

¡Cuidado! El personal de enfermería y las instituciones de salud, también son víctimas de los eventos adversos.

La atención de la salud está asociada a importantes riesgos no sólo para los pacientes, sino también para los profesionales de esta área. Además de los riesgos ya conocidos, como las infecciones o las lesiones físicas, los eventos adversos pueden traumatizar a los profesionales sanitarios y afectar a la reputación de las instituciones; se trata de la segunda y tercera víctima.

Basándose en la máxima "primero no hacer daño", los profesionales sanitarios centran todos sus esfuerzos y conocimientos en asegurar el bienestar y reducir el sufrimiento de sus pacientes; sin embargo, cuando se producen eventos adversos (EA), su confianza puede verse mermada, ya que los EA no sólo son experiencias traumáticas y dolorosas para el paciente y su familia, también afectan gravemente a los profesionales sanitarios y a las instituciones implicadas.¹

En el estudio internacional IBEAS² realizado en 5 países de Latinoamérica (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), se reportó que la prevalencia de EA fue de 10.5%, mismos que se relacionaron con cuidados (13.2%), medicamentos (8.2%), infección (37.1%), procedimientos (28.7%)



y con el diagnóstico (6.15%). El 62.9% de los EA aumentaron el tiempo de hospitalización en 16.1 días y en 18.2% causaron un reingreso. El costo promedio por EA grave es de 117,440.89 pesos mexicanos (8,924.08 dólares americanos) y, lamentablemente, se ha demostrado que 60% de los EA pueden evitarse.³

En EUA y Canadá hasta el 95% de los profesionales de la salud experimentan de forma directa un EA a lo largo de su vida profesional⁴. En España, los estudios ENEAS⁵ y APEAS⁶, sugieren que cada año un 15% de los profesionales sanitarios se ven involucrados en un EA con consecuencias relativamente graves para los pacientes. En las instituciones de salud, los profesionales sanitarios, también sufren diferentes complicaciones, principalmente psicoemocionales.

Por lo anterior, surge la siguiente pregunta clínica: ¿Quiénes son las segundas y terceras víctimas de los eventos adversos? A partir de esta pregunta, se realizó una revisión sistematizada de la evidencia científica disponible en las bases de datos SciELO, CUIDEN, PubMed y LILACS, delimitada en español, inglés y portugués por un periodo de 10 años. La búsqueda permitió obtener 5 dimensiones: 1) definición, 2) factores de riesgo, 3) consecuencias, 4) tratamiento y recomendaciones.

Definición de segundas y terceras víctimas

El término "segunda víctima" fue introducido por Wu en el año 2000 para referirse al profesional implicado en un EA que queda traumatizado por la experiencia o que es incapaz de afrontar emocionalmente la situación. Unos años más tarde, Scott et al.,⁷ ampliaron esta definición para referirse a cualquier profesional de la salud implicado en un EA, un error médico o una lesión inesperada relacionada con el paciente que se convierte en víctima al quedar traumatizado por el suceso.⁸ Además, una "tercera víctima" es una organización sanitaria que sufre una importante pérdida de reputación entre los ciudadanos y los pacientes que desconfían de los servicios que presta como consecuencia de un EA.¹

Factores de riesgo

Se ha descrito que el sexo femenino es un factor de riesgo para ser la segunda víctima y presentar un mayor número de síntomas, sin dejar de lado, que a mayor número de años de experiencia (más de 6 años), mayor probabilidad de EA. Sin embargo, después de un EA, los hombres están menos motivados para discutir los errores o apoyar los cambios en su práctica. Al hablar del tiempo de recuperación tras el evento, se identificó que los profesionales de las áreas críticas se recuperaron más rápido en comparación con otras áreas hospitalarias.⁹

Consecuencias de los EA en las segundas y terceras víctimas

Se estima que la prevalencia del sufrimiento de la segunda víctima

es de aproximadamente un 30%. El 90% de los profesionales sanitarios declaran haber sufrido al menos un síntoma físico o psicosocial de segunda víctima. Las segundas víctimas pueden conducir a una crisis organizacional que provoque dificultades económicas y de imagen pública a largo plazo.¹⁰

Las reacciones emocionales más comunes en las segundas víctimas son: shock inicial, ansiedad, obnubilación, confusión, dificultades de concentración, despersonalización, frustración, sentimientos de culpa, tristeza, cambios de humor, insomnio, reexperimentación repetida del suceso, dudas sobre la propia capacidad profesional, miedo a las consecuencias legales y pérdida de reputación, situaciones que pueden afectar gravemente a la tercera víctima y convertir esto en un círculo vicioso en el que se repitan los EA.^{8,11,12}

Como se ha mencionado anteriormente, las consecuencias para la tercera víctima están relacionadas con la calidad de la atención, la reputación y los problemas legales y económicos.^{13,14}

Tratamientos y recomendaciones para la segunda y tercera víctima

Es necesario que las instituciones establezcan programas para la atención de la segunda víctima como talleres multidisciplinarios que permitan el desarrollo de mecanismos de defensa en el profesional de la salud, enfocados en la verbalización de los problemas, afrontamiento y acompañamiento; cursos de desarrollo de habilidades y reforzamiento de conocimientos; modelos de cultura justa y apoyo institucional.^{8,10-12} Se recomienda también que las instituciones utilicen los 5 correctos para el apoyo de las segundas víctimas: 1) trato justo, 2) respeto, 3) comprensión y compasión, 4) cuidados de apoyo y 5) transparencia y oportunidad para contribuir al aprendizaje.^{10,12} Dichas intervenciones han permitido reducir costos de atención en los EUA; en el 2008, los EA implicaron un gasto de 1 billón de dólares, pero se estima que las mejoras en la seguridad del paciente han ahorrado 28 mil millones de dólares. Las estrategias para reducir la tasa de EA solo en la Unión Europea previenen más de 750,000 errores médicos por año. Eso significa más de 3.2 millones de días menos de hospitalización, 260,000 incidentes menos de discapacidad permanente y 95,000 muertes menos por año.^{10,15,16}

Desde el punto de vista académico, es sumamente importante incorporar los temas de EA, primera, segunda y tercera víctimas en los planes de estudio de los profesionales de la salud, permitiendo la creación de una cultura del cuidado y la calidad desde la formación de los futuros profesionales.

El personal de salud debe ser parte de la solución participando en el proceso de revisión del EA y aprender acerca de las deficiencias identificadas para disminuir la angustia emocional. Divulgar de manera proactiva el EA y evite que éste se vuelva a repetir. Por otra parte, establecer estrategias y planes de mejora, para garantizar del proceso de retroalimentación y recuperación emocional.^{10,12}

Finalmente, reconocer que los errores humanos les suceden a todos los profesionales de la salud, independientemente de su nivel académico y jerárquico, de sus habilidades y de su experiencia.^{10,12}

En conclusión, los EA afectan gravemente al paciente, al personal sanitario y las instituciones, por lo tanto, se deben seguir reforzando las estrategias hospitalarias para minimizarlos, pero en caso de que ocurran, garantizar una atención oportuna para el paciente y desde luego, para las segundas y terceras víctimas.

“Errar es humano, pero aprender de los errores es igual de humano”

¡Cuidado! El personal de enfermería y las instituciones de salud,
también son víctimas de los eventos adversos.

Referencias bibliográficas



Para visualizar las referencias
escanea o da clic en el **código QR**

¿Tienes algún comentario sobre la nota, requieres de mayor
información o quieres proponer algún tema? Escríbenos al
siguiente correo:
investigacioninc@cardiologia.org.mx

