

## **Atención a las segundas víctimas: los profesionales de la salud.**

Autora: Dra. Idalia Beatriz Pérez Calzado

Hospital Provincial Psiquiátrico Gustavo Machín/ Psiquiatría/ Santiago de Cuba/ Cuba /idaliabpcalzado@gmail.com  
Institución/Departamento, Ciudad, País, Correo electrónico

### **Resumen:**

**Introducción:** El término segunda víctima fue introducido por Wu en 2000 para referirse al profesional que participa en un EA inevitable y que queda traumatizado por esa experiencia o que no es capaz de afrontar emocionalmente la situación. Ante tales circunstancias se hace necesaria una atención centrada en los sujetos que clasifican como segundas víctimas. **Objetivos:** describir la necesidad de la atención a las segundas víctimas los profesionales de la salud. **Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica exploratoria utilizando en repositorios como Dialnet, SciELO, Google académico, entre otros. Se emplearon métodos de la investigación científica e instrumentos como la realización de encuestas y entrevistas. **Resultados:** La encuesta realizada a 35 profesionales evidenció que el término segundas víctimas en el sector de la salud desde esta óptica se desconoce, 30 de ellos manifestaron que cuando se comete un evento adverso ellos requieren ayuda pues se sienten frustrados, se avergüenzan y tienen temor a las consecuencias, siendo difícil asumir la responsabilidad. En relación con las dimensiones de una estrategia educativa, terapéutica y rehabilitadora la encuentran necesaria y de gran importancia para la atención integral. **Conclusiones:** Los eventos adversos en el sector de la salud causan un gran impacto en los pacientes y sus familiares (primeras víctimas), en los profesionales de la salud (segundas víctimas) y en las instituciones de la salud (terceras víctimas). Existen protocolos de atención a las primeras víctimas como parte de la seguridad del paciente, no así a las segundas víctimas.

**Palabras clave:** evento adverso, segundas víctimas, atención a segundas víctimas.

## I. INTRODUCCIÓN

La medida del riesgo ligado a los cuidados hospitalarios es una cuestión de suma importancia para el sistema de salud, tanto en Cuba como otros países; por su impacto en la vida sanitaria como económica, jurídica, social, e incluso mediática. En el campo de la salud el riesgo presenta una serie de peculiaridades ligándose clásicamente al estudio de la asociación causal y a la probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida tales como fallecimientos, enfermedades, agravamientos, accidentes, curación o mejoría.

En el 2008 se llevó a cabo en 5 países de América Latina el Estudio IBEAS de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica: se estudiaron un total de 58 hospitales y 11,555 expedientes, y se obtuvo un promedio general de 10.5% de pacientes con eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Los eventos adversos mayormente identificados estaban relacionados con la infección nosocomial o con algún procedimiento.

Su trascendencia se expresa en forma de fallecimiento, lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o incremento de recursos asistenciales en relación con la atención sanitaria.<sup>1</sup> En congruencia con esta tendencia mundial surge para Latinoamérica el estudio IBEAS (Estudio Ibero Americano de Eventos Adversos) en el que Colombia, Costa Rica, Perú y Argentina se unen para conocer los EA ocurridos en sus hospitales, establecer su prevalencia y sus características y desarrollar metodologías propias comparables internacionalmente<sup>2</sup>.

Los EA se pueden originar en cualquier ámbito; particularmente son más frecuentes en el área clínica. Sin embargo, existen reportes que muestran que entre los servicios con mayor riesgo está la unidad de cuidado intensivo, debido a la tecnología utilizada, el grado de intervención y la complejidad de los pacientes, el tipo de medicamentos empleados y la interacción simultánea de muchas personas con el paciente.<sup>3</sup>

El término segunda víctima fue introducido por Wu en 2000 para referirse al profesional que participa en un EA inevitable y que queda traumatizado por esa experiencia o que no es capaz de afrontar emocionalmente la situación. Unos años más tarde, Scott et al. (2009) amplió esta definición haciendo referencia a todo profesional sanitario que participa en un EA, un error médico o una lesión inesperada relacionada con el paciente y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso. Estos dos autores (Albert Wu de la Universidad Johns Hopkins y Susan Scott del Hospital de la

Universidad de Missouri) son, en la actualidad, las dos referencias internacionales más citadas en el estudio de las segundas víctimas. Además del impacto que los EA tienen sobre los pacientes y los profesionales sanitarios implicados, éstos también pueden provocar la pérdida de prestigio y disminución de la confianza en las instituciones sanitarias (terceras víctimas).

Ante tales circunstancias se hace necesaria una atención centrada en los sujetos que clasifican como segundas víctimas, teniendo en cuenta que la atención es un reflejo selectivo de los objetos que implica prescindir simultáneamente de todos los demás. Diversos autores la definen como un proceso, y señalan que la atención presenta fases entre las que podemos destacar la fase de orientación, selección y sostenimiento de la misma. (Ardila, 1979; Celada, 1989; Cerdá, 1982; Luria 1986; Taylor, 1991.) La atención no exonera de la responsabilidad a aquellos que se ven implicados en un EA se trata de humanizar el proceso de análisis de manera que no solo puedan asumir la responsabilidad que les correspondan sino que también sean capaces afrontar el impacto que les causan y que a su vez causan.

La atención a las segundas víctimas es un *proceso estructurado, articulado, sistemático, flexible de ideas y acciones que permiten la educación, terapéutica y rehabilitación de los profesionales sanitarios víctimas de un evento adverso con un enfoque humanista a partir de la comunicación asertiva reflexiva efectiva como eje transversal y bajo el principio de la reflexión ética, y el establecimiento de pautas, dirigido a la transformación y perfeccionamiento de cualidades y valores* (Pérez Calzado, Idalia Beatriz 2019)

**Objetivo:** Describir la necesidad de la atención a las segundas víctimas los profesionales de la salud.

## II. MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica exploratoria utilizando en repositorios como Dialnet, SciELO, Google académico, entre otros. El periodo de estudio de la bibliografía publicada fue el comprendido entre el año 2000 y 2021. Se emplearon instrumentos como la realización de encuestas y entrevistas.

## III. RESULTADOS

Se realizó una entrevista a 4 directivos (jefes de servicio) de los cuales 3 respondieron conocer el término segundas víctimas y los 4 encuentran necesaria la atención a estos profesionales. La encuesta realizada a 35 profesionales evidenció que el término segundas víctimas en el sector de la salud desde esta

óptica se desconoce, 30 de ellos manifestaron que cuando se comente un evento adverso ellos requieren ayuda pues se sienten frustrados, se avergüenzan y tienen temor a las consecuencias, siendo difícil asumir la responsabilidad. En relación con las dimensiones de una estrategia educativa, terapéutica y rehabilitadora la encuentran necesaria y de gran importancia para la atención integral.

Los niveles de ayuda encontrados en la bibliografía consultada centran la atención a las segundas víctimas principalmente en las formas de comunicación de los hechos, así como en el apoyo psicológico a estos profesionales, siendo preocupación de las segundas víctimas el asesoramiento jurídico así como la pérdida de su empleo y prestigio. Los países que han desarrollado un trabajo amplio en tal sentido son España, EEUU, Italia, Colombia, Brasil, México, Perú, Costa Rica, Argentina, entre otros. En algunos artículos se ha referido al impacto para la ocurrencia de eventos adversos la crisis económica mundial, las políticas de los países y factores ambientales.

Algunos investigadores afirman que en la afectación que sufren las segundas víctimas tienen mucho que ver factores como: consecuencias que para el paciente tiene el evento adverso, la relación del profesional con paciente y sus familiares, el número de profesionales involucrados en el mismo suceso, apoyo profesional y del entorno familiar que reciba el profesional, experiencia previa con este tipo de sucesos, consecuencias judiciales que pudieran derivarse, y, especialmente, el tratamiento mediático del efecto adverso (origen, consecuencias, etc.). En la actualidad existen detonantes de eventos adversos que no son generados por la práctica profesional propiamente dicha o de los sistemas organizacionales de los servicios médicos sino que son dadas por las circunstancias dadas por la crisis económica mundial que provoca falta de recursos imprescindibles principalmente en países subdesarrollados o del Tercer mundo, por las políticas de las grandes potencias como por ejemplo el cruel bloqueo de Estados Unidos a Cuba o por la contaminación biológica que emana la proliferación de grandes epidemias o de la pandemia causada por el SARCOS 2.

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 en más de la mitad de los casos, su situación afectiva se ve alterada, de ahí que requieran ser atendidos.

Las iniciativas para brindar apoyo institucional en estos casos surgieron en Estados Unidos el año 2002<sup>4</sup>. La Universidad de Missouri, en Estados Unidos inició un estudio con segundas víctimas en el 2007 y el

2006<sup>5</sup>, después de tres años de investigaciones culminó con la implantación de un Sistema de Respuesta Rápida para Segundas Víctimas<sup>6</sup>

En el trabajador, en Cuba la atención a la salud se realiza en dos dimensiones interrelacionadas: individual (la que se brinda a cada trabajador) o grupal (la que se brinda a los colectivos laborales). Los servicios de atención médica preventivo -curativo se brindará en los tres niveles de atención de SNS, así como parte integrante del mismo: nivel primario (servicios médicos de la atención primaria de salud), nivel secundario (consulta de enfermedades profesionales y comisiones de Peritaje Médico Laboral), nivel terciario (Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (INSAT)).<sup>7, 8</sup>

En este sentido se garantiza la atención de todos los trabajadores, aunque en dichos documentos no se consigna la atención a los profesionales de la salud que han sufrido el impacto de un evento adverso, es decir, la atención a las segundas víctimas.

Diversos autores la definen como un proceso, y señalan que la atención presenta fases entre las que podemos destacar la fase de orientación, selección y sostenimiento de la misma. (Ardila, 1979; Celada, 1989; Cerdá, 1982; Luria 1986; Taylor, 1991.)

A partir del análisis de la definición de la atención a las segundas víctimas declarada por la autora se precisa que la misma se basa en tres dimensiones fundamentales:

Atención educativa a segundas víctimas: Proceso intencional que debe abarcar el diseño, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de un sistema de acciones de diferente índole, dirigidas a instrumentar en la práctica orientación al personal sanitario, directivos y otros agentes en particular en cuestiones relativas a la seguridad al paciente, eventos adversos a partir de sistematizar y difundir la información científica existente sobre el tema para construir una base científica, teórica y metodológica, que impulse y oriente la intervención educativa y los procesos de cambios en la búsqueda de la excelencia, así como el tratamiento a las segundas víctimas, teniendo como escenario las instituciones sanitarias. Son las acciones, influencias, actividades y tareas que se desarrollan con la participación activa de los profesionales en diferentes contextos de actuación, encaminados a la modificación de los errores y consecuentemente el modo en que establecen el sistema de relaciones, mediante las influencias derivadas, con la colaboración activa y consciente de los agentes y agencias de la comunidad sanitaria. (Pérez Calzado, Idalia Beatriz. 2019)

El carácter educativo de la atención a las segundas víctimas tiene un aspecto orientador hacia la toma de posiciones de este profesional con respecto a lo ocurrido, a conocer los presupuestos jurídicos que le proporcionan el conocimiento de sus derechos y de los derechos de los pacientes como primeras víctimas, de concebir la atención de los profesionales como un sistema de actividades y relaciones mutuas, con énfasis en la actividad, la comunicación y la reflexión ética. También constituye aspectos de importancia en la atención a estos profesionales la organización, que esta autora asume como esencial porque hace posible el logro de metas diversificadas para cada uno, y en si mismo una fuente de aprendizaje.

Las segundas víctimas presentan un conjunto de síntomas derivados del impacto que causan en ellos la ocurrencia de un evento adverso, por eso es necesario para su atención la realización de un diagnóstico que permita a su vez determinar cuál será la atención terapéutica y rehabilitadora que recibirá este profesional.

Atención terapéutica a segundas víctimas. Proceso intencional que debe abarcar el diseño, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de un sistema de acciones de diferente índole (psicoterapéutica, laborterapia, hipnosis), cuya finalidad es el tratamiento de la repercusión de los eventos adversos en las segundas víctimas, por medio de distintos recursos o métodos.<sup>29</sup> (Pérez Calzado, Idalia Beatriz).

Para el caso concreto de la atención a las segundas víctimas se requiere de los apoyos, asumiéndose los definidos por J. Tamorit (2005), citado por (Luckasson & Cols, 2002), como: recursos y estrategias que pretenden promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal y que mejoran el funcionamiento individual.

Atención de rehabilitación a segundas víctimas. Es el proceso global continuo de duración limitada y con objetivos definidos encaminados a permitir que el profesional de la salud implicado en un evento adverso alcance tanto un nivel mental como social óptimo. Es el conjunto de procedimientos dirigidos a ayudar a las segundas víctimas a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, profesional que permite tratar la causa y los efectos secundarios del daño en las víctimas de un evento adverso ocasionado por un error médico, para su inserción armónica en su vida laboral y/o personal. (Pérez Calzado, Idalia Beatriz, 2019)

#### IV. CONCLUSIONES

Los eventos adversos en el sector de la salud causan un gran impacto en los pacientes y sus familiares (primeras víctimas), en los profesionales de la salud (segundas víctimas) y en las instituciones de la salud (terceras víctimas). Existen protocolos de atención a las primeras víctimas como parte de la seguridad del paciente, no así a las segundas víctimas. La atención a las segundas víctimas es una necesidad, la cual debe contemplar tres dimensiones: educativa, terapéutica y de rehabilitación.

#### REFERENCIAS

1. Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez E, Gea MT. La asistencia sanitaria como factor de riesgo. Los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Informe SEPAS 2006; 20:41-7. / Aranaz JM. Sucesos adversos relacionados con el uso del medicamento: ¿qué podemos aprender? Med Clín (Barc.) 2006; 20:41-7).
2. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. (Internet). Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp2.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf). [Links]
3. Osmon S, Harris CB, Dunagan WC, Prentice D, Fraser VJ, Kollef MH. Reporting of medical errors: an intensive care unit experience. Crit Care Med 2004; 32: 727-733. [Links]
4. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. [Editorial]. BJM 2000; 320: 726-7.
5. Scott SD, Hirschinger LE et al. Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim RapidResponse Team. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2010; 36(5):233-40.
6. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. [Editorial]. BJM 2000; 320: 726-7.
7. Martínez Valladares M, Reyes García M. Salud y seguridad en el trabajo. Organización del subsistema de atención al trabajador en el Sistema Nacional de Salud. La Habana: Ciencias Médicas; 2005. p. 44-55.
8. República de Cuba. Ministerio Salud Pública. Programa Nacional de Salud de los Trabajadores. La Habana 2012.