

# Seguridad del Paciente

SECCIÓN A CARGO DE SUBCOMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

## Segunda víctima

### La dura realidad de los profesionales de la salud

El informe del Instituto de Medicina "Error es humano" de los EE. UU. describió un sorprendente número de muertes proyectadas como resultado de errores prevenibles en la atención sanitaria dentro de los sistemas de salud. Las investigaciones de los eventos clínicos imprevistos, revelan la participación de profesionales con experiencia y bien intencionados, rodeados de condiciones clínicas complejas, procesos mal diseñados y patrones de comunicación inadecuados.

Desafortunadamente, no hay lugar para los errores en medicina. A pesar de que a menudo se dice que "los médicos son humanos", la sociedad les ha confiado a los profesionales de la salud la carga de entender, asistir y atender la enfermedad sin tolerancia al error.

Las maravillas tecnológicas, la aparente precisión de las pruebas de laboratorio y las innovaciones que presentan las imágenes de la enfermedad han creado una expectativa de perfección. Los pacientes, a su vez, tienen una comprensible necesidad de considerar a quienes cuidan de su salud como infalibles, lo que también favorece que los mismos nieguen la existencia del error.

Si se consideran las cifras, los errores humanos involuntarios y las fallas de los sistemas de salud, son responsables de la mayoría de los daños prevenibles a los pacientes. En cambio, la negligencia y los daños causados por malicia son extremadamente raros. Como dice el Dr. Lucian Leape, de la Escuela de Salud Pública de Harvard, "Personas incompetentes son a lo sumo el 1% del problema. El

otro 99% son buenas personas tratando de hacer un buen trabajo, que cometen errores muy simples y es el proceso que diseñaron el que favorece que esos errores se produzcan".

Pese a todo esto, muchas veces, los profesionales de salud que están involucrados en errores humanos y fracasos del sistema, son tratados con culpa y vergüenza, y lo que es más perjudicial, con abandono por parte de la comunidad sanitaria.

Los eventos adversos que causan lesiones u otros tipos de daño o sufrimiento en los pacientes son también causa de perturbación en el trabajo, familia y vida personal de los profesionales de la salud involucrados en el evento. A estos se les conoce como las segundas víctimas, siendo los pacientes y sus familias las obvias primeras víctimas.

Segunda víctima se define como "un trabajador de la salud involucrado en un acontecimiento adverso imprevisto, un error y/o una lesión relacionada con el paciente y que se ve traumatizado por dicho evento". El modo de enfrentar la culpa después de un error es compartiendo el hecho. Pero esto es desalentado, pasivamente, por la falta de ámbitos apropiados para el debate, y activamente, por miedo a los juicios de mala praxis. Además, no existen mecanismos institucionales que ayuden al proceso de duelo.

En ausencia de mecanismos saludables, los profesionales de la salud encuentran maneras disfuncionales de protegerse. A menudo responden a sus propios errores con ira y proyección de la culpa, responsabilizando, o regañando al paciente u a otro miembro del equipo de salud. Con el correr del tiempo algunos se ven profundamente dañados, en *burn out* o buscan consuelo en el alcohol o drogas. En general, los colegas más afectados son los más sensibles y reflexivos, quizá más susceptibles de lesionarse por sus propios errores.

Es importante fomentar una descripción de lo ocurrido y no minimizar la importancia del error. Divulgar la propia experiencia de los errores puede reducir el sentido de aislamiento del colega. Es útil reconocer el impacto emocional del error y preguntar cómo se enfrenta esta situación.

---

**Subcomité de Seguridad del Paciente HNRG.** Integrantes:  
MIRIAM AGUIRRE, CLAUDIA BERRONDO,  
VIRGINIA BIERMAYR, PAULINA CENDRERO, MARCOS CHUNFLIN,  
MARÍA INÉS FERNÁNDEZ ACHAVAL, JOSEFINA FERNÁNDEZ DÍAZ,  
MÓNICA GAREA, JULIA GRUNBAUM, IN JA KO,  
MARÍA ANA MEZZENZANI, ANA NIEVA, CECILIA ROBLEDO, SILVIA  
ROUCH, SILVANA SALERNO, FABIÁN SALGUEIRO,  
ANGELA SARDELLA, LORENA TORREIRO.

Contacto: subcomiteseguridadhnr@gmail.com

Si el paciente o la familia no son conscientes del error, la importancia de la divulgación debe ser discutida. Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad ética de informar al paciente acerca de un error, especialmente si el error ha causado daño. Si bien, reconocer el hecho genera angustia, también admitirlo genera un gran alivio. Confrontado por un profesional empático, los pacientes y las familias pueden perdonar de manera asombrosa.

Realizar todo este camino permite explorar el hecho de un modo diferente, y fomentar un espacio en donde se analice qué cambios pueden hacerse, tanto en el individuo como en la institución, para prevenir la recurrencia del error.

Para concluir, es fundamental considerar un sistema para analizar los errores e identificar sus causas. La notificación de errores debe ser responsable, pero libre de la cultura de "vergüenza y culpa". Una cultura punitiva elimina cualquier oportunidad para que una organización aprenda de sus errores. El proceso de análisis de causa debe ser suficientemente completo para generar una "historia" de lo que pasó y por qué. De dicho análisis deben obtenerse recomendaciones para poder aplicar y prevenir nuevos errores.

Los profesionales de la salud siempre cometerán errores ya que errar es inherente al ser humano. El factor decisivo será cómo se manejan. La

seguridad del paciente y el bienestar profesional serán bien asistidos si se reconocen con honestidad los errores cometidos con los pacientes, con los colegas y con el propio profesional involucrado en el hecho .

*"Lo único necesario para el triunfo del mal es que los hombres buenos no hagan nada"*

**Edmund Burke**

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. National Academies Press; 2000. ISBN: 9780309068376.
2. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000; 320:726-727.
3. Denham CR. TRUST: The 5 rights of the second victim. *J Patient Saf*. 2007;3: 107-119.
4. Bartman T, McClead R. Core Principles of Quality Improvement and Patient Safety. *Pediatr Rev*. 2016 Oct;37(10):407-417.
5. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. Caring for our own: deployment of a second victim rapid response system. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010;36: 233-240
6. Rinaldi C., Leigheb F., Di Dio A. et al. Second victims in healthcare: the stages of recovery following an adverse event. *Ig Sanita Pubbl*. 2016 Jul-Ago; 72(4):357-370.