

INVESTIGACIÓN

2009

SEGUNDAS VÍCTIMAS

FUNDACIÓN **MAPFRE**

www.fundacionmapfre.com

Investigador Principal

Jesús María Aranaz Andrés

Dr. en Medicina y Cirugía.
Jefe de Medicina y Salud Pública.
Hospital Universitario Sant Joan (Alicante)

Equipo Investigador

Enrique Vélez Bueno

Ldo. en Derecho.
Técnico de la Función Administrativa.
Servicio Valenciano de Salud

Isabel María Navarro Soler

Lda. en Investigación y Técnicas de Mercado.
Técnico de Investigación.
Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante)

José Joaquín Mira Solves

Dr. en Psicología.
Profesor Psicología Clínica.
Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante)

Juan Francisco Herrero Cuenca

Ldo. en Medicina y Cirugía.
Jefe sección Inspección Médica.
Hospital General de Elda (Alicante)

Mercedes Guillabert Mora

Licenciada en Psicología.
Profesora Psicología de la Salud.
Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante)

Ramón Limón Ramírez

Ldo. en Medicina.
Técnico de Superior de Investigación.
Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante)

Índice

	Página
1. MARCO TEÓRICO	4
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	5
3. DISEÑO DEL ESTUDIO	5
4. RESULTADO DEL ESTUDIO	6
4.1. Mejoras en la comunicación de crisis	6
4.1.1. Tras cometer un error que ocasiona un EA con consecuencias graves a uno o varios pacientes. ¿Qué consecuencias personales, profesionales y familiares cabe esperar por parte del profesional implicado?	7
4.1.2. ¿Qué medidas deben ponerse en práctica para favorecer la reintegración hacia la actividad profesional con seguridad tanto para el profesional como para los pacientes?	7
4.1.3. ¿Qué, cómo, cuándo y quién debería informar a un paciente, o a sus familiares, que ha sufrido un EA con consecuencias graves por error de uno o varios profesionales?	8
4.2. Sobre la mejora del apoyo jurídico a la Segunda Víctima	8
4.2.1. Respetando profundamente al paciente que ha sufrido un EA con consecuencias graves ¿qué actuaciones debe poner en práctica un centro sanitario para salvaguardar su seguridad (reputación, imagen, etc.)?	8
4.2.2. Respetando profundamente al paciente que ha sufrido un EA con consecuencias graves ¿qué actuaciones debe poner en práctica el profesional implicado para salvaguardar su seguridad?	9
4.3. Mejoras en la comunicación de crisis	10
4.3.1. ¿Qué, cómo, cuándo y quién debe informar a los medios cuando se ha producido un error que tiene como consecuencia que uno o varios pacientes sufran un EA de consecuencias graves?	10
4.3.2. Elementos de un código de conducta para quienes informan de las consecuencias y circunstancia de un EA	12
4.4. Posibles recomendaciones	13
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

1. MARCO TEÓRICO

El número de estudios sobre seguridad clínica se ha incrementado de forma exponencial en los últimos años a raíz de la publicación de: “To Err is Human: Building a Safer Health System” y “Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century”. Al poner de manifiesto que, en EE.UU., fallecían más pacientes por errores clínicos en los hospitales, que conductores en las carreteras y autopistas norteamericanas, la seguridad clínica ha sido incluida en la agenda de las autoridades sanitarias en todo el mundo.

A la hora de analizar los riesgos para la seguridad clínica existen, básicamente, tres aproximaciones. Primero, las taxonomías de efectos adversos. Segundo, los estudios de cribado y revisión de historias clínicas, que permiten determinar la frecuencia de sucesos adversos (incidentes más efectos adversos –EA-). Tercero, los estudios de percepción de pacientes sobre la seguridad clínica y la frecuencia con que sufren un efecto adverso.

Los datos apuntan a que la mayoría de las prácticas asistenciales logran los resultados esperados pero, también, que existe un porcentaje, importante por sus consecuencias, que no sólo no logra el resultado esperado sino que, además, provoca lesiones, daños o complicaciones inesperadas en el paciente (efectos adversos) por efecto directo de esa propia práctica asistencial. Los efectos adversos son debidos, en su mayoría, a fallos de sistema y procedimientos, errores involuntarios y también, en algún caso, a negligencias. Los errores de medicación y los fallos en la comunicación entre profesionales, o con el paciente, están en el origen de muchos de estos efectos adversos que consideramos evitables. En los estudios de screening, aun cuando los investigadores comparten una misma definición de efecto adverso, existen diferencias en los objetivos que se persiguen, lo que explica las diferencias en las tasas de efectos adversos identificados en hospitales (entre un 4 y un 17% en estudios retrospectivos y hasta un 31% en estudios prospectivos). En cambio, cuando se pregunta a sujetos sanos o a pacientes sobre si han experimentado algún tipo de efecto adverso, los métodos son muy distintos y los datos no son fácilmente comparables, lo que explica la horquilla tan amplia de resultados (entre un 21 y un 51% cuando se pregunta por períodos amplios de tiempo; y entre un 6 y un 13% cuando se pregunta por el último ingreso hospitalario).

Hasta ahora, el enfoque de la mayoría de los estudios sobre efectos adversos se centra en las víctimas de estos sucesos y, en concreto: conocer qué los causa; y determinar sus consecuencias clínicas, económicas y judiciales; identificar alternativas para intervenir sobre ellos y reducirlos, incrementando de este modo la seguridad clínica. El tratamiento que la prensa escrita, radio o televisión dan a las noticias sobre los efectos adversos y, en concreto, a los errores clínicos ha sido muy poco estudiada.

Los pacientes que sufren un efecto adverso en ocasiones con consecuencias irreparables constituyen las primeras víctimas. Con independencia de la reparación a

la que hubiera lugar y de la adopción de medidas para prevenir su ocurrencia en el futuro, la ocurrencia de estos sucesos suele interesar a los medios y por ende al conjunto de la sociedad. El derecho a la información se combina, en estos casos, con los derechos de los pacientes.

Ahora bien, los efectos adversos no sólo tienen consecuencias negativas para los pacientes que los sufren. También las tienen para los profesionales que se ven involucrados en ellos. A tenor de los datos de incidencia de efectos adversos encontrados en España en los estudios ENEAS y APEAS, cabe esperar que hasta un 15% de la plantilla de profesionales sanitarios se vea involucrado en un efecto adverso anualmente, lo que supone un volumen de profesionales mucho más importante de lo que inicialmente se creía.

El estudio de las consecuencias emocionales y profesionales que llegan a tener los profesionales que se ven involucrados en los efectos adversos ha pasado hasta ahora prácticamente desapercibido aunque, estas “segundas víctimas” de los efectos adversos, suponen una pérdida humana y profesional que ningún sistema de salud debería permitirse. Los programas de segundas víctimas, actualmente en fase incipiente, están dirigidos a afrontar las consecuencias personales, profesionales y familiares que conlleva un efecto adverso. En su desarrollo e implantación se trata de programas de intervención que todavía se encuentran en fase de experimentación y cuyo centro de referencia se localiza en el hospital clínico de la Universidad de Missouri (UMHC).

Por los estudios realizados en Missouri sabemos que las consecuencias personales de los efectos adversos en las segundas víctimas se caracterizan por una respuesta de ansiedad, síntomas afectivos y preocupación mórbida por su rendimiento y capacidad profesional que llega a afectar a su toma de decisiones clínicas. Esta afectación es distinta en su manifestación entre hombres y mujeres, resultando este último colectivo más vulnerable. En concreto, se han aislado como más frecuentes, reacciones de: frustración, flahsbacks, dificultades de concentración y tristeza en mujeres, mientras que en hombres es más frecuente: insatisfacción laboral, ira y frustración.

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 y muestran dudas sobre su criterio profesional que afecta a la calidad de la atención que brindan a otros pacientes.

En la afectación que sufren las segundas víctimas tienen mucho que ver factores como: consecuencias que para el paciente tiene el efecto 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.). Este tratamiento mediático ha sido muy

poco estudiado, pese a la influencia que las noticias de prensa llegan a tener en un suceso de estas características (recordemos el reciente caso del niño Ryan). La atención sanitaria no se espera que produzca daño sino que debe generar beneficios para el paciente. La ocurrencia de cualquier anomalía que contradice lo que cabe esperar alcanza notoriedad en la prensa per se. La sospecha es que la sucesiva relación de noticias por distintos medios sobre las condiciones y consecuencias en las que se produce un efecto adverso contribuye a que las consecuencias sobre las segundas víctimas sean más severas y a que la extensión del número de segundas víctimas se incremente de forma exponencial.

Según los datos aportados por la Fundación Kaiser, en EE.UU. el porcentaje de ciudadanos preocupados por la seguridad clínica es 15 puntos porcentuales superior al de americanos que declaran estar preocupados por la seguridad aérea. En este mismo país, en dos estudios publicados en 2002, se suceden la cara y la cruz de la misma moneda. En el primer estudio conducido por el profesor Blendon los errores médicos no fueron vistos como un problema importante del Sistema Sanitario Americano. En cambio, en el estudio de Robinson et al la reducción de los errores médicos fue una prioridad que merecía, para 9 de cada 10 encuestados, una especial atención por parte de las autoridades sanitarias. En Australia un 5.2% de la población, en estudios basados en encuestas como los anteriores, se han mostrado preocupados por su seguridad clínica en caso de ingreso hospitalario. Las mujeres, personas con edades entre 40 y 59 años, los residentes en una zona metropolitana y quienes tenían unos ingresos de más de 80.000 dólares australianos anuales, eran quienes mayor percepción de inseguridad tenían. Esta percepción de seguridad clínica de los ciudadanos parece como vemos muy variable. Mientras que en Europa un 48% afirman sentirse seguros en los hospitales, solo un 23.3% de australianos se consideran plenamente seguros. Las razones de esta discrepancia pueden obedecer a razones bien diversas, entre las que hay que incluir el propio enfoque de los estudios basados en encuestas.

No obstante, señalan dos cuestiones clave. La primera, que hay un importante número de personas a quienes la seguridad clínica les preocupa. La segunda, que la cercanía a un "posible" error médico despierta esta preocupación.

La mayor capacidad del paciente para participar en las decisiones que afectan a su salud, incluida la capacidad de elección de centro y de profesionales, incide probablemente en esa mayor preocupación por la calidad y por la seguridad clínica. El Instituto Picker, en su estudio sobre el perfil del paciente europeo, concluyó hace un par de años que el paciente desea cada vez más conocer más detalles acerca de su enfermedad, de las alternativas terapéuticas y de los posibles riesgos o complicaciones.

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 y, por los escasos estudios de que disponemos, sienten dudas sobre su criterio profesional que afecta a la calidad de la atención que brindan a otros pacientes. Hasta la fecha en España no se ha abordado el análisis de las situaciones que inciden en las segundas víctimas pese a la importancia que tiene en la calidad asistencial.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

En este estudio se pretendió elaborar de forma sistemática un conjunto de recomendaciones con el propósito de ayudar a directivos de centros sanitarios, responsables/ jefes de servicio o de unidad y a los propios profesionales sanitarios a adoptar decisiones y guiar sus actuaciones en el caso de ocurrencia de un evento adverso con consecuencias graves o muy graves para un paciente o conjunto de pacientes.

Concretamente, se plantearon los siguientes dominios a abordar para establecer recomendaciones:

1. Evaluar el efecto del evento adverso (EA) en profesionales sanitarios directamente implicados, y el análisis del mismo, para minimizar sus consecuencias y favorecer su reintegración práctica clínica.
2. Hacer un listado de recomendaciones acerca del qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente, o a sus familiares, víctima de EA con consecuencia graves.
3. Definir el procedimiento para informar a los medios y definir la política de comunicación en caso de EA.
4. Elaborar un protocolo para informar sobre las consecuencias y circunstancias de los EA.
5. Definir los procedimientos para proporcionar seguridad jurídica al profesional directamente involucrado en un EA desde el respeto al sufrimiento del paciente.
6. Definir los riesgos actuariales en caso de EA achacable a la intervención de los profesionales sanitarios.

3. DISEÑO DEL ESTUDIO

Este proyecto se llevó a cabo entre Noviembre de 2009 y Octubre de 2010, mediante un estudio descriptivo basado en técnicas de investigación cualitativa (figura 1).

En primer lugar, se condujo una revisión sistemática de la literatura, específicamente de literatura gris de más difícil acceso dadas las características de la temática en este estudio.

En este caso, cuyo principal objetivo era poder establecer recomendaciones para activar la red de un profesional directamente involucrado en un evento adverso, la investigación cualitativa pareció el método de trabajo más idóneo para acercarnos a esta realidad. En la actualidad las técnicas cualitativas son ampliamente utilizadas en el ámbito sanitario por resultar un excelente método para conocer las expectativas y también las experiencias de

atención y cuidados sanitarios de grupos de interés para las organizaciones sanitarias. En su organización participaron 3 médicos y 3 psicólogos con amplia experiencia en la aplicación de la técnica. Considerando el perfil multidisciplinar de los asistentes y los objetivos que se perseguían en este proyecto, se aplicó la técnica del Metaplan.

La técnica Metaplan combina elementos tanto del grupo nominal como del grupo focal. En la aplicación de la técnica, y una vez se definieron los temas a debatir utilizando una serie de cuestiones clave definidas por el equipo investigador, conforme a los objetivos especificados, con sus correspondientes preguntas racimo para guiar las sesiones de trabajo y asegurar que todos los temas relevantes para el proyecto se abordasen de forma escalonada y ordenada y seleccionados los participantes, se presentó cada una de las cuestiones clave predefinidas a los participantes para que de forma individual formularan propuestas y en grupo debatiesen sobre las mismas (se trabajó con un total de 3 grupos). Cada uno de los grupos se estructuró siguiendo un guión temático (Anexo 1) En esta fase se incluyeron una serie de cuestiones, que de forma previa habían sido establecidas por los investigadores del estudio, si éstas no hubiesen surgido de forma espontánea (preguntas racimo). Finalmente, con el objetivo de identificar aquellas ideas sobre las que existió mayor consenso, se pidió a los participantes de los 3 grupos que ponderasen cada una de las ideas propuestas y aquellas que habían surgido durante el debate a través de un sistema multivoto. Se recurrió a un sistema de votaciones personales por radiofrecuencia. El rango establecido de votaciones fue de 0 a 5 puntos, dónde el 0 significaba que no estaban de acuerdo con la idea propuesta y 5 que estaban totalmente de acuerdo con la idea propuesta. El criterio para establecer este rango de votaciones, fue el determinado por la propia aplicación radiofrecuencia que utiliza este sistema.

El reclutamiento de expertos se realizó por miembros del equipo de investigación, realizando una jornada de trabajo con 3 grupos: El primer grupo estuvo constituido por: 1 catedrático de psicología social, 1 intensivista, 1 directora de laboratorio de hospital, 1 psiquiatra y 5 responsables y técnicos en gestión de la calidad y seguridad. Un segundo grupo compuesto por: 1 preventivista en riesgos laborales, 2 gerentes de hospital, 2 directores y subdirectores generales de calidad y 5 juristas expertos en el ámbito asistencial (internos y externos). El tercer y último grupo estuvo compuesto por: 1 catedrático en ciencias de la información, 4 periodistas, 1 jefe de servicio, 1 preventivista, 1 intensivista y un gerente de Hospital. La selección de los expertos participantes seguirá el método denominado "bola de nieve". Como se puede apreciar una constante que se mantuvo en todos los grupos es la participación tanto de clínicos como de directivos expertos en temas de seguridad clínica y con conocimiento de la temática del grupo en cuestión.

Una vez aceptadas las invitaciones a los grupos de trabajo participaron un total de 28 profesionales procedentes de 11 hospitales de la Comunidad de Madrid y

Alicante, 3 medios de comunicación, 3 gabinetes jurídicos de la Comunidad de Madrid, 2 Universidades, Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y representantes del Ministerio de Sanidad y Política Social. Los grupos de trabajo tuvieron una duración aproximada de 2 horas. Las respuestas a las preguntas fueron registradas a través de una grabadora de audio, siempre contando con el permiso de los participantes.

El análisis de la información se realizó a partir de las grabaciones en las sesiones para realizar un análisis de categorías mutuamente excluyentes, intensidad de la recomendación: medida en términos de la ponderación asignada a la misma idea y grado de acuerdo calculado a partir del coeficiente de variación y la varianza. Además se incluyó una medida que determinaba el porcentaje de personas que habían priorizado con 4 ó 5 puntos esa idea, con el fin de poder comprobar la mayor valoración aportada a cada idea.

El análisis de las respuestas por categorías permitió identificar posibles actuaciones en el caso de las segundas víctimas y condujo la elaboración del documento de recomendaciones previsto. Posteriormente, expertos externos al proyecto revisaron los contenidos para asegurar su validez.

4. RESULTADOS DEL ESTUDIO

La primera fase del estudio consistía en una revisión sistemática acerca de lo que viene a ser la trayectoria de la segunda víctima, muy pocos son los trabajos previos encontrados sobre este tema. Se han encontrado en toda la literatura revisada solamente cuatro trabajos que exploran este tema. Cabe destacar como desde la Universidad de Missouri se ha descrito un modelo teórico que representa la "trayectoria" de la segunda víctima tras producirse un EA en 6 etapas. Las 4 primeras acontecen en la esfera personal de la segunda víctima, mientras que las 2 siguientes suponen un paso adelante para obtener alivio emocional buscando activamente ayuda. No obstante, se encuentra en desarrollo y requiere de un mayor análisis.

Se presentan a continuación los resultados de los grupos de trabajo respondiendo a cada una de las preguntas planteadas para finalmente presentar el documento de recomendaciones.

4.1. Mejoras en la comunicación de crisis.

En este primer grupo de trabajo lo que se intentó abordar fundamentalmente son por una parte las consecuencias personales, profesionales y familiares que pueden suponerle al profesional implicado en el evento adverso, por otra parte analizar posibles medidas de reintegración hacia el profesional que ha de enfrentarse de nuevo a los pacientes, así como determinar qué información aportar a las personas que han sufrido un evento adverso, cómo dar esa información y cuando es el momento oportuno.

Tabla 1. Consecuencias personales, profesionales y familiares que cabe esperar por parte del profesional implicado.

Criterio	Porcentaje 4 y 5	Media	Varianza	CV
Reacciones de estrés agudo: ansiedad, miedo, culpa.	77,78%	4,11	1,61	0,31
Disminución de la autoestima	55,56%	4,00	1,00	0,25
Inseguridad profesional	77,78%	3,89	1,61	0,33
Culpa	66,67%	3,78	0,94	0,26
Aprendizaje del error, cambios en la organización	55,56%	3,67	1,50	0,33
Aislamiento, retraimiento, vergüenza	55,56%	3,56	1,28	0,32
Trauma psicológico	44,44%	3,44	0,28	0,15
Conductas de evitación, negación	44,44%	3,33	1,00	0,30
Sobrecarga a la red social: familia, amigos	44,44%	3,11	1,11	0,34
Daño a la salud: dolor, adicciones	33,33%	2,89	1,61	0,44

4.1.1. Tras cometer un error que ocasiona un EA con consecuencias graves a uno o varios pacientes. ¿Qué consecuencias personales, profesionales y familiares cabe esperar por parte del profesional implicado?

Fundamentalmente estas consecuencias se traducen en consecuencias de tipo emocional con fuertes reacciones de estrés y ansiedad junto a sentimientos extremos de miedo y de culpa. A nivel profesional la inseguridad al volver a enfrentarse al trabajo o tomar este hecho como algo aislado y como un aprendizaje para que no vuelva a ocurrir “Aprender a partir de los errores” es un aspecto que se puso de manifiesto. En el ámbito familiar las consecuencias se traducen en la sobrecarga que le supone a la familia soportar emocionalmente a un profesional que ha cometido un evento adverso.

4.1.2. ¿Qué medidas deben ponerse en práctica para favorecer la reintegración hacia la actividad profesional con seguridad tanto para el profesional como para los pacientes?

En primer lugar cabe destacar que “fomentar una cultura de prevención y seguridad” desde el centro es uno de los primeros pasos que se deben dar para la reintegración hacia la actividad profesional. Como medidas de reintegración hacia el profesional se destacaron: el apoyo desde la propia dirección del centro, un análisis del evento adverso de la forma más objetiva posible, aprender a controlar las reacciones emocionales, la existencia de protocolos de apoyo hacia el profesional y la formación en afrontamiento de errores. Todas ellas, se trataron como medidas a adoptar en los centros tanto antes de suceder el acontecimiento adverso como posteriormente (prevención y tratamiento).

Tabla 2. Medidas que deben ponerse en práctica para favorecer la reintegración.

Criterio	Porcentaje 4 y 5	Media	Varianza	CV
Cultura de prevención y seguridad del paciente y del profesional sanitario	66,67	4,22	0,94	0,23
Hablar con los pacientes/familiares	77,78	4,22	0,69	0,20
Apoyo dirección	77,78	4,22	1,19	0,26
Análisis del suceso y búsqueda de soluciones	66,67	4,22	1,44	0,28
Reparar daño	88,89	4,22	0,44	0,16
Controlar las reacciones de estrés agudo: ansiedad, miedo, culpa, etc.	77,78	4,11	1,61	0,31
Incrementar la autoestima	55,56	4,00	1,00	0,25
Medidas de apoyo ante la inseguridad profesional	77,78	3,89	1,61	0,33
Sistemas protocolarizados de apoyo al profesional	77,78	3,89	1,36	0,30
Potenciar amortiguadores de culpa en profesionales	66,67	3,78	0,94	0,26
Apoyo emocional compañeros	66,67	3,78	1,44	0,32

Tabla 2. Medidas que deben ponerse en práctica para favorecer la reintegración.

Criterio	Porcentaje 4 y 5	Media	Varianza	CV
Trabajo en equipo	55,56	3,78	0,69	0,22
Formación en afrontamiento de errores	66,67	3,78	0,94	0,26
Aprendizaje del error, cambios en la organización	55,56	3,67	1,50	0,33
Ayudar a superar el aislamiento, retraimiento, vergüenza	55,56	3,56	1,28	0,32
Apoyo legal	66,67	3,56	2,53	0,45
Medidas para poder superar el trauma psicológico	44,44	3,44	0,28	0,15
Proporcionar apoyo psicológico desde el propio centro	55,56	3,44	2,53	0,46
Prevenir conductas de evitación, negación	44,44	3,33	1,00	0,30
No revictimizar, culpabilizar y aislar	44,44	3,33	1,75	0,40
No sobrecargar a la red social: familia, amigos	44,44	3,11	1,11	0,34
Prevención de posibles daños a la salud como tristeza y adicciones	33,33	2,89	1,61	0,44

4.1.3. ¿Qué, cómo, cuándo y quién debería informar a un paciente, o a sus familiares, que ha sufrido un EA con consecuencias graves por error de uno o varios profesionales?

El grupo de expertos consideró que es el médico responsable del paciente quien debe informar al paciente y familia, independientemente de que el error o la concatenación de errores implique más a otro u otros profesionales sanitarios y no sanitarios, ya que para el paciente y la familia el referente de máxima autoridad y en el que delegan la mayor confianza es el médico. No obstante se consideraron una serie de dificultades:

1.- De un lado cuando es el propio médico responsable el que ha cometido el error. En este caso debe valorarse cuestiones tales como la relación previa de confianza con el paciente y familia, la posible repercusión legal, el apoyo del servicio... y siempre que se pueda que sea el mismo quien lo comunique.

2.- La falta de entrenamiento de los profesionales sanitarios en dar malas noticias, y especialmente cuando ellos mismos pueden estar implicados en su causa. El grupo propuso que este entrenamiento se incluya en el proceso formativo.

Es el médico responsable quién debe informar y además cuánto antes, con sensibilidad, por ello es fundamental la formación en este aspecto. La dificultad viene dada porque nadie enseña a informar. Entre los asistentes al grupo no se tenía demasiado claro si la dimensión legal debía apoyar o favorecer a que el profesional sanitario pidiese disculpas. Si el error es cometido por una enfermera, actualmente es el médico responsable quién se encarga de comunicarlo, en cualquier caso lo que no se debe es personalizar el error.

3.- Sobre cuándo hacerlo existieron dos opiniones diferenciadas: por un lado hubo expertos que indicaron que debería comunicarse inmediatamente y, por otro, los que

opinan que debe informarse cuándo se tenga toda la información sobre lo sucedido. Sobre este hecho comentaron el problema de que, a veces, no puedes esperar a tener toda la información (como en el caso de muerte del paciente en el quirófano) e incluso, en algunas ocasiones esta información se da “en los propios pasillos”, sin apenas apoyo.

Aspectos como cuidar el entorno y la privacidad, ofrecer en lo posible salidas y/o soluciones al paciente y la familia, ofrecer un nuevo contacto o dar de nuevo la información, actuar con la mayor transparencia o actuar con sentido de la justicia en aspectos administrativos que les facilite una posible indemnización... fueron valorados como positivos.

4.2. Sobre la mejora del apoyo jurídico a la Segunda Víctima

En este segundo grupo de trabajo se trató de ver por una parte las actuaciones que debe poner el centro sanitario en marcha para salvaguardar su seguridad y por tanto la imagen y la reputación que ofrece el mismo y por otra parte, desde lo que viene a ser la óptica del profesional qué actuaciones debe poner en marcha para poder salvaguardar su seguridad.

4.2.1. Respetando profundamente al paciente que ha sufrido un EA con consecuencias graves ¿qué actuaciones debe poner en práctica un centro sanitario para salvaguardar su seguridad (reputación, imagen, etc.)?

Los expertos pusieron de manifiesto como una de las actuaciones fundamentales que más se repite y que mayor coincidencia entre los diferentes asistentes recibió es el hecho de “no esconderse” y hablar con el paciente, con la familia y comprometerse a analizar

profundamente el hecho. El centro debe siempre apoyar al profesional, nunca condenarlo y menos aún de forma pública, por ello es muy importante medir muy bien el mensaje público. Resulta también fundamental que se ponga en conocimiento de la compañía de seguros el daño causado a efectos de asumir las posibles responsabilidades del centro con la posibilidad de iniciar un procedimiento de responsabilidad patrimonial para valorar las responsabilidades del servicio de salud.

4.2.2. Respetando profundamente al paciente que ha sufrido un EA con consecuencias graves ¿qué actuaciones debe poner en práctica el profesional implicado para salvaguardar su seguridad?

En primer lugar cabe destacar y con un grado de acuerdo total entre todos los asistentes que quiénes destacaron que una vez ocurre un hecho con esta serie de consecuencias, lo que debe hacer el profesional en primer lugar es revisar su actuación. La formación se trata de un as-

Tabla 3. Actuaciones que debe poner en práctica un centro sanitario para salvaguardar su seguridad

Criterio	Porcentaje 4 y 5	Media	Varianza	CV
Nunca se debe engañar a la familia y al paciente	100%	5	0,00	0,00
Escuchar al profesional siempre	100%	5	0,00	0,00
Hablar con el paciente, con la familia y comprometerse a analizar profundamente el hecho	100%	4,90	0,10	0,06
Nunca esconderse	100%	4,90	0,10	0,06
Preparar y dar la información a la familia	100%	4,90	0,10	0,06
Actuar pronto, no dejarlo para demasiado tarde	90%	4,80	0,40	0,13
Nunca se debe señalar y condenar públicamente al profesional que ha cometido el error	100%	4,80	0,18	0,09
Siempre se debe investigar y corregir	100%	4,80	0,18	0,09
Nunca se han de ocultar los hechos o culpabilizar	90%	4,80	0,40	0,13
Poner en conocimiento de la compañía de seguros a efectos de asumir las posibles responsabilidades del centro y/o iniciar un procedimiento de responsabilidad patrimonial para valorar las responsabilidades del servicio de salud	90%	4,60	0,49	0,15
No ocultar la respuesta	70%	4,30	0,90	0,22
Medir bien el mensaje público	80%	4,30	2,68	0,38
Despliegue para conocer los hechos	70%	4,20	0,84	0,22
Por una parte se deben pedir disculpas que no significa asumir responsabilidades	90%	4,20	2,40	0,37
Activar y aclarar, poner en marcha los expertos clínicos y jurídicos	80%	4,20	1,07	0,25
Resolver los problemas de taxonomía	60%	3,80	1,07	0,27
Contar con una asesoría jurídica externa	40%	3,40	1,16	0,32
Siempre tratar al profesional con cariño, escucharlo y valorar su estado	50%	3,30	2,23	0,45
Preparar inmediato plan de corrección y hacerlo público	40%	3,10	2,32	0,49
Se debe asumir la responsabilidad	60%	3,00	4,67	0,72
Comunicarlo públicamente en su caso	40%	3,00	2,00	0,47
Revisar experiencias ajenas	20%	2,70	1,57	0,46
Se debe estandarizar la respuesta	30%	2,60	2,27	0,58

pecto primordial, fundamentalmente aquella más orientada hacia la comunicación del error, que ayudará al profesional a poder enfrentarse al paciente y a la familia y a no rehuirles. Una de las personas a las que comunicar los hechos una vez acontecido el error se determinó en el grupo que debería ser a su superior jerárquico o gerente en el caso. El apoyo fuera del centro se trató de otro aspecto valorado, es decir el hecho de buscar asesoría externa por si resulta que los intereses por parte del hospital resultan ser diferentes (en el caso del hospital se haría prescindible recurrir al gestor de riesgos clínicos). Es muy importante intentar darle la mayor objetividad al hecho ocurrido, poniendo orden a los hechos a partir del propio relato del profesional, reuniendo toda la documentación posible y valorando el daño causado, fundamentalmente se trata de “profesionalizar la situación por la que atraviesa”.

4.3. Mejoras en la comunicación de crisis

En el último grupo de trabajo los expertos participantes por una parte trabajaron como abordar el tratamiento de la información cuando se ha producido un evento adverso y por otra parte se intentó definir un código de buena conducta por parte de los profesionales de los medios de comunicación cuando informan de un acontecimiento de este tipo.

4.3.1. ¿Qué, cómo, cuándo y quién debe informar a los medios cuando se ha producido un error que tiene como consecuencia que uno o varios pacientes sufran un EA de consecuencias graves?

Los asistentes comentaron que antes de que se dé la información, ésta se debe centralizar para que se pueda comunicar de forma eficaz y con la mayor veracidad, comunicar eficazmente significa “que exista transparen-

Tabla 4. Actuaciones debe poner en práctica el profesional implicado para salvaguardar su seguridad.

Criterio	Porcentaje 4 y 5	Media	Varianza	CV
El profesional debe revisar su actuación	100%	5	0,00	0,00
El profesional debería tener formación en comunicar el error	100%	4,90	0,10	0,06
No mentir, ni ocultar en la investigación a su asesor	100%	4,80	0,18	0,09
No rehuir al paciente ni a la familia	90%	4,50	0,94	0,22
Se le deben proporcionar al profesional los medios y apoyo para entender el caso	80%	4,40	0,71	0,19
Poner orden a los hechos a partir de su propio relato	90%	4,40	0,93	0,22
Reunir toda la documentación: la historia clínica, las pruebas que se han realizado	70%	4,40	0,93	0,22
Que el profesional llame a su abogado (cuidado el centro puede tener intereses contrarios)	80%	4,30	0,68	0,19
Valorar el daño que ha causado	80%	4,30	0,68	0,19
A quién comunica los hechos: superior jerárquico	80%	4,30	0,68	0,19
Que no hable a solas con la familia afectada. No hablar con familia, paciente, ni terceros sin su abogado	50%	3,80	1,73	0,35
Buscar apoyo externo al hospital por si los intereses son distintos	70%	3,80	2,40	0,41
Que el profesional realice un análisis de sus posibles riesgos en la profesión y valore la oportunidad de suscribir una póliza complementaria	60%	3,70	2,46	0,42
Acudir al gestor de riesgos clínicos del centro	70%	3,60	4,27	0,57
Utilizar el término complicación/problema o sinónimo en lugar de error	60%	3,60	3,38	0,51
No culpabilizarse y no desahogarse con compañeros	50%	3,40	2,93	0,50
Intentar no pierdan los nervios	50%	3,30	2,23	0,45
Hablar con los demás profesionales, evitar respuestas personales: profesionalizar la situación que atraviesa	50%	3,10	2,10	0,47
A quién comunica los hechos: gerente	20%	2,50	1,61	0,51

cia desde el primer momento". El profesional implicado no debe ser nunca el que deba informar, sino por su parte lo que se pide es una disculpa pública de lo acontecido. El medio de comunicación además puede hacerse eco para evitar eventos adversos en el futuro. La información en cualquier caso debe ser un trabajo con-

junto del gabinete de comunicación y la dirección del centro siendo honestos con los medios y en ningún momento dando nombres del profesional implicado y que nunca sea el mismo profesional el que proporcione la información, de lo que se trata en última instancia es mantener una actitud proactiva.

Tabla 5. ¿Qué, cómo, cuándo y quién debe informar a los medios?

Criterio	Porcentaje 4 y 5	Media	Varianza	CV
Asumir responsabilidades de forma coherente sobre las consecuencias del EA producido.	88,89%	4,78	0,44	0,14
Centralizar información sobre el evento adverso para tener toda la información y comunicar eficazmente	100%	4,67	0,25	0,11
Transparencia en la información desde el primer momento	88,89%	4,56	0,53	0,16
Contrastar información con personas involucradas	100%	4,56	0,28	0,12
Disculparse ante la víctima públicamente	77,78%	4,44	1,28	0,25
Explicar medidas para evitar el EA en el futuro	88,89%	4,44	0,53	0,16
Trabajo conjunto del gabinete comunicación-Dirección del Centro	77,78%	4,33	0,75	0,20
Evitar información con una actitud defensiva	88,89%	4,33	0,50	0,16
No dar nombres que personalicen error en algún profesional concreto	66,67%	4,11	1,36	0,28
Información clara sin utilizar un lenguaje demasiado técnico	66,67%	4,11	1,36	0,28
Huir del corporativismo	66,67%	4,00	1,25	0,28
Honestidad con los medios	66,67%	3,89	0,61	0,20
Que exista un único informante, aunque en cada caso pueda variar según el tipo de EA y el Servicio o Unidad	55,56%	3,78	1,94	0,37
La información se debe dar también por escrito.	55,56%	3,78	1,19	0,29
Informar lo antes posible	55,56%	3,67	2,25	0,41
Deben informar tanto director como técnico o especialista	66,67%	3,56	1,78	0,38
Lo que no sabemos también es información. Gestionar toda la información para comunicar eficazmente	55,56%	3,56	1,53	0,35
No enterarnos por los medios de noticias relacionadas	55,56%	3,56	1,78	0,38
Adelantarse a la noticia, mantener una actitud proactiva	44,44%	3,22	2,69	0,51
Asumir error, comunicar que la medicina no es una ciencia exacta	33,33%	3,22	1,44	0,37
El profesional implicado nunca debe informar	33,33%	3,11	2,61	0,52
Estar atento al contexto y ver cómo evoluciona la opinión pública	22,22%	2,78	0,94	0,35
Que la información sea periódica	11,11%	2,67	0,50	0,27
Los "medios" no son el enemigo, asumir que realizan su trabajo y actuar con honestidad	22,22%	2,44	2,03	0,58
En ocasiones, puede ser conveniente que informe el profesional implicado	22,22%	2,44	2,03	0,58

4.3.2. Elementos de un código de conducta para quienes informan de las consecuencias y circunstancia de un EA

Se estableció una especie de código buenas prácticas cuando se da información sobre un evento adverso, estas buenas prácticas se refirieron fundamentalmente a: “contrastar la información para que posteriormente pueda ser contada”, “respeto al profesional implicado”,

“evitar el periodismo con tintes sensacionalistas”, “no permitir el intrusismo de los profesionales implicados en el periodismo”, “que los periodistas informadores sean profesionales especializados en sanidad”, “asegurarse bien de haber entendido todos los datos que forman el contexto del adverso”, “evitar el acoso por parte de los medios”, “respetar la intimidad del profesional afectado”.

Tabla 6. Elementos de un código de conducta para quienes informan de las consecuencias y circunstancia de un EA.

Criterio	Porcentaje 4 y 5	Media	Varianza	CV
Contrastar la información para luego contarla	100%	4,89	0,11	0,07
Respeto al profesional (2ª víctima)	88,89%	4,44	0,53	0,16
Evitar sensacionalismos	77,78%	4,22	1,19	0,26
No permitir el intrusismo profesional en periodismo	77,78%	4,11	1,61	0,31
Periodistas "especializados" en salud y sanidad	77,78%	4,11	0,61	0,19
Necesidad de conocer a los medios y que éstos nos conozcan – establecer puentes	77,78%	4,00	1,00	0,25
Buscar la objetividad de la noticia (no culpables)	66,67%	3,89	1,11	0,27
Asegurar haber entendido todos los datos que contextualizan el EA	55,56%	3,78	1,19	0,29
Actuar de forma prudente y con datos objetivos en las tertulias	77,78%	3,78	1,94	0,37
Consultar con expertos los datos e informaciones, incluso de otros centros	44,44%	3,44	1,28	0,33
No contribuir a crear estereotipos equívocos de profesionales sanitarios	44,44%	3,44	0,28	0,15
Actuar realmente como servicio público que presta información	44,44%	3,33	0,50	0,21
La institución “tampoco es el enemigo” y actúa también con honestidad	44,44%	3,22	1,94	0,43
Evitar acoso de los medios (colándose por el hospital y escuchando al primero que llega, sin rigor)	33,33%	3,22	0,44	0,21
La TV requiere imágenes pero debe respetarse el derecho a la intimidad de pacientes y profesionales	44,44%	3,11	1,11	0,34
Cada medio tiene distintas necesidades atendiendo a si se trata a la radio, prensa escrita o TV	44,44%	3,11	1,11	0,34
Los medios deben hacer gala de su responsabilidad social	22,22%	2,78	1,44	0,43

4.4. Posibles recomendaciones

El conjunto de recomendaciones validadas y revisadas por profesionales externos, se resumen en las siguientes:

Tabla 7. Recomendaciones.

<p>1. Favorecer la reintegración del profesional en la práctica clínica.</p> <p>a. Que el profesional implicado puede hablar tanto con pacientes como con familiares.</p> <p>b. Que el profesional implicado cuente siempre con apoyo por parte de la dirección del centro.</p> <p>c. Que se realice por parte del profesional y del centro un análisis del suceso y búsqueda de soluciones, sin revictimizar, culpabilizar o aislar.</p> <p>d. Que el profesional se sienta amparado legalmente</p>
<p>2. Qué, cómo, cuándo y quién debe informar a un paciente, o a sus familiares víctima de un EA con consecuencias graves.</p> <p>a. QUÉ: Ofrecer salidas y soluciones al paciente y a la familia, ofrecer un nuevo contacto o dar de nuevo la información, actuar con la mayor transparencia con sentido de la justicia.</p> <p>b. QUIÉN: El médico responsable del paciente quién debe informar al paciente y a la familia.</p> <p>c. CÓMO: El médico responsable debe estar formado para poder comunicar estas malas noticias.</p> <p>d. CUÁNDO: Una vez reunida toda la información sobre lo acontecido, existencia de casos en los que la información se ha de producir de forma inmediata por fallecimiento del paciente.</p>
<p>3. Definir el procedimiento para informar a los medios y definir la política de comunicación en caso de EA.</p> <p>a. La información debe estar centralizada, para que pueda ser comunicada de forma eficaz y con la mayor veracidad desde el propio gabinete de comunicación del centro.</p> <p>b. El profesional implicado no debe ser nunca el que debe informar, sino por su parte lo que se pide es una disculpa pública de lo acontecido.</p> <p>c. La información debe ser un trabajo conjunto del gabinete de comunicación y de la dirección del centro junto con el medio de comunicación.</p> <p>d. Información transparente y contrastada con las personas involucradas.</p> <p>d. Nunca debe darse el nombre del profesional implicado.</p> <p>e. El medio de comunicación debe hacerse eco para evitar eventos adversos en el futuro.</p> <p>f. Que se transmita una información clara y sin utilizar un lenguaje demasiado concreto.</p> <p>g. Que la transmisión de la información sea periódica estando atento a cómo evoluciona la misma ante la opinión pública.</p> <p>h. Crear espacios comunes entre periodistas y profesionales sanitarios cuando se produce un acontecimiento de esta envergadura.</p>
<p>4. Condiciones que se deben dar para un código de conducta para quienes informan de las consecuencias y circunstancias de un EA.</p> <p>a. Contrastar la información para que luego pueda ser contada.</p> <p>b. Respetar al profesional implicado en el evento adverso.</p> <p>c. Evitar el periodismo con tintes sensacionalistas.</p> <p>d. No permitir el intrusismo de los profesionales implicados en el periodismo.</p> <p>e. Periodistas informadores sean profesionales especializados en la sanidad.</p> <p>f. Informar con veracidad, objetividad y fuentes contrastadas, asegurarse siempre de haber entendido todos los datos que forman parte del suceso adverso.</p> <p>g. Que los medios no se conviertan en fuentes de acoso hacia el hospital, colándose en el hospital y escuchando al primero que llega sin rigor.</p>
<p>5. Definir un procedimiento para proporcionar seguridad jurídica al profesional directamente involucrado en un EA desde el respeto al sufrimiento del paciente.</p> <p>a. Nunca se debe señalar y condenar públicamente al profesional que ha cometido el error.</p> <p>b. Nunca se debe permitir al profesional que oculte los hechos acontecidos.</p> <p>c. Aclarar, activar protocolo de asistencia tanto por parte de los expertos clínicos como jurídicos.</p> <p>d. Poner en conocimiento de la compañía de seguros a efectos de asumir las posibles responsabilidades del centro y/o iniciar un procedimiento de responsabilidad patrimonial para valorar las responsabilidades del servicio de salud.</p> <p>e. Apoyar al profesional en el hecho de pedir disculpas que no implica el asumir la responsabilidad.</p>

Tabla 7. Recomendaciones (cont.)

6. Actuaciones que debe llevar el profesional una vez acontecido el evento adverso.
<p>a. El profesional debe en primer lugar revisar su actuación, reuniendo toda la documentación, poniendo orden a los hechos a partir del propio relato.</p> <p>b. Comunicar los hechos al superior jerárquico.</p> <p>c. Que el profesional cuente con apoyo externo del hospital por si los intereses son distintos.</p> <p>d. Que el profesional acuda al gestor de riesgos clínicos del centro.</p> <p>e. Que el profesional hable con el resto de profesionales para evitar respuestas personales, profesionalizar la situación que atraviesa.</p>

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ, Orozco D y grupo de trabajo APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. APEAS 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Aranaz JM^a, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clíin (Barc)*. 2004; 123: 21-5.
- Aranaz JM^a, Aibar C, Vitaller J. y Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy - the price we pay -. *JAMA*. 1955; 159:1452.
- Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, et al. Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors. *N Engl J Med*. 2002;12;347:1933-40.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324:370-6.
- Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med* 1992;7:424-31.
- Commission européenne. Les erreurs médicales. Eurobaromètre Special 241. Janvier 2006. [consultado 12 March 2007]. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/documents/eb_64_fr.pdf
- Estudios de mayor repercusión fuera y dentro de España sobre frecuencia de efectos adversos en hospitales y Atención Primaria.
- Goldberg RM, Kuhn G, Andrew LB, et al. Coping with medical mistakes and errors in judgment. *Ann Emerg Med* 2002;39:287-92.
- Hilfiker D. Facing our mistakes. *N Engl J Med* 1984;310:118-22.
- Kaiser Family Foundation. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation/ Agency for Healthcare Research and Quality, 2000. [consultado 12 March 2007]. Disponible en: [index.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=13571](http://www.kff.org/kaiserpolls/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=13571).
- Mira JJ, Aranaz JM, Vitaller J, Ziadi M, Lorenzo S, Rebasa P, Aibar C. Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(Supl 3):26-32.
- Mira JJ, et al. Noticias de prensa sobre errores clínicos y sensación de seguridad al acudir al hospital. *Gac Sanit*. 2009. doi:10.1016/j.gaceta.2009.05.011
- Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med* 1996;5:71-5.
- Robinson AR, Hohmann KB, Rifkin JI, Topp D, Gilroy CM, Pickard JA et al. Physician and Public Opinions on Quality of Health Care and the Problem of Medical Errors. *Arch Intern Med*. 2002 28;162:2186-90.
- 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.
- Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007;33:467-76.
- White AA, Waterman A, McCotter P, Boyle D, Gallagher TH. Supporting health care workers after medical error: considerations for health-care leaders. *J Clin Outcomes Management*. 2008; 15: 240-7.
- Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ*. 2000; 320:726-7.

Conflicto de intereses

Los autores hemos recibido ayuda económica de FUNDACIÓN MAPFRE para la realización de este proyecto. No hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial o de FUNDACIÓN MAPFRE.