



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador



TRABAJO DE TITULACIÓN

SUBMODALIDAD: CAPITULO DE LIBRO

**TEMA: CLAVES PARA LA ADECUADA GESTIÓN DE SEGUNDAS VÍCTIMAS EN EL
HOSPITAL**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MAGISTER EN GESTIÓN DE CALIDAD
EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

DIRECTOR: GONZÁLEZ CAMPOZANO OLGA ELISA

AUTOR: GAIBOR PALMA JENNY VANESSA

QUITO, 2024

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las políticas y manuales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas políticas.

Asimismo, cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción dentro de las regulaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombre: Jenny Vanessa Gaibor Palma

Cédula: 2300426505

Lugar y fecha: Quito, abril de 2024.

DEDICATORIA

A mis padres por ser el pilar de mi vida y mi formación, con quienes he compartido mis más grandes luchas, así como mis mejores momentos; por su apoyo constante e inagotable, por cada palabra de aliento, y porque en cada logro ellos son una parte fundamental del camino.

A mi hijo Erick, mi gran amor, que desde que me convirtió en madre ha sido mi mayor motivación para seguir cultivando éxitos en mi vida y compartirlos con él.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por todas sus bendiciones y por otorgarme una familia maravillosa, mis padres, mi hermano y mi hijo.

A la Dra. Olga González por guiarme hacia la culminación exitosa de este capítulo de libro.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y a sus docentes, por ser formadores de grandes profesionales.

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. METODOLOGÍA	4
3. DESARROLLO	5
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	23
5. BIBLIOGRAFÍA.....	26

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Positividad de las experiencias sobre eventos adversos propios o ajenos.....	12.
--	-----

RESUMEN

El fenómeno o síndrome de la segunda víctima son el conjunto de síntomas que experimentan un gran porcentaje del equipo sanitario en algún momento de su actividad, como un conjunto de emociones que resultan de algún evento traumático luego de la atención a un paciente, lo que incluye incidentes, eventos adversos y errores clínicos. De acuerdo a la relevancia que posee para optimizar la integridad del enfermo y siendo uno de los objetivos principales actualmente dentro de las organizaciones de salud, se ve la necesidad de realizar un análisis sobre la segunda víctima, con la finalidad de conocer este fenómeno en el paso por los profesionales de salud y cómo es asimilado por el individuo, tranzando las claves para la adecuada gestión de segundas víctimas dentro del hospital. El presente trabajo se ha desarrollado por medio de una búsqueda literaria que contiene de forma preferencial información abierta y pública. Esta exploración fundamentada accedió a la investigación, contraste, comparación y estudio de varios artículos académicos publicados acerca de la gestión de la segunda víctima. Los artículos revisados han facilitado información sobre América Latina, España y EEUU. Se concluye que el equipo sanitario que trabaja en este contexto es susceptible de convertirse en segundas víctimas, experimentando una variedad de respuestas emocionales y psicológicas a raíz de eventos adversos, destacando la necesidad de brindar un apoyo integral y programas de intervención específicos para ayudar a estos profesionales a lidiar con las consecuencias de su trabajo en situaciones críticas.

Palabras clave: Segundas víctimas; eventos adversos; gestión; claves.

ABSTRACT

The phenomenon or syndrome of the second victim is the set of symptoms experienced by a large percentage of the healthcare team at some point in their activity, as a set of emotions resulting from some traumatic event after the care of a patient, including incidents, adverse events and clinical errors. According to the relevance it has for optimizing the patient's integrity and being one of the main objectives currently within health organizations, it is necessary to perform an analysis on the second victim, in order to know this phenomenon in the passage through the health professionals and how it is assimilated by the individual, tracing the keys for the proper management of second victims within the hospital. The present work has been developed by means of a literary search that preferentially contains open and public information. This informed exploration accessed the research, contrast, comparison and study of several academic articles published on the management of the second victim. The articles reviewed provided information on Latin America, Spain and the USA. It is concluded that the healthcare team working in this context is susceptible to becoming second victims, experiencing a variety of emotional and psychological responses to adverse events, highlighting the need to provide comprehensive support and specific intervention programs to help these professionals deal with the consequences of their work in critical situations.

Keywords: Second victims; adverse events; management; keys.

1. INTRODUCCIÓN

En la revisión de la literatura de acuerdo al informe *Errar es humano: construir un sistema de salud más seguro*, se expresa una estimación acerca de las muertes debidas a eventos adversos (EAs) prevenibles, por cuanto superan las muertes atribuidas a los accidentes automovilísticos y enfermedades como el cáncer de mama y sida, los resultados reflejan el grave problema de estos eventos en los establecimientos de salud a nivel mundial (Kohn et al., 2000).

Es por ello, que los servicios sanitarios enfocan sus objetivos y recursos en la atención y prevención de las diferentes afecciones del paciente, de igual manera en promover el autocuidado; sin embargo, existen ocasiones en la cual esta atención deriva hacia algún tipo de daño en el usuario, puntuando a las infecciones hospitalarias o IAAS; lesiones como amputaciones erróneas producto de intervenciones médicas, e inclusive el uso de medicamentos de forma incorrecta que pueden conducir a complicaciones e incluso la muerte. En cada incidente dentro de estos panoramas, se puede apreciar el sufrimiento de las familias y del propio paciente, debido a las lesiones físicas o daño psicológico que puedan presentarse; también incluye un gasto económico elevado en la hospitalización de estancia prolongada y la atención innecesaria, y por último, involucra la pérdida de confianza en las organizaciones sanitarias (OMS, 2010).

Por lo tanto, para lograr una atención adecuada y segura en los establecimientos de salud, es necesario el continuo aprendizaje sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema, para identificar las prácticas más efectivas en la reducción de fallos y errores, incrementar las posibles herramientas para su detección y disminuir sus

consecuencias, de tal manera que favorezca a optimizar la calidad en la asistencia sanitaria y seguridad del paciente (Aranaz et al., 2010).

Por otro lado, es relativamente nuevo utilizar el término segundas víctimas, no obstante, Burlison et al. (2017) menciona en una primera publicación acerca de la experiencia de la segunda víctima de un EA, donde detalla en un informe lo que el médico siente sobre su error clínico, que resulta en daños psicológicos duraderos y significativos, además se expresa una preocupación ya que al reconocer un error en la atención médica, resulta ser un tabú por la fuerte cultura punitiva e identifica una necesidad de cambio paradigmático, por lo tanto, es importante el adecuado abordaje a los profesionales involucrados en los errores médicos.

Para el año 2000, se introdujo la expresión de segundas víctimas al referirse a trabajadores directamente involucrados en un suceso adverso y que permanece atrapado emocionalmente por aquella situación, este término fue propuesto por Albert Wu (Burlison, Scott, Browne, Thompson, et al., 2017).

Asimismo, existe una necesidad en el abordaje a la segunda víctima, que relaciona directamente en el ámbito de la salud, para aquellos que cuidan a los demás, junto con el progreso de la protección del paciente, con la finalidad de disminuir la probabilidad de nuevos eventos; el aporte de información invaluable en el método de análisis y búsqueda de respuestas encaminadas a impedir EAs de igual magnitud; y disminuir la posibilidad de que expertos capacitados involucrados en los incidentes se retiren de su profesión (Carrillo et al. 2016).

En la búsqueda de literatura referente a segundas víctimas, existe un considerable proyecto investigativo realizado en España sobre el tema, que, después de la aplicación de un cuestionario previamente elaborado y estudiado en profesionales de atención primaria y de hospitales, arrojó como resultado que el 20% de profesionales encuestados han precisado quién debe informar al paciente luego de la presencia de un EA; además el 18% de estos profesionales ha recibido orientación para informar de forma adecuada a pacientes después de un incidente; también se evidenció que, hasta un 2% del personal implicado en un EA abandona su profesión (GISTV, 2019).

Dentro de la misma investigación, se conoció que sólo el 10% de los hospitales y el 7% de las áreas primarias estudiadas tienen un protocolo para la atención a segundas víctimas; dentro de los síntomas que en España se presentan con mayor frecuencia en una segunda víctimas son las emociones de culpabilidad, ansiedad, recordar la vivencia, entre otros (GISTV, 2019).

En lo que respecta a Ecuador no se dispone de información suficiente acerca de los efectos o del impacto que tienen los EAs en la segunda víctima, o detalle de la gestión adecuada después del incidente, dado que la información para la elaboración de este capítulo se obtuvo de estudios internacionales y, sobre todo la relevancia que posee para perfeccionar la seguridad del paciente, siendo uno de los objetivos principales dentro de las instituciones de salud en la actualidad, es necesario realizar un análisis sobre este tema, con la finalidad de conocer este fenómeno en el paso por los profesionales de salud y cómo es asimilado por el individuo, trazando las claves para la adecuada gestión de segundas víctimas dentro del hospital.

2. METODOLOGÍA

El presente trabajo se ha desarrollado por medio de una búsqueda bibliográfica que incluye de forma preferencial información abierta y pública. Esta exploración documental permitió el panorama, contraste y valoración de diferentes artículos académicos sobre la gestión de la segunda víctima. Los artículos revisados han facilitado información sobre América Latina, España y EEUU.

Para la búsqueda se utilizó principalmente la base de datos de PUBMED; además de otras bases de datos como:

- Dialnet
- Scielo
- Elsevier
- Biomédica

Así mismo, se trabajó con dos criterios de búsqueda: eventos adversos y segundas víctimas e impactos en la salud tanto física como mental de las segundas víctimas. Esta búsqueda dio como resultado una serie de artículos publicados especialmente en España, Chile y Colombia. También, se han obtenido datos de organismo especializados como la OMS y OPS y, se revisaron trabajos de posgrado como parte de la literatura gris. En el país, el tema de las segundas víctimas se limita para la investigación.

3. DESARROLLO

Seguridad del paciente y la cultura de seguridad.

La OMS advierte que aproximadamente una por cada diez personas en establecimientos sanitarios sufre daños mientras recibe atención médica y se espera que cada año alrededor de tres millones de pacientes mueran como resultado; de modo que, la seguridad del paciente es definida por la OMS como una ausencia de daños que se pueden prevenir en los pacientes durante todo el proceso de atención sanitaria, reduciéndolo así hasta un mínimo aceptable, que también incluye la disminución de los efectos que se hayan producido luego de un suceso (OMS, 2023).

Por otro lado, la seguridad de la asistencia sanitaria se basa en dos ideas interrelacionadas: por un lado, la teoría del Error de James Reason, donde el ser humano es proclive a cometer errores, y pese a todos los esfuerzos por impedirlos, éstos seguirán ocurriendo. En todo caso, se encuentra una cultura de seguridad del paciente, que requiere que sea no punitiva, con un clima de confianza mutua, utilizando a los errores como una fuente de aprendizaje, es necesario trabajar y adecuar los procesos del sistema para hacerlos más fuertes a la producción de errores e inclusive evaluar e implementar estrategias para su detección (Rocco y Garrido, 2017).

Impacto Económico y Social de eventos adversos

Cabe resaltar que la atención sanitaria insegura provoca daños importantes a los pacientes, causa estragos considerables en individuos, sistemas de salud y economías, provoca aproximadamente cada año más de tres millones de muertes alrededor del

mundo y ejerce una carga de salud global similar a VIH/SIDA o accidentes de tránsito, por consecuencia, el daño resultante de la atención sanitaria continúa como un significativo problema de salud pública a nivel mundial (OECD, 2020).

Impacto psicológico de eventos adversos

Inicialmente, el impacto lo asumen varias víctimas; los pacientes son las primeras víctimas y pueden resultar con efectos graves, daños orgánicos incapacitantes, estancia hospitalaria prolongada o la muerte, es decir, trastornos importantes en el bienestar psicosocial o físico para el paciente y su familia.

De igual manera, en un estudio realizado por Torijano et al. (2016) se menciona cómo la segunda víctima, cambia en su actuar a partir de un EA con desenlace grave, en su relación con el paciente y la familia, esto provoca que el desarrollo de su labor se vuelva inseguro, localizando afectaciones emocionales y especialmente se presentan dudas acerca de su criterio profesional, hace que esto influya directamente en la excelencia de la atención brindada hacia otros pacientes, que conlleva el incremento de la posibilidad que debido a dicha respuesta emocional se repita un nuevo evento.

Los eventos adversos y sus víctimas

Resulta claro que los EAs afectan en diverso grado a varios grupos; la primera víctima de un EA es el paciente e incluye a su familia; como segunda víctima aparece el profesional involucrado en el EA quien experimenta varias emociones al respecto, que puede considerarse como un cierto grado de trauma; como tercera víctima está la institución sanitaria en donde se presentó el evento (Jimenez et al., 2018).

Por consiguiente, cuando se habla de eventos que provocan daño a un paciente, se tiene presente que es un suceso imprevisto que tanto el profesional asistencial como la institución involucrados, no esperan que ocurra durante la atención, al mismo tiempo, cuando acontecen, a menudo el enfoque se basa totalmente en la investigación de los posibles motivos del suceso, con el fin de prevenir nuevos acontecimientos, pero en conjunto, se debe analizar que dichos incidentes pueden causar un daño directo al paciente, que a su vez puede derivar en trastornos dentro del cuadro personal, familiar y laboral del grupo sanitario involucrado y, por otro lado, la disminución de la confiabilidad y desprestigio de la institución de salud (Escobar y Cid, 2018).

¿Qué es la segunda víctima?

Una segunda víctima se describe como cualquier profesional, que provee servicios de salud, que participa en un suceso desfavorable, un error clínico o un daño inesperado relacionado con la atención del paciente y que se convierte en víctima dentro de su experiencia generando un cierto grado de trauma por el evento (PISTV, 2019).

Por otro lado, a lo largo del tiempo, se ha abordado el tema de impacto psicológico de los errores clínicos en el equipo sanitario, sin embargo, resulta importante señalar que el término “Segunda Víctima” aparece por primera instancia en el año 2000 por Albert Wu, quien lo utilizó para referirse a los profesionales que se encuentran inmersos en el EA y el impacto que estos pueden producir en ellos.

Síndrome de Segunda Víctima

Desde una perspectiva más general, el síndrome de segunda víctima puede llamarse como fenómeno a los síntomas que experimentan una gran mayoría del equipo sanitario en algún momento de su actividad, como un conjunto de emociones que resultan de algún evento traumático luego de la atención a un paciente, lo que incluye incidentes, cuasi eventos, adversos y centinelas, errores clínicos; esto comprende un estrés mental significativo y de diverso grado en cada profesional considerado como segunda víctima, que si no se canaliza de la forma adecuada, puede conducir al diagnóstico real de trastorno de estrés postraumático (Sachs y Wheaton, 2023).

Dentro de este marco, otra investigación mostró que el 44.4% de los participantes afirmó haber estado preocupado por un evento adverso en algún momento no especificado durante la prestación de servicios en sus actos; además, 3 por cada 4 individuos otorgaron un puntaje de 7/10 a la preocupación real por afrontar los efectos legales de los EA; y casi todos los integrantes expresaron su preferencia por recibir educación sobre cómo informar a un paciente sobre un EA, es importante mencionar que entre las manifestaciones cruciales de los expertos como víctimas secundarias de EA fueron confusión, una dificultad para poder concentrarse al trabajar, cansancio, tensión, recuerdo continuo del evento y dudas sobre las resoluciones que debían afrontar (Flores et al., 2022).

Etapas de recuperación de la Segunda Víctima

Con respecto a la recuperación de la segunda víctima, en el estudio tomado de Scott et al. (2009) *La historia natural de recuperación de la “segunda víctima” del proveedor de atención médica después de eventos adversos en el paciente*, referencia clave que ha sido utilizada por numerosas investigaciones como inicio para el abordaje de la segunda víctima dentro de instituciones a nivel mundial, se identifican seis etapas para la trayectoria de recuperación de un EA, donde las primeras tres etapas acontecen después de la ocurrencia del evento, y destaca que la segunda víctima puede trasladarse por una o varias de las etapas de forma simultánea, se nombran de la siguiente manera:

- Etapa 1 Caos y respuesta al incidente: reconoce el error, falta de concentración, conmoción, mente distraída, inmersión a la autorreflexión.
- Etapa 2 Reflexiones intrusivas: re evaluación del escenario, autoaislamiento, obsesión y recreación continúa del suceso.
- Etapa 3 Restaurar la integridad personal: el miedo al rechazo prevalece, dudas sobre sí mismo, búsqueda de apoyo, sensibilidad a los comentarios.
- Etapa 4 Soportar la inquisición: responder a múltiples ¿por qué? del suceso, repercusiones sobre su seguridad laboral.
- Etapa 5 Obtener primeros auxilios emocionales: búsqueda de su persona segura en quien poder confiar, preocupaciones sobre litigio.
- Etapa 6: Seguir adelante: se define como etapa única para la recuperación, debido a la presencia de tres direcciones determinantes: abandonar, sobrevivir o superar (pp.4-5).

Impacto de las segundas víctimas en el equipo sanitario

El daño que se puede generar hacia el paciente y a su familia por un evento adverso busca, en buena medida, ser resarcido por las instituciones sanitarias, sin embargo, los trastornos en los ámbitos profesional, personal y familiar del equipo sanitario inmersos en estos incidentes ha sido menos estudiado y atendido (Flores et al., 2022).

Es evidente que, manifestaciones que incluyen depresión, presión perturbadora, ira, sentimientos de culpa y retirarse de la profesión son algunos de los rasgos que se presentan entre el personal sanitario, después de estar inmiscuido en un evento adverso. Cifras impresionantemente altas reflejan la prevalencia de distintos profesionales sanitarios que, después de estar inmersos en algún evento adverso, han manifestado alguno de estos rasgos como segundas víctimas (Flores et al., 2022).

Por otro lado, en España, el 72,5% de los profesionales del área hospitalaria; en Estados Unidos, el 10,4% de 2500 profesionales otorrinolaringólogos de la salud y el 43.3% de 402 profesionales entre farmacéutas, médicos y enfermeros (Flores et al., 2022).

Tabla 1

Positividad de las experiencias sobre eventos adversos propios o ajenos (n=419)

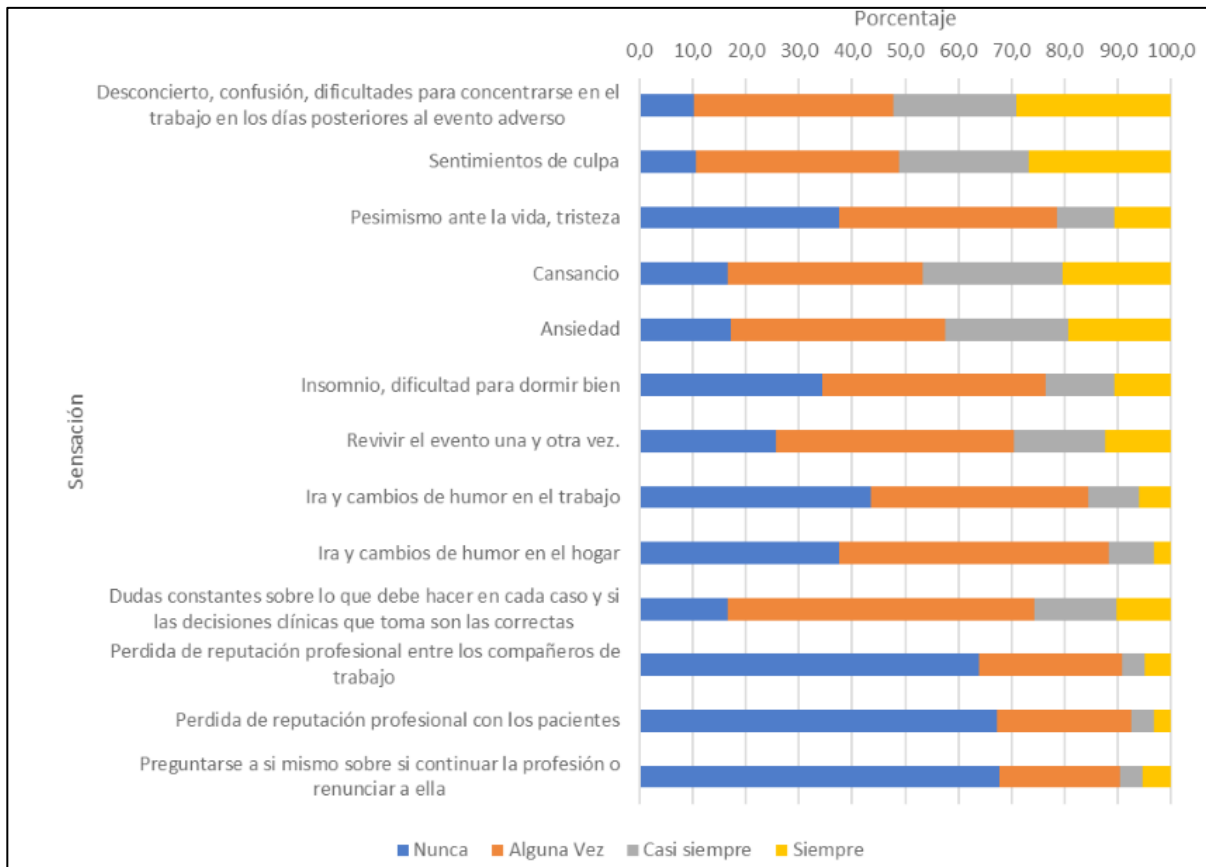
Experiencia en los últimos cinco años	n	%
He conocido casos en mi hospital de situaciones que podrían considerarse “casi errores” (incidentes que podrían haber causado daño a un paciente, pero que finalmente se corrigieron a tiempo).	390	93,1
He conocido casos de eventos adversos con graves consecuencias para uno o varios pacientes.	331	79,0
He conocido casos de profesionales que han estado en mal estado emocional debido a un evento adverso de un paciente.	320	76,4
He conocido casos de profesionales que han tenido problemas laborales debido a un evento adverso	297	70,9
Personalmente, he tenido que informar a un paciente (o su familia) que ha sufrido un evento adverso	124	29,6

Nota. Tomado de *Prevalencia del evento adverso y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas* (Flores et al., 2022).

En la tabla 1 se detallan los resultados de un estudio citado sobre la identificación de las consecuencias asociadas a eventos adversos propios o de otros profesionales de un centro hospitalario. Los datos de la tabla son importantes porque el impacto emocional y laboral, es uno de los aspectos más recurrentes entre el equipo sanitario producido como consecuencia de un evento adverso, comunicar a los familiares sobre el suceso revela también un fuerte indicador que afecta al personal sanitario y por último se describen en detalle los signos más habituales entre las segundas víctimas (Flores et al., 2022).

Figura 1

Sensaciones del equipo sanitario con respecto a ser segundas víctimas



Nota. Tomado de *Prevalencia del evento adverso y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas* (Flores et al., 2022).

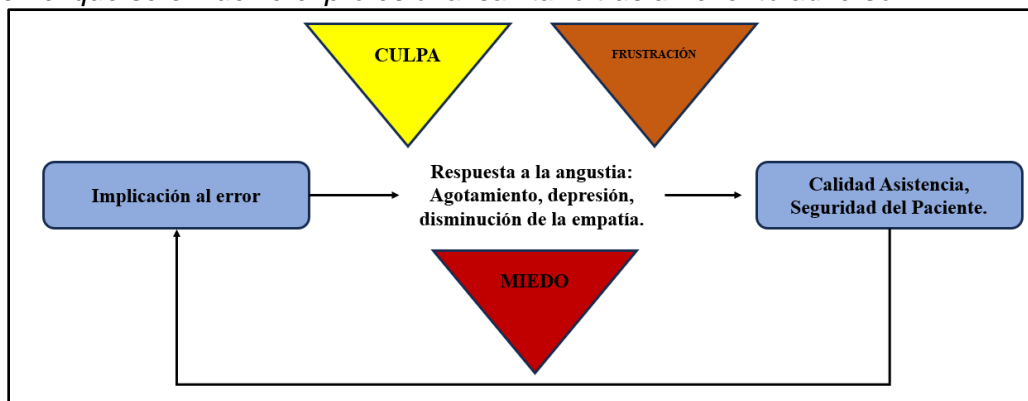
De acuerdo a la figura 1, es muy descriptiva en torno a los aspectos emocionales, profesionales, familiares y personales que se pueden observar en las segundas víctimas. Desde desconcierto, confusión, sentimientos de culpa, hasta síntomas asociados a ansiedad y depresión. Por otra parte, el humor del profesional se ve afectado en su entorno familiar y laboral con episodios de ira, la competencia profesional se ve afectada por el temor a la reputación entre sus colegas y pacientes y por las dudas que se generan en su futura práctica profesional.

Estos resultados, en buena medida coinciden por lo expuesto por White (2015) menciona que “cuando el profesional sanitario renuncia a su labor, esta actitud es considerada por ciertos colegas como una opción normal, tomando como referencia su situación” (p.6). El equipo sanitario experimenta desdicha emocional y física con emociones de culpa, furor y preocupación, observados en ciertos casos a través de cuestiones de competencia clínica y la capacidad para preservar la prestación de sus servicios (Mallea et al., 2021).

Conforme a lo mencionado, las afectaciones concurridas en las segundas víctimas cubren el aspecto personal, el aspecto profesional y la vida familiar, en este último criterio, se han documentado casos de profesionales sanitarios que después de estar inmersos en un evento adverso han experimentado escenarios de crisis dentro de su hogar, tensión en el entorno del conyugue, hijos y padres; esto a raíz de las emociones que han inducido al profesional al distinguirse involucrado en un evento, por lo que desencadena un cambio en su personalidad. (Carvajal, 2017, p. 14)

Figura 2

Círculo en el que se envuelve el profesional sanitario tras un evento adverso



Nota. Tomado de *Impacto de eventos adversos en el profesional sanitario segundas víctimas* (Carvajal, 2017).

Tomando como referencia lo mencionado, hay varios programas que apuntan a las segundas víctimas en la medida de generar sistemas de soporte a los profesionales sanitarios y a las instituciones de salud. Por ello, se torna importante conocer cuáles son las medidas que se vienen implementando para generar programas de soporte emocional para las segundas víctimas y medidas de gestión apropiadas ante los eventos adversos entre las organizaciones sanitarias.

Al parecer la ocurrencia del evento adverso causa un pequeño sismo en todas las facetas de la vida del profesional sanitario, esto se visualiza en la Figura 2. Por otra parte, Mallea et al., (2021) describen también algunos de los indicadores relacionados con el impacto en la salud de las segundas víctimas: Estrés físico, alteraciones del sueño y presencia de taquicardia, náuseas, agotamiento, pérdida de apetito, tensión mental, con cambios emocionales, desesperación, ansiedad, miedo, vergüenza, ausentismo y abandono de la actividad, entre otros.

Cómo guiar la adecuada gestión de las segundas víctimas en el hospital

Desde una perspectiva más general de Astier et al., (2021) quien menciona que dentro del Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente se establece sobre la importancia de la promoción de los sistemas de salud a nivel mundial en los cuales exista una imperceptible probabilidad de ocasionar algún daño ya sea mínimo o grave en las personas cuando son atendidas en las instituciones sanitarias, mediante la creación de políticas y acciones concretas, que se encuentren fundamentadas dentro de la mejor evidencia científica disponible, incluyendo el rediseño de los sistemas de salud para

reducir las fuentes de riesgo para la prevención del daño a las primeras víctimas y el soporte hacia la segunda víctima.

De igual manera, en el mismo Plan en su objetivo estratégico número cinco menciona que la seguridad del profesional sanitario y la seguridad del paciente van estrechamente ligados e interconectados, siendo que el riesgo para el equipo sanitario puede generar riesgo para el paciente, por lo tanto, el personal sanitario psicológicamente sano tiene menos probabilidades de cometer un error, lo que favorece llegar hacia una atención más segura (Astier et al., 2021).

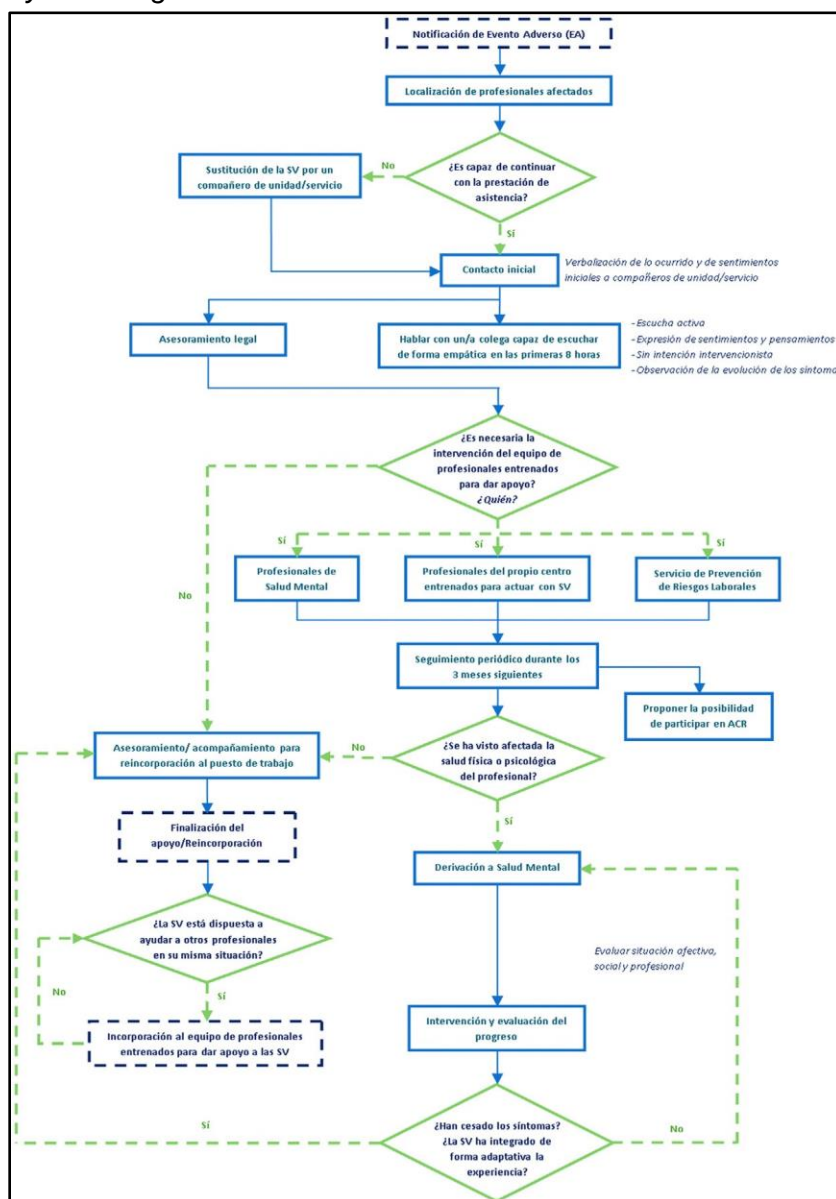
En lo que corresponde al nivel internacional, existen varios centros con iniciativas de apoyo a los profesionales de salud y gestión del impacto de los EAs; se puede mencionar el programa RISE, Resilience In Stressful Events, que se desarrolló dentro del Hospital Johns Hopkins para brindar soporte a segundas víctimas, el cual consistió en reclutar a profesionales pertenecientes a la misma institución sanitaria, de forma voluntaria y primando la confidencialidad, previo a una capacitación, para que puedan atender a sus pares, con apoyo psicológico y motivacional, durante y después del suceso, esto fue considerado una forma efectiva, económicamente viable y sostenible (Edrees et al., 2016).

La University of Missouri Health Care, (2023) desarrolló un programa llamado “For You” en el año 2007, que propone un modelo intervencionista de tres niveles: el de apoyo local, el cual parte de algún miembro del equipo entrenado en las capacidades necesarias para brindar un primer apoyo; de apoyo individual por pares: está integrado por profesionales de apoyo de la propia institución capacitados para brindar ayuda tanto

de forma individual como grupal y el de red de derivación, se presenta una intensidad en los síntomas, ser debidamente referidos con áreas de trabajo social y psicología clínica.

Figura 3

Algoritmo de apoyo a la segunda víctima



Nota. Tomado de *Impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones* (Torijano et al., 2016).

La presentación de la figura 3 es importante porque la propuesta del algoritmo para el apoyo de la segunda víctima puede ser replicada por diferentes instituciones sanitarias adaptándose a su contexto. Asimismo, se cita al Grupo de Investigación Segundas y Terceras Víctimas (GISTV) conformado por un conjunto de diferentes profesionales, quienes han realizado diversos estudios e investigaciones en materia de gestión a la segunda víctima, arrojaron datos significativos para el entendimiento del impacto de estos eventos sobre los profesionales de salud implicados, cuyo sitio web obtuvo una acreditación avanzada en noviembre de 2016 (GISTV, 2019).

Estas investigaciones tienen como aporte el uso de herramientas web para encontrar soluciones a incidentes de seguridad del paciente; Se abordaron propuestas para la observación del fenómeno de las segundas víctimas en España en los centros asistenciales; Como acotación, se desarrolló la aplicación Mitigación del Impacto en Segundas Víctimas (MISE), una herramienta en línea cuya utilidad radica en mejorar la información sobre terminología de seguridad del paciente, incidencia y efecto de eventos adversos y errores clínicos, modelos de asistencia o apoyo a segundas víctimas y acciones recomendadas posterior a un evento adverso grave (Mira et al., 2017).

Figura 4

CheckList de actuaciones recomendadas en un EA

Checklist de actuaciones recomendadas para proporcionar apoyo a la segunda víctima

Fecha: _____

Centro/Hospital: _____ Unidad/Servicio: _____

APOYO AL PROFESIONAL Y AL EQUIPO ASISTENCIAL DEL QUE FORMA PARTE		
Acción	Fecha	Observaciones
<input type="checkbox"/> Imprimir una actitud positiva desde un enfoque de fallo sistémico ante los EA		
<input type="checkbox"/> Determinar el número de segundas víctimas relacionadas con el EA		
<input type="checkbox"/> Hablar y escuchar a la segunda víctima – <i>Profesional del entorno inmediato con perfil similar y capacidad para apoyar a la segunda víctima</i>		
<input type="checkbox"/> Reorganizarse para atender las obligaciones asistenciales de la segunda víctima (sólo si el profesional lo desea)		
<input type="checkbox"/> Animar a incrementar/mantener la actividades de ocio cotidianas así como las que realiza en familia o con amigos		
<input type="checkbox"/> Ayudar al profesional a la tramitación de la baja laboral (si procede) en coordinación con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del centro		
<input type="checkbox"/> Identificar síntomas que sugieren la necesidad de un apoyo adicional más intenso en la segunda víctima		
<input type="checkbox"/> Valorar las necesidades de atención personalizada de la segunda víctima		
<input type="checkbox"/> Valorar la necesidad de asistencia jurídica que pueda precisar el profesional		
<input type="checkbox"/> Informar sobre la cobertura del seguro de responsabilidad civil de la institución		
<input type="checkbox"/> Informar al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en caso de que se vea afectada la salud física o psíquica del profesional		
<input type="checkbox"/> Informar sobre las posibilidades de apoyo específico dentro y fuera de la institución		
<input type="checkbox"/> Coordinar la actuación de apoyo emocional y jurídico		
<input type="checkbox"/> Realizar un seguimiento del profesional en los días posteriores al incidente para asegurar su recuperación efectiva		
<input type="checkbox"/> Mantener informado al profesional sobre los procesos de información al paciente y de análisis de lo ocurrido		
<input type="checkbox"/> Invitarle a participar en el análisis causa raíz del incidente en caso de estar capacitado y considerarse adecuado		
<input type="checkbox"/> Organizar su regreso a la actividad clínica tras EA (incremento paulatino de responsabilidad)		
<input type="checkbox"/> Programar seguimiento del profesional en los siguientes 3 meses		

NOTA. Tomado de *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* (GISTV, 2015).

El Grupo de Investigación también propone otros recursos como el CheckList de actuaciones recomendadas en la atención al paciente que sufre un EA como se visualiza en la figura 4, de acuerdo a su experiencia y resultados obtenidos, que puede servir de instrumento para su aplicación dentro de los centros hospitalarios a nivel nacional.

Además, en la bibliografía comentada, dispone de ciertas herramientas que permiten realizar una evaluación en las instituciones de salud, como por ejemplo la aplicación de un cuestionario de manera online para profesionales de hospitales, se estructuró en tres apartados que evaluaron las siguientes variables: el efecto de la cultura de seguridad, como modulador del impacto de los EAs en los profesionales, la experiencia del personal a la hora de brindar información a los pacientes sobre los EAs y la frecuencia e intensidad de los problemas personales y laborales más comunes entre las segundas víctimas y el tipo de apoyo recibido (Mira et al., 2015).

Otra herramienta favorable es el instrumento de *Herramienta de apoyo y experiencia para segundas víctimas* (SVEST) por sus siglas en inglés, utilizado en otra investigación, desarrollado y validado en Estados Unidos, que describe la vivencia de la segunda víctima y consta de 28 ítems agrupados en nueve dimensiones relacionadas con el impacto de los EA en la segunda víctima y la noción de satisfacción de las medidas de apoyo; una de las conclusiones fue la existencia de un mayor riesgo de cometer nuevos errores si se cuenta con una baja calidad de soporte a la segunda víctima del EA (Mallea et al., 2021).

Dicho de otro modo, el instrumento SVEST se considera fiable y válido para ser utilizado por líderes de atención sanitaria para guiar la implementación de nuevos

recursos para segundas víctimas, evaluar la calidad de los recursos de soporte y poder realizar un seguimiento del beneficio de los programas de segundas víctimas, el cual también tiene su adaptación en español, italiano y otros idiomas (Burlison, Scott, Browne, Sierra, et al., 2017).

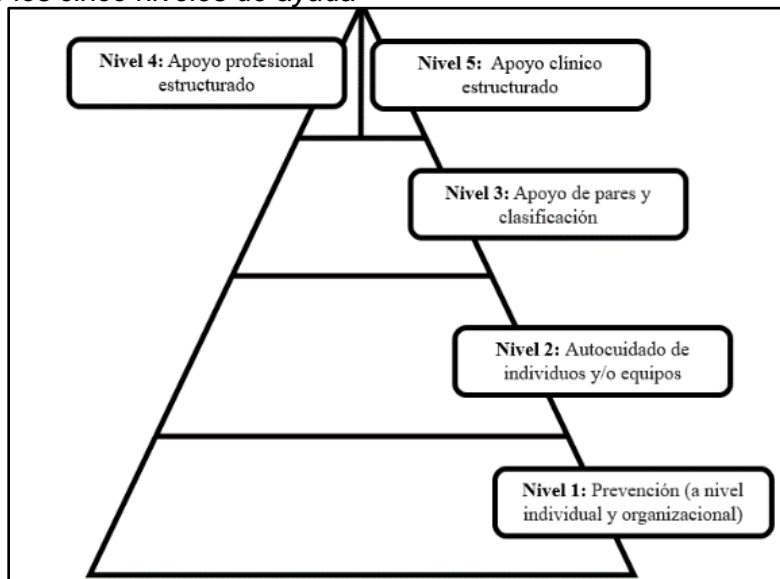
Claves para la adecuada gestión de las segundas víctimas en el hospital

En relación a la problemática expuesta, la revisión de la literatura disponible en tema de segundas víctimas permite visualizar un esquema a seguir para su adecuada gestión en los hospitales. De acuerdo a ello, se inicia en el cuadro investigativo de Giraldo (2021) sobre las estrategias para el abordaje del fenómeno de las segundas víctimas en el marco de un programa de seguridad del paciente en atención primaria, donde menciona la entrevista y cuestionarios como herramientas fundamentales para realizar una evaluación inicial del contexto organizacional sobre segundas víctimas, cultura de seguridad y seguridad del paciente.

Además, Seys et al. (2023) en su revisión narrativa concluyen que el apoyo a la segunda víctima se puede organizar en cinco niveles como se observa en la figura 5. El primer nivel es la prevención a nivel individual y organizacional, que se refiere a las medidas tomadas antes de que ocurra un incidente relacionado con la seguridad del paciente, los otros cuatro niveles se concentran en brindar ayuda después de un suceso, como el autocuidado de individuos y/o equipos, apoyo de pares y clasificación dependiendo a la etapa de recuperación en la que se encuentre, apoyo estructurado por parte de un experto en el campo o apoyo profesional y apoyo clínico.

Figura 5

Visión general de los cinco niveles de ayuda



NOTA: Tomado de *In search of an international multidimensional action plan for second victim support: a narrative review* (Seys et al. 2023).

Asimismo, Ozeke et al. (2019) en la investigación Segundas víctimas en la atención de salud: perspectivas actuales, señalan que:

- Los líderes de la institución tienen una responsabilidad moral de cuidar de los profesionales sanitarios, tras un fallo del sistema o un error humano que haya provocado daños al paciente y deben animar a sus organizaciones a respetar a los implicados en ese suceso.
- La creación de redes de apoyo a la segunda víctima a nivel individual mediante el apoyo a sus pares, organizativo, nacional o internacional parece ser la mejor estrategia.
- La institución hospitalaria debe desarrollar un mecanismo de rendición de cuentas, con directrices claras y sencillas sobre quién será responsable de cuándo y cómo

se actuará en respuesta al evento, con inclusión de programas y protocolos de atención a segundas víctimas.

- Al iniciar un proceso sobre un acontecimiento adverso significativo, aparte de la investigación causa raíz, se debe iniciar una investigación simultánea para identificar la existencia de la segunda víctima.
- Debe plantearse una formación básica para los profesionales, encaminada a la reducción de la ansiedad por el posible proceso legal que rodea a los acontecimientos adversos.
- Tanto la ayuda psicológica como la asistencia jurídica son importantes para las segundas víctimas.
- La influencia del acontecimiento adverso en la actividad de las segundas víctimas es especialmente importante entre las primeras 4-24 horas, por lo que se debe brindar un apoyo adecuado durante este periodo, debido al alto potencial de verse implicados en otro acontecimiento adverso.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Después de realizar una búsqueda exhaustiva sobre la temática, se concluye que los estudios acerca de la segunda víctima son relativamente escasos en el Ecuador, por lo que no es posible identificar una realidad más estrechamente relacionada con el entorno local, ya que la percepción y el conocimiento pueden diferir según la zona geográfica, la especialidad y otros factores.
- La prevalencia y la incidencia de eventos adversos en el ámbito sanitario es una preocupación constante, porque éstos eventos siguen y seguirán ocurriendo, por lo cual el equipo de salud es susceptible a convertirse en segunda víctima en algún momento del ejercicio de su actividad laboral, percibiendo una diversidad de manifestaciones tanto físicas como psicológicas como resultado, enfatizando en la necesidad de ofrecer un apoyo de forma integral mediante programas e iniciativas de intervención y seguimiento.
- Existe una interrelación entre la frecuencia de los EAs y su efecto en el profesional sanitario, por lo cual estos sucesos deben canalizarse de la manera adecuada para disminuir las consecuencias negativas en el equipo de salud.
- Resulta inevitable destacar que todos los profesionales están expuestos a cometer errores que pueden terminar dañando al paciente, lo más sensato es abordar con profesionalidad sus consecuencias, concientizando a cada autoridad sanitaria, directivos y el equipo sanitario acerca de las segundas víctimas, el apoyo

debe contar con una intervención holística de las consecuencias emocionales, judiciales y mediáticas.

Recomendaciones

- En el contexto de la actual revisión, se recomienda que se aborden estos temas, exhortando al equipo sanitario a profundizar más sobre las claves para la adecuada gestión de segundas víctimas en el hospital, concentrándose en un estudio de enfoque cualitativo de tipo fenomenológico para determinar la percepción del personal de salud.
- Es deber de las organizaciones sanitarias impulsar la seguridad del paciente como buena cultura dentro de la institución, proporcionando formación permanente sobre el abordaje y notificación adecuada de eventos adversos para garantizar el cumplimiento de este proceso indispensable que parte desde la comunicación del suceso para poder realmente obtener un aprendizaje del error.
- Se sugiere a las autoridades sanitarias transformar el manual de seguridad del paciente de manera que también sirva como guía al incluir las claves detalladas sobre el adecuado abordaje a la segunda víctima de sucesos adversos.
- Se recomienda la implementación de programas de apoyo integral tanto psicológico como emocional, disponibles para el profesional afectado desde el momento en que se notificó un EA y durante toda su trayectoria de recuperación, ya sea con apoyo a nivel individual u organizacional.
- Se recomienda el desarrollo de investigaciones dirigidas a la identificación de la prevalencia y la vivencia de los profesionales de salud dentro de su condición

como segunda víctima, de manera que permita incluir la elaboración de un plan de manejo que pueda ser aplicado a nivel nacional dentro de las instituciones en el Ecuador, de igual forma, se espera que todos los establecimientos, sean públicos o privados, cuenten con protocolos de actuación para el abordaje a las segundas víctimas, siendo un tema totalmente conocido por los profesionales sanitarios.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Aranaz-Andrés, J. M., Aibar-Remón, C., Larizgoitia Jauregui, I. C. R. C., Terol García, E., Agra Varela, Y., & Gonseth García, J. (2010). *Estudio ibeas: prevalencia de efectos adversos en hospitales de latinoamérica*.
[https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME GLOBAL IBEAS.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf)
- Aranaz, J., Mira, J., Guilabert, M., Herrero, J., Vitaller, J., & Víctimas, G. de trabajo S. (2013). Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma Fundación Mapfre*, 24(1), 54–60.
<https://documentacion.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/es/media/group/1104878.do>
- Astier-Peña, M. P., Martínez-Bianchi, V., Torijano-Casalengua, M., Ares-Blanco, S., Bueno-Ortiz, J., & Fernández-García, M. (2021). The Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Identifying actions for safer primary health care. *Atencion Primaria*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102224>
- Burlison, J. D., Scott, S. D., Browne, E. K., Sierra, G., & Hoffman, J. M. (2017). The second victim experience and support tool (SVEST): Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *Journal of Patient Safety*, 13(2), 93–102.
<https://doi.org/10.1097/PTS.000000000000129>
- Burlison, J. D., Scott, S. D., Browne, E. K., Thompson, S. G., & Hoffman, J. M. (2017). The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support

Resources. *Journal of Patient Safety*, 13(2), 93–102.

<https://doi.org/10.1097/PTS.000000000000129>

Carrillo, I., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P., Torijano, M. L., Iglesias-Alonso, F., Astier, P., Olivera, G., & Maderuelo-Fernández, J. A. (2016). Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. *Revista de Calidad Asistencial*, 31, 3–10.

<https://doi.org/10.1016/J.CALI.2016.04.008>

Carvajal, M. (2017). *Impacto de eventos adversos en el profesional sanitario “segundas Víctimas”* [https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/26840/TFG MÓNICA CARVAJAL.pdf?sequence=1&isAllowed](https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/26840/TFG_MÓNICA_CARVAJAL.pdf?sequence=1&isAllowed)

Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H., Wu, A. W., & Hopkins Armstrong, J. (2016). Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*, 6.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>

Escobar-Castellanos, B. y Cid-Henriquez, P. (2018). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta bioethica*, 24(1), 39-46.

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v24n1/1726-569X-abioeth-24-01-00039.pdf>

Flores, F., López, L., & Bernal, C. (2022). Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en el equipo sanitario como segundas víctimas. *Biomédica*, 42(1), 184–195. <https://doi.org/10.7705/biomedica.6169>

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.

https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2015/docs/Guia-de-recomendaciones_sv-pdf.pdf

Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. (2019). *Resultados del proyecto - Proyecto de Investigación Segundas Víctimas.*

<https://www.segundasvictimas.es/resultados-proyecto>

Jimenez, E., Alayola, A., Mancebo, A., & Campos, M. (2018). Eventos adversos y burnout en profesionales de una clínica de atención primaria. In *Conamed* (pp. 66–72). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6508623>

Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System. *The National Academies Press*, 12(20), 126–129.

<https://doi.org/10.17226/9728>

Mallea-Salazar, F., Ibaceta-Reinoso, I., & Vejar-Reyes, C. (2021). Segundas víctimas: calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso. *Revista Chilena de Salud Pública*, 25(1), 76–85.

<https://doi.org/10.5354/0719-5281.2021.65197>

Mira, J. J., Carrillo, I., Guilabert, M., Lorenzo, S., Pérez-Pérez, P., Silvestre, C., & Ferrús, L. (2017). The second victim phenomenon after a clinical error: The design and evaluation of a website to reduce caregivers' emotional responses after a clinical error. *Journal of Medical Internet Research*, 19(6), e7840.

<https://doi.org/10.2196/jmir.7840>

Mira, J. J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P., Olivera, G.,

Iglesias, F., Zavala, E., Maderuelo-Fernández, J. Á., Vitaller, J., Nuño-Solinís, R., & Astier, P. (2015). The aftermath of adverse events in spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Services Research*, *15*(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7>

OECD. (2020). *The economics of patient safety From analysis to action*.

<https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2010). *IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica: Hacia una atención hospitalaria más segura*.

<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2017/who-ibeas-report-es.pdf#:~:text=El objetivo principal del Estudio,en algunos hospitales de Latinoamérica.&text=Hablar de Latinoamérica es hablar,vez de unos condicionantes comunes.>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Seguridad del paciente*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Ozeke, O., Ozeke, V., Coskun, O., & Budakoglu, I. I. (2019). Second victims in health care: Current perspectives. *Advances in Medical Education and Practice*, *10*, 593–603. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S185912>

Giraldo Piedrahita, M. luz. (2021). *Estrategia de abordaje para el fenomeno de las segundas victimas en el marco de un programa de seguridad paciente en el nivel primario de atencion, Bogota, 2021*.

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/59405/Trabajo de grado Mary Luz Giraldo Piedrahita - Documento final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Proyecto de Investigación Segundas y Terceras Víctimas. (2019). *Definiciones y FAQ*.

<https://www.segundasvictimas.es/definiciones>

Rocco, C., & Garrido, A. (2017). SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785–795.

<https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2017.08.006>

Sachs, C. J., & Wheaton, N. (2023). Second Victim Syndrome. *StatPearls*.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572094/>

Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009).

The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*, 18, 325–330.

<https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>

Seys, D., Panella, M., Russotto, S., Strametz, R., Mira, J., Van Wilder, A., Godderis, L., & Vanhaecht, K. (2023). In search of an international multidimensional action plan

for second victim support: a narrative review. *BMC Health Services Research*,

23(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09637-8>

Torijano, M., Astier, P., & Mira, J. (2016). The impact of adverse events on health primary care professionals an institutions. *Elsevier*, 48(3), 143–146.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.002> Open Access

University of Missouri Health Care. (2023). *forYOU Team - MU Health Care*.

<https://www.muhealth.org/about-us/quality-care-patient-safety/office-of-clinical-effectiveness/foryou>