas) de atención primaria y hospitales (proyecto coordinado) - PI13/0473 y PI13/01220. 2015. ISBN: 978-84-608-2768-9.

María Luisa Torijano-Casalengua^{a,*}, Pilar Astier-Peña^b y José Joaquín Mira-Solves^c, En nombre del grupo de seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, semFYC, y del Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas¹

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

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

^c Departamento de Salud Alicante-Sant Joan, Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: marisatorijano@gmail.com (M.L. Torijano-Casalengua).

¹ Los nombres de los componentes del grupo de seguridad del paciente de semFYC y del Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas están relacionados en el Anexo.