

La comunicación franca con el paciente víctima de un evento adverso

Alumna: Irene Carrillo Murcia

Tutora: Mercedes Guilabert Mora



Resumen

Antecedentes: A pesar de que los pacientes tienen derecho a conocer los eventos adversos (EA) que se producen durante su asistencia sanitaria, los profesionales no siempre les ofrecen esta información debido a las múltiples barreras que encuentran. **Objetivo:** Conocer las prácticas de comunicación de EA que se llevan a cabo con los pacientes en nuestro entorno sanitario y determinar las variables que favorecen y dificultan dicha comunicación. **Método:** Se diseñó y administró una encuesta online a un total de 1.036 profesionales sanitarios procedentes de centros de salud (n = 593) y hospitales (n = 439) de ocho comunidades autónomas. **Resultados:** El 38,6% (n = 374) de los participantes afirmó que en su institución se promovía la comunicación sistemática de los EA a los pacientes. El 41,4% (n = 420) de los profesionales había comunicado un EA a un paciente recientemente y el 18,5% (n = 185) había recibido formación para llevar a cabo este tipo de comunicación. La probabilidad estimada de sentir miedo a las consecuencias legales tras un EA fue de 7,7 en una escala de 0 a 10. La comunicación de los EA como práctica extendida en la institución redujo el miedo al litigio y aumentó la probabilidad de que se informase del evento al paciente y de que se le pidiese disculpas. **Conclusiones:** Es necesario promover una cultura de seguridad que fomente la comunicación franca de los EA a los pacientes y dé respuesta a las necesidades de formación de los profesionales sanitarios a este respecto.

Palabras clave: comunicación franca, eventos adversos, seguridad del paciente, atención primaria, hospitales

Abstract

Background: In spite of patients have the right to know the adverse events (AEs) that take place during their healthcare, caregivers do not always give them this information due to multiples barriers. **Objective:** To know communication practices of AEs carried out by caregivers with patients in Spain and to determine what variables favour or hinder this kind of communications. **Method:** An online survey was designed and provided to a total of 1036 caregivers from primary care (n = 593) and hospitals (n = 439) of eight Spanish autonomous regions. **Results:** A 38.6% of caregivers reported that their institutions fostered systematic communication of AEs to patients. A 41.4% of caregivers had communicated an AE to a patient recently and an 18.5% had been trained to open disclosure. The estimated likelihood of feeling fear of the legal consequences was 7.7 using a 0 to 10 scale. Open disclosure of AEs like a widespread practice at own institution reduced the fear of litigation and increased the likelihood of informing about the event to patient and of apologising to him. **Conclusions:** It is necessary to encourage a safety culture that fosters open disclosure of AEs to patients and meets caregivers' training needs in this regard.

Keywords: truth disclosure, adverse events, patient safety, primary care, hospitals

Introducción

La asistencia sanitaria se considera una práctica de riesgo y propensa al error (White & Gallagher, 2013) debido tanto a sus propias características como a las del entorno en el que se lleva a cabo, entre las que se incluyen la complejidad, la incertidumbre, la presión de tiempo, la variabilidad, el desarrollo tecnológico y la limitación de recursos (Denham, 2007). Por ello, no es de extrañar que con cierta frecuencia se produzcan eventos adversos (EA) o daños al paciente que son inesperados y que resultan de la actividad asistencial y no de su condición de salud. Estos daños pueden ser o no evitables y no siempre están asociados a error clínico sino que también pueden ser debidos a otras causas como deficiencias en el sistema (WHO, 2009). No cabe duda de que cuando se produce un evento de estas características la primera y principal víctima es el paciente afectado y su familia, sin embargo se ha visto que con frecuencia el EA también puede tener un importante impacto emocional sobre el profesional sanitario implicado (segunda víctima) (Wu, 2000; Scott et al., 2009) y afectar a la reputación de la institución sanitaria (tercera víctima) (Denham, 2007).

Investigaciones internacionales indican que la prevalencia de EA oscila entre el 2,9 y el 16,6% (White & Gallagher, 2013; Aranaz-Andrés et al., 2011a). En España, según el estudio ENEAS (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006; Aranaz-Andrés et al., 2008) la incidencia de pacientes con EA en hospitales es del 9,3% y según el informe APEAS (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008; Aranaz-Andrés et al., 2011b), su prevalencia en atención primaria es del 11,18%. Por otra parte, estudios estadounidenses determinan que entre el 10,4 y el 43,3% de los profesionales sanitarios sufren como segundas víctimas alguna vez a lo largo de su trayectoria profesional (Seys et al., 2013). En nuestro país, Mira et al. (2015) han encontrado recientemente que el 62,5% de los profesionales de atención primaria y el 72,5% de los de hospitales han vivido esta experiencia en primera persona o a través de un compañero. Uno de los aspectos que puede incrementar el malestar que experimentan estos

profesionales es tener que afrontar la difícil y estresante situación de informar de lo ocurrido al paciente afectado o a su familia (Waterman et al., 2007; Seys et al., 2013). Este proceso se conoce como *open disclosure* o comunicación franca al paciente víctima de un EA.

Es bien sabido que los pacientes tienen derecho a conocer los EA que se producen durante su asistencia (O'Connor, Coates, Yardley & Wu, 2010; Wu, Boyle, Wallace & Mazor, 2013). No obstante numerosos estudios se han interesado en conocer las preferencias de los usuarios del sistema sanitario cuando se ven involucrados en esta situación. La literatura disponible sugiere que la mayoría de los pacientes desea recibir información sobre lo que ha ocurrido (O'Connor et al., 2010), y en concreto esperan que esta comunicación incluya los siguientes elementos: declaración explícita de que se ha producido un EA o resultado negativo inesperado, descripción de los hechos y del contexto en el que se produjeron (qué, cómo, cuándo y por qué), información acerca de las posibles implicaciones para su salud (secuelas, tratamientos adicionales, etc.) y también de las de tipo económico, reconocimiento de responsabilidad, petición de disculpa y expresión sincera de un sentimiento de pesar por lo sucedido, e información sobre la investigación en curso para determinar en detalle lo ocurrido (en su caso) y sobre las medidas que se van a adoptar para que no se vuelva a producir un evento similar en el futuro (Mastroianni, Mello, Sommer, Hardy, Gallagher, 2010; O'Connor et al., 2010; Lu, Guenther, Wesley & Gallagher, 2013; White & Gallagher, 2013; Wu et al., 2013). Para que la conversación de revelación resulte satisfactoria para el paciente es especialmente importante que éste entienda la información que se le ofrece, que se sienta comprendido y que perciba que el profesional está siendo sincero. Por ello, es recomendable que el responsable de llevar a cabo dicha conversación utilice un lenguaje sencillo y adaptado al paciente y mantenga una actitud empática (White & Gallagher, 2013; Wu et al., 2013).

La comunicación de los EA a los pacientes respeta su autonomía y apoya la toma de decisiones informada (Lu et al., 2013; Lipiria & Gallagher, 2014) lo que, además de ser un

aspecto deseado, se convierte en obligatorio en los casos en los que, a causa del EA, el paciente requiere un tratamiento adicional que exige la aplicación del consentimiento informado (información y discusión de riesgos y beneficios con anterioridad a la ejecución del procedimiento médico) (O'Connor et al., 2010; White & Gallagher, 2013). Por otra parte, una adecuada comunicación de lo sucedido puede reforzar la confianza del paciente en el profesional (O'Connor et al., 2010; Lu et al., 2013) al comprobar que recibe información completa y sincera sobre su proceso asistencial incluso cuando los resultados no son los esperados. Por el contrario, el descubrimiento tardío del evento podría deteriorar la relación paciente-profesional sanitario (O'Connor et al., 2010; White & Gallagher, 2013) y provocar la solicitud de un cambio de médico. La comunicación franca de los EA también permite la búsqueda justa de compensaciones en los casos en los que el paciente no es consciente de que el daño que ha sufrido ha sido consecuencia de la asistencia sanitaria (O'Connor et al., 2010; Lu et al., 2013; White & Gallagher, 2013; Lipiria & Gallagher, 2014). Asimismo, la conversación de revelación es una buena oportunidad para pedir disculpas al paciente, lo que además de satisfacer sus expectativas puede ayudar al profesional a afrontar mejor el EA y a resolver su sentimiento de culpa (Schwappach & Boluarte, 2008; O'Connor et al., 2010; Lu et al., 2013). Una de las razones esenciales para el *open disclosure* es que, al exigir al profesional la realización de un análisis crítico de lo sucedido previo a la conversación con el paciente, promueve la notificación del EA lo que a su vez contribuye a la reducción de riesgos y a la mejora de la seguridad del paciente (O'Connor et al., 2010; Lu et al., 2013). Otro beneficio que puede derivarse de la comunicación del EA es la adopción de un rol más activo por parte del paciente en el cuidado de su salud tras tomar conciencia de que la asistencia sanitaria no está exenta de riesgos.

A los evidentes beneficios que la comunicación de los EA aporta y a las expectativas del paciente antes descritas se suma el hecho de que la mayoría de los profesionales sanitarios

están de acuerdo con que los EA deben ser revelados a quienes los sufren (Gallagher et al., 2006; Loren et al., 2010), sin embargo existe una brecha entre estos deseos y actitudes y la práctica real del *open disclosure* (O'Connor et al., 2010; Lu et al., 2013; Lipiria & Gallagher, 2014; White & Gallagher, 2013; Wu et al. 2013). Según los trabajos publicados sobre el tema, la mayoría de las veces que se comunica un EA al paciente se hace de manera parcial, lo que implica: describir el incidente sin dejar claro que éste fue la causa del daño sufrido por el paciente, insinuar que el daño ha sido resultado de la condición de salud de éste o mencionar el EA pero sin afirmar de manera explícita que se ha producido un incidente (O'Connor et al., 2010). Asimismo, cuando se pregunta a los profesionales por su intención de comunicar los EA en situaciones hipotéticas, se confirma el no cumplimiento de las expectativas de los pacientes (Gallagher et al., 2006; Loren et al., 2010).

Esta falta de correspondencia entre lo esperado y la práctica real se debe a que los profesionales encuentran múltiples barreras a la hora llevar a cabo esta comunicación. El principal obstáculo es el miedo a las consecuencias legales que se deriva de la posibilidad de que el paciente utilice la expresión de disculpa del profesional como prueba de responsabilidad o de reconocimiento de culpa en una demanda por mala praxis (Loren et al., 2010; O'Connor et al., 2010; de Wit, Marks, Natterman & Wu, 2013; Lu et al., 2013; Wu et al., 2013; Lipiria & Gallagher, 2014; Giraldo et al., 2015). Aproximadamente dos tercios de los EE.UU y algunas regiones de Canadá cuentan con las denominadas “leyes de disculpa” que no permiten que estas expresiones de disculpa sean utilizadas en litigios (Mastroianni et al., 2010; Wu et al., 2013). En España, a pesar de la inexistencia de este tipo de protección legal, Giraldo et al. (2015) encontraron, en una consulta realizada a 46 expertos en derecho sanitario-bioética, que el 82,6% se mostró a favor de incluir una disculpa en la conversación de revelación y el 65,2% afirmó que la comunicación del error no devengaría responsabilidad profesional. Por otra parte, estudios internacionales indican que la comunicación franca de los

EA a los pacientes lejos de aumentar la probabilidad de demanda, puede incluso reducirla (O'Connor et al., 2010; White & Gallagher, 2013; Lipiria & Gallagher, 2014) ya que se ha visto que ante la ausencia o inadecuación de dicha comunicación algunos usuarios encuentran la vía legal como única opción para averiguar lo ocurrido (Lu et al., 2013). También se ha constatado que esta práctica puede producir un aumento del número de litigios pero junto con una disminución del coste económico asociado a los mismos (O'Connor et al., 2010; Lipiria & Gallagher, 2014). No obstante, no se puede afirmar que la revelación completa y sincera del EA garantice la ausencia de demanda posterior ya que hay otros factores que influyen en el inicio de acciones legales (Lipiria & Gallagher, 2014) como son la naturaleza del daño (evitabilidad-error) y la gravedad del mismo (Wu et al., 2013).

Además del miedo a las consecuencias legales, se han identificado muchas otras barreras que reducen la probabilidad de que se lleve a cabo el *open disclosure*, entre ellas: temor a posibles acciones disciplinarias, miedo a la suspensión temporal o definitiva de la actividad profesional, miedo al deterioro de la relación con el paciente y a la pérdida de reputación entre los usuarios el sistema sanitario y entre los compañeros de trabajo, preocupación por la falta de apoyo institucional y por parte de los iguales derivada de la existencia de una cultura pobre de seguridad y de la ausencia de normas que apoyen este tipo de comunicación, falta de formación, miedo a la posible reacción negativa del paciente, malestar emocional asociado a la comunicación de noticias difíciles, y pensar que el paciente no desea conocer lo sucedido, que no va a entender la información o que ésta no le va a aportar ningún beneficio (Gallagher et al., 2006; Loren et al., 2010; Lu et al., 2013; White & Gallagher, 2013; Wu et al., 2013; Lipiria & Gallagher, 2014; Giraldo et al., 2015).

En España apenas hay estudios que exploren las actitudes de los profesionales sanitarios hacia la comunicación de los EA a las primeras víctimas. El objetivo general de este trabajo es conocer la realidad de nuestro entorno en relación con las prácticas de comunicación de los

EA a los pacientes que los sufren y a sus familias. A nivel específico se plantean los siguientes objetivos: a) conocer en qué medida la cultura de seguridad de los centros sanitarios de nuestro entorno reúne prácticas y creencias que favorecen la comunicación franca de los EA a los pacientes; b) determinar la probabilidad esperada por los profesionales sanitarios de que tras la ocurrencia de un EA se informe y pida disculpas al paciente y de que aparezcan ciertas barreras que dificultan esta comunicación; c) conocer la experiencia previa de los profesionales en relación con el fenómeno de las segundas víctimas, la comunicación franca con el paciente y las reacciones de éste; d) determinar si existen diferencias en las variables estudiadas en función del nivel asistencial (atención primaria y hospital) y del perfil profesional (médico y enfermería); y e) determinar qué aspectos de la cultura de seguridad y de la experiencia previa aumentan la probabilidad esperada de informar al paciente que sufre un EA y de que aparezcan los temores que obstaculizan dicha comunicación. La revisión de la literatura realizada permite establecer la siguiente hipótesis general: la mayoría de las instituciones sanitarias carecerá de medidas que fomenten entre el personal sanitario la comunicación franca de los EA al paciente y gran parte de los profesionales encontrará barreras a dicha comunicación.

Método

Participantes

En este estudio participaron un total de 1.036 profesionales sanitarios, seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado, procedentes de centros de atención primaria y hospitales de Andalucía, Aragón, Castilla La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y País Vasco.

La muestra estuvo compuesta por 541 médicos (52,2%) y 495 enfermeros (47,8%). El 71,8% (n = 739) de los participantes eran mujeres, el 57,6% (n = 597) ejercía su actividad

profesional en centros de atención primaria y el 98,5% (n = 1.018) tenía más de tres años de experiencia en el ámbito sanitario. La Tabla 1 recoge la distribución de la muestra para cada una de las variables sociodemográficas estudiadas en función del nivel asistencial.

Tabla 1. *Características de la muestra*

	Nivel asistencial	
	Atención primaria n (%)	Hospitales n (%)
Edad		
Hasta 30 años	10 (1,7)	21 (4,8)
Entre 31 y 50 años	302 (50,8)	258 (58,8)
Entre 51 y 70 años	283 (47,6)	160 (36,4)
Sexo		
Hombre	148 (25,0)	142 (32,5)
Mujer	444 (75,0)	295 (67,5)
Perfil profesional		
Médico/a	332 (55,6)	209 (47,6)
Enfermero/a	265 (44,4)	230 (52,4)
Años de experiencia profesional		
Menos de 1 año	1 (0,2)	5 (1,1)
Entre 1 y 3 años	1 (0,2)	8 (1,8)
Más de 3 años	592 (99,7)	426 (97,0)
Servicio o unidad		
Médicos	-	175 (40,5)
Quirúrgicos	-	87 (20,1)
Centrales	-	73 (16,9)
Otros	-	97 (22,5)

VARIABLES E INSTRUMENTOS

Se utilizó una encuesta ad hoc (Anexo 1) diseñada a partir de la revisión de la literatura científica disponible sobre el fenómeno de las segundas víctimas y sobre la comunicación franca al paciente víctima de un EA. Este instrumento constaba de un total de 20 ítems agrupados en cinco categorías:

- *Cultura de seguridad* (6 ítems): prácticas y creencias comunes en el propio centro sanitario en relación con el apoyo proporcionado al profesional que sufre como

segunda víctima y con la comunicación de los EA a los pacientes afectados y a sus familias. Se utilizó una escala de respuesta Likert con 5 niveles para expresar el grado de acuerdo con el ítem evaluado: 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ni de acuerdo/ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo, y 5 = totalmente de acuerdo.

- *Sucesos esperables tras la ocurrencia de un EA en relación con la comunicación franca al paciente* (6 ítems): información y disculpa al paciente víctima de un EA y temores y dificultades a la hora llevar a cabo dicha comunicación. Se empleó una escala numérica de 0 a 10, donde 0 equivalía a “nada frecuente” y 10 a “muy frecuente”.
- *Vivencias previas (últimos cinco años) relacionadas con la ocurrencia de EA* (3 ítems): impacto emocional y laboral sobre el profesional implicado en el evento y experiencia personal de haber informado de un EA al paciente afectado o a su familia. Se utilizó una escala de respuesta dicotómica (Sí/No).
- *Consecuencias y reacciones del paciente observadas tras la comunicación de un EA* (4 ítems): aceptación de las explicaciones, deterioro de la relación profesional-paciente, interposición de una demanda y respuesta agresiva. La escala de respuesta utilizada fue dicotómica (Sí/No).
- *Interés por recibir formación en open disclosure* (1 ítem): Se empleó una escala de respuesta dicotómica (Sí/No).

Se optó por plantear la mayoría de los ítems haciendo referencia tanto a la propia experiencia como a la de un compañero para evitar el sesgo de deseabilidad social y facilitar que los participantes fuesen sinceros en sus respuestas sin que se viese afectada su percepción de confidencialidad.

Procedimiento

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal mediante encuesta online. Se designaron ocho responsables, uno por cada comunidad autónoma participante, encargados de difundir el enlace de la encuesta online y de promover la respuesta entre los profesionales sanitarios de centros de atención primaria y de hospitales de su autonomía. La invitación a responder a la encuesta iba acompañada de un documento en el que se explicaba el propósito del estudio y el carácter voluntario de la participación y se aseguraba el anonimato de las respuestas. Para garantizar este aspecto el acceso a la encuesta se configuró de modo que todos los participantes de una misma comunidad autónoma utilizaban la misma contraseña. El periodo de estudio estuvo comprendido entre mayo y julio de 2014. Durante el mismo se realizaron tantos recordatorios como fueron necesarios para motivar la cumplimentación de la encuesta en función de la tasa de respuesta alcanzada en cada una de las comunidades autónomas participantes.

En el encabezado de la encuesta se incluyó la siguiente definición de *EA con consecuencias graves* para garantizar que todos los participantes interpretaban este término en la misma dirección a la hora de responder a la encuesta: “suceso imprevisto e inesperado que causa en un paciente (o conjunto de pacientes) un daño difícil de reparar (que requiere un nuevo tratamiento con resultado incierto, un ingreso hospitalario o una prolongación del mismo), o que resulta irreparable (cirugía en sitio equivocado, incapacidad permanente o muerte) y que es consecuencia de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente”.

Análisis de los datos

Se realizaron análisis descriptivos en términos de frecuencias y medias. Para comprobar si existían diferencias en las variables de estudio en función del nivel asistencial y del perfil

profesional se utilizó la prueba chi-cuadrado en el caso de las variables no continuas (vivencias previas relacionadas con la ocurrencia de EA, consecuencias y reacciones del paciente observadas tras la comunicación de un EA e interés en recibir formación) y se realizaron análisis ANOVA de dos factores en el caso de las variables cuantitativas (cultura de seguridad y sucesos esperables tras la ocurrencia de un EA en relación con la comunicación franca al paciente). Se llevaron a cabo análisis de regresión logística para determinar qué variables hacían más probable que tras la ocurrencia de un EA se informase de lo sucedido al paciente afectado, se incluyese una disculpa en dicha comunicación, y apareciesen los distintos temores analizados y que, según la literatura, pueden actuar como barreras a la comunicación franca con el paciente. Para la codificación de los datos y la realización de los análisis descritos se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 22 asumiéndose un nivel de confianza del 95% en la aplicación de las pruebas estadísticas.

Resultados

Cultura de seguridad

En cuanto a la ayuda recibida por los profesionales que sufren como segundas víctimas, el 15,8% (n = 126) de los participantes afirmó que su institución ofrecía apoyo formal y especializado al profesional emocionalmente afectado y el 48,3% (n = 468) que los compañeros de trabajo proporcionaban apoyo informal en estos casos. La práctica sistemática de informar de un EA al paciente afectado o a su familia fue común en el 38,6% (n = 374) de los casos y sólo un 18,5% (n = 185) de los participantes había recibido formación sobre cómo llevar a cabo dicha comunicación. En relación con las creencias compartidas por el personal de la propia institución, el 39,5% (n = 400) pensaba que informar a un paciente de un EA podía provocar una reacción muy negativa que afectase a su relación posterior con los

profesionales que le atienden y el 36,5% (n = 369) que informar a los pacientes de EA que no tienen repercusión relevante en su tratamiento ocasiona alarmas innecesarias.

El personal de enfermería fue más propenso que el de medicina a afirmar que en su institución se ofrecía apoyo psicológico a la segunda víctima (Media = 2,33, DT = 1,18 vs. Media = 2,11, DT = 1,05, $p = 0,003$). Asimismo, la creencia de que informar a los pacientes de un EA puede deteriorar la relación posterior con el personal asistencial y la de que la comunicación de EA leves ocasiona alarmas innecesarias fueron más comunes entre los enfermeros que entre los médicos (Media = 3,09, DT = 1,13 vs. Media = 2,89, DT = 1,09, $p = 0,009$; y Media = 2,99, DT = 1,12 vs. Media = 2,81, DT = 1,11, $p = 0,023$ respectivamente). En esta última creencia también se hallaron diferencias estadísticamente significativas por nivel asistencial, siendo mayor en hospitales que en atención primaria (Media = 2,98, DT = 1,15 vs. Media = 2,83, DT = 1,09, $p = 0,046$), sin embargo no se encontró efecto de la interacción (Tabla 2).

Sucesos esperables tras la ocurrencia de un EA en relación con la comunicación franca al paciente

Open disclosure. La probabilidad esperada (en escala de 0 a 10) de informar del EA al paciente víctima del mismo o a su familia fue de 5,92 (DT = 2,5) y la de pedirles disculpas de 6,57 (DT = 2,64). Asimismo, la frecuencia estimada de esta última fue más alta entre el personal de centros de atención primaria que entre el de hospitales (Media 6,98, DT = 2,35 vs. Media = 6,02, DT = 2,92, $p = 0,000$) (Tabla 3).

Temores y consecuencias negativas esperadas tras el open disclosure. La frecuencia estimada del miedo a afrontar las consecuencias legales y del temor a la pérdida de prestigio profesional tras la ocurrencia de un EA fue media-alta (Media = 7,71, DT = 7,04 y Media = 7,04, DT = 2,34 respectivamente). Los médicos fueron más propensos a estimar una mayor

Tabla 2. Diferencias de medias (DT) en cultura de seguridad en función del nivel asistencial y del perfil profesional

En mi centro de salud/hospital...	Atención Primaria	Hospitales	F		NAxPP
			Nivel asistencial (NA)	Perfil profesional (PP)	
Apoyo psicológico a la segunda víctima por parte de la institución					
Médicos	2,13 (1,02)	2,06 (1,09)	0,51	8,66*	0,03
Enfermeros	2,35 (1,14)	2,31 (1,22)			
Formación sobre cómo informar a un paciente de un EA					
Médicos	2,11 (1,07)	2,13 (1,14)	0,07	1,53	0,00
Enfermeros	2,20 (1,14)	2,22 (1,20)			
En mi institución siempre se le informa del EA al paciente o a su familia					
Médicos	2,97 (1,05)	2,95 (1,17)	1,19	1,88	0,75
Enfermeros	3,13 (1,10)	2,77 (1,15)			
Informar a los pacientes de EA leves ocasiona alarmas innecesarias					
Médicos	2,74 (1,10)	2,92 (1,12)	3,98*	5,17*	0,30
Enfermeros	2,94 (1,08)	3,04 (1,17)			
Informar a un paciente de un EA puede provocar una reacción muy negativa que afecte a su relación posterior con los profesionales sanitarios					
Médicos	2,84 (1,09)	2,96 (1,10)	0,01	6,91*	3,10
Enfermeros	3,15 (1,08)	3,02 (1,18)			
Apoyo a la segunda víctima por parte del equipo					
Médicos	3,10 (1,07)	3,29 (1,07)	1,94	2,50	1,55
Enfermeros	3,30 (1,04)	3,31 (1,16)			

DT = desviación típica

*Significativo para $p < 0,05$

Escala de 1 a 5 (donde 1 = totalmente en desacuerdo y 5 = totalmente de acuerdo)

Tabla 3. *Diferencias de medias (DT) en acciones y temores esperables tras la ocurrencia de un EA en función del nivel asistencial y del perfil profesional*

En caso de que se produjera un EA, en qué medida cree que podría suceder...	Atención Primaria	Hospitales	F		
			Nivel asistencial (NA)	Perfil profesional (PP)	NAxPP
Informar al paciente o a sus familiares del EA					
Médicos	5,98 (2,14)	5,97 (2,73)	3,44	0,76	3,08
Enfermeros	6,12 (2,41)	5,55 (2,83)			
Pedirle disculpas al paciente (o a sus familiares)					
Médicos	6,91 (2,25)	6,10 (2,91)	34,16*	0,00	0,81
Enfermeros	7,06 (2,46)	5,95 (2,93)			
Tener miedo a afrontar las consecuencias legales					
Médicos	7,96 (1,90)	7,80 (2,01)	0,94	7,11*	4,61*
Enfermeros	7,32 (2,24)	7,73 (2,19)			
Tener miedo a perder el prestigio profesional					
Médicos	7,17 (2,18)	6,63 (2,44)	0,91	2,80	7,28*
Enfermeros	7,02 (2,37)	7,27 (2,41)			
No saber cómo informar del EA al responsable clínico del centro/hospital					
Médicos	5,42 (2,75)	5,45 (2,79)	1,00	0,49	1,38
Enfermeros	5,51 (2,59)	5,13 (2,71)			
Tener conflictos con otros profesionales (reproches o críticas)					
Médicos	4,56 (2,73)	5,02 (2,63)	10,90*	0,96	0,38
Enfermeros	4,63 (2,50)	5,29 (2,78)			

DT = desviación típica

*Significativo para $p < 0,05$

Escala de 0 a 10 (donde 0 = nada frecuente y 10 = muy frecuente)

frecuencia del miedo a afrontar las consecuencias legales que el personal de enfermería (Media = 7,90, DT = 1,94 vs. Media = 7,51, DT = 2,23, $p = 0,008$). Asimismo se observó efecto de la interacción entre el nivel asistencial y el perfil profesional de modo que en el colectivo de los médicos la probabilidad estimada para el miedo a afrontar las consecuencias legales fue mayor en los de atención primaria que en los de hospitales (Media = 7,96, DT = 1,90 vs. Media = 7,80, DT = 2,01, $p = 0,032$) y en el colectivo del personal de enfermería la relación fue a la inversa, mayor en los profesionales de hospitales que en los de centros atención primaria (Media = 7,73, DT = 2,19 vs. Media = 7,32, DT = 2,24, $p = 0,032$). Este mismo efecto de la interacción se observó también en el caso del miedo a la pérdida de prestigio profesional (colectivo médicos: Media = 7,17, DT = 2,18 vs. Media = 6,63, DT = 2,44; colectivo enfermería: Media = 7,27, DT = 2,41 vs. Media = 7,02, DT = 2,37; $p = 0,007$) (Tabla 3).

Otras barreras a la comunicación y consecuencias de la implicación en EA. No saber cómo informar del EA al responsable clínico del centro de salud u hospital y tener conflictos con otros profesionales (reproches o críticas) recibieron una frecuencia estimada de 5,39 (DT = 2,71) y 4,83 (DT = 2,68) respectivamente. Los participantes procedentes de hospitales consideraron más probable que tras la participación en un EA surgiesen conflictos con otros profesionales que los que trabajaban en centros de atención primaria (Media = 5,16, DT = 2,71 vs. Media = 4,59, DT = 2,63, $p = 0,001$) (Tabla 3).

Vivencias previas (últimos cinco años) relacionadas con la ocurrencia de EA

Impacto emocional y laboral. Los porcentajes de quienes afirmaron haber conocido, en los últimos cinco años, casos de profesionales que, a causa de su participación en un EA, lo habían pasado muy mal emocionalmente y habían sufrido problemas laborales fueron respectivamente, 69,1% ($n = 697$) y 29,7% ($n = 299$). La vivencia del malestar emocional

propio de la experiencia como segunda víctima, bien en primera persona o bien a través de un colega, fue significativamente más frecuente, por un lado, en médicos que en enfermeros (Tabla 4) y, por el otro, en los participantes procedentes de hospitales que en los de centros de atención primaria (Tabla 5).

Experiencia personal previa en open disclosure. El 41,4% (n = 420) de los participantes se habían enfrentado en los últimos cinco años a la tarea de comunicar a un paciente o a sus familiares que había sufrido un EA. Esta experiencia fue más frecuente en médicos que en enfermeras (Tabla 4) y en profesionales de hospitales que de atención primaria (Tabla 5).

Tabla 4. *Diferencias en consecuencias para la segunda víctima e información al paciente en los últimos cinco años en función del perfil profesional*

	Médicos	Enfermeros	χ^2 (p)
He conocido casos de profesionales que lo han pasado muy mal emocionalmente a raíz del EA a un paciente	385 (73,5)	312 (64,3)	9,858 (0,002)*
He conocido casos de profesionales que han sufrido problemas laborales a causa de un EA	163 (31,2)	136 (28,1)	1,133 (0,287)
Personalmente he tenido la experiencia de tener que informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA	288 (54,6)	132 (27,0)	79,569 (0,000)*

n (%) de Sí

*Significativo para p<0,05

Tabla 5. *Diferencias en consecuencias para la segunda víctima e información al paciente en los últimos cinco años en función del nivel asistencial*

	Atención Primaria	Hospitales	χ^2 (p)
He conocido casos de profesionales que lo han pasado muy mal emocionalmente a raíz del EA a un paciente	372 (64,4)	325 (75,4)	14,104 (0,000)*
He conocido casos de profesionales que han sufrido problemas laborales a causa de un EA	171 (29,7)	128 (29,6)	0,001 (0,970)
Personalmente he tenido la experiencia de tener que informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA	221 (38,1)	199 (45,7)	5,987 (0,014)*

n (%) de Sí

*Significativo para p<0,05

Consecuencias y reacciones del paciente observadas tras la comunicación de un EA

La reacción del paciente más frecuentemente observada por los participantes tras la comunicación de un EA fue la aceptación de las explicaciones con un 86,7% (n = 750), seguida del deterioro de la relación profesional sanitario-paciente con un 26,5% (n = 226), de la interposición de una demanda con un 17,7% (n = 149) y, por último, de una respuesta agresiva con un 15,8% (n = 133). Esta última reacción fue observada con más frecuencia por el personal enfermería que por el de medicina (Tabla 6) y, por otro lado, el hecho de que el paciente víctima del EA presentase una demanda contra el profesional o la institución sanitaria fue significativamente más frecuente en entornos hospitalarios que en centros de salud (Tabla 7).

Tabla 6. *Diferencias en las consecuencias observadas de informar a un paciente de un EA en función del perfil profesional*

Por su experiencia	Médicos	Enfermeros	χ^2 (p)
El paciente aceptó las explicaciones	407 (87,5)	343 (85,8)	0,589 (0,443)
A consecuencia de la conversación, empeoraron las relaciones con el paciente	113 (24,5)	113 (28,8)	2,079 (0,149)
El paciente presentó una demanda	73 (16,0)	76 (19,6)	1,847 (0,174)
El paciente tuvo una respuesta agresiva	60 (13,2)	73 (18,8)	4,796 (0,029)*

n (%) de Sí

*Significativo para $p < 0,05$

Tabla 7. *Diferencias en las consecuencias observadas de informar a un paciente de un EA en función del nivel asistencial*

	Atención Primaria	Hospitales	χ^2 (p)
El paciente aceptó las explicaciones	418 (85,8)	332 (87,8)	0,738 (0,390)
A consecuencia de la conversación, empeoraron las relaciones con el paciente	127 (26,5)	99 (26,5)	0,00 (0,997)
El paciente presentó una demanda	62 (12,9)	87 (23,8)	16,905 (0,000)*
El paciente tuvo una respuesta agresiva	75 (15,7)	58 (16,0)	0,016 (0,900)

n (%) de Sí

*Significativo para $p < 0,05$

Variables que predicen la comunicación del EA al paciente y la aparición de barreras a dicha comunicación

En la Tabla 8 se muestran los resultados de los análisis de regresión logística que se describen a continuación.

El hecho de que en la propia institución se informe sistemáticamente de los EA a los pacientes afectados o a sus familias así como no haber tenido la experiencia previa de que la comunicación del evento deteriorase la relación con el paciente aumentaron significativamente la probabilidad de llevar a cabo dicha comunicación. Asimismo, que la comunicación de los EA a los pacientes sea una práctica común en la institución junto con la experiencia previa de que la primera víctima no haya interpuesto una demanda tras ser informada del evento hizo más probable que, en el caso hipotético de que se produjese un EA, el profesional ofreciese una disculpa al paciente afectado o a su familia.

La probabilidad de sentir miedo ante las posibles consecuencias legales de participar en un EA fue casi cinco veces mayor cuando en la propia institución no se tiende a informar de los EA a los pacientes que los sufren y se duplicó al conocer a profesionales que lo habían pasado muy mal emocionalmente a raíz de un EA. El temor a la pérdida de prestigio profesional fue más probable cuando se habían conocido casos en los que el paciente ha interpuesto una demanda tras ser informado de un EA, cuando en la propia institución los compañeros no suelen ofrecer apoyo a la segunda víctima y cuando existe la creencia compartida de que informar del EA a la primera víctima puede provocar en ésta una reacción muy negativa que deteriore su relación posterior con los profesionales que le atienden.

Tabla 8. Resultados de los análisis de regresión logística para las acciones y los temores esperables tras la ocurrencia de un EA

En caso de que se produjera un EA sería frecuente...	B	ET	Wald	p	OR	IC 95%
Informar al paciente o a sus familiares del EA						
En mi centro siempre se informa al paciente	4,14	0,36	131,74	0,00	62,72	30,94-127,14
Tras la información, no empeoraron las relaciones con el paciente	0,86	0,38	5,19	0,02	2,36	1,13-4,93
Pedir disculpas al paciente (o a sus familiares)						
En mi centro siempre se informa al paciente	3,39	0,33	106,46	0,00	29,72	15,61-56,61
Tras la información, el paciente no presentó una demanda	1,00	0,35	8,02	0,00	2,72	1,36-5,45
Tener miedo a afrontar las consecuencias legales						
En mi centro no se informa al paciente	1,56	0,35	19,57	0,00	4,78	2,39-9,56
He conocido profesionales que han sufrido emocionalmente a raíz de un EA	0,83	0,30	7,64	0,01	2,30	1,27-4,16
Tener miedo a perder el prestigio profesional						
Tras la información, el paciente presentó una demanda	1,48	0,54	7,44	0,01	4,40	1,52-12,74
En mi centro el profesional implicado en un EA no recibe apoyo del propio equipo	0,82	0,32	6,50	0,01	2,27	1,21-4,28
Informar al paciente puede provocar una reacción muy negativa que afecte a la relación	0,76	0,29	6,67	0,01	2,14	1,20-3,80
No saber cómo informar del EA al responsable clínico del hospital						
En mi centro el profesional implicado en un EA no recibe apoyo del propio equipo	1,10	0,21	26,98	0,00	3,01	1,99-4,57
He conocido casos de profesionales que han sufrido problemas laborales a causa de un EA	0,49	0,22	4,91	0,03	1,63	1,06-2,51
Los conflictos con otros profesionales (reproches o críticas)						
En mi centro el profesional implicado en un EA no recibe apoyo del propio equipo	1,73	0,26	45,38	0,00	5,63	3,41-9,31
He conocido casos de profesionales que han sufrido problemas laborales a causa de un EA	0,86	0,26	10,52	0,00	2,36	1,40-3,97
Tras la información el paciente presentó una demanda	0,78	0,32	5,82	0,02	2,18	1,16-4,11

B = coeficiente; ET = error estándar; OR = odds ratio; IC = intervalo de confianza al 95%

La aparición de dificultades a la hora de informar del EA al responsable clínico de la institución fue tres veces más probable en los casos en los que los miembros del propio equipo no proporcionan apoyo al profesional que se convierte en segunda víctima y casi dos veces más frecuente cuando se ha conocido a profesionales que han tenido problemas en el trabajo como consecuencia de su participación en un EA. Estas dos variables, la falta de apoyo por parte de iguales y el impacto laboral, junto con haber tenido la experiencia, propia o ajena, de que el paciente víctima de un EA interpusiese una demanda después de que se le informase de lo ocurrido aumentaron la probabilidad estimada de que surgiesen conflictos con otros profesionales en forma de reproches o críticas.

Interés en recibir formación en open disclosure

El 92,6% (n = 944) de los participantes afirmó estar interesado en recibir formación específica para saber cómo informar a un paciente que ha sufrido un EA. Este interés fue manifestado en un porcentaje significativamente mayor por el personal de enfermería que por el de medicina (94,5% vs. 91,0%, $\chi^2 = 4,586$, $p = 0,032$).

Discusión y conclusiones

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que la realidad del *open disclosure* en España comparte muchas similitudes con la documentada en otros países. Así, a pesar de que más del 40% de los participantes se había enfrentado, en los últimos cinco años, a la tarea de comunicar un EA al paciente, sólo un 18,5% había recibido formación sobre cómo hacerlo adecuadamente, porcentaje casi idéntico al obtenido por Waterman et al. (2007) mediante una encuesta a médicos de EE.UU y Canadá.

Los resultados en cultura de seguridad indican que en la mayoría de las instituciones sanitarias ésta todavía es mejorable. Sólo en el 38,6% de ellas la comunicación de los EA al

paciente se llevaba a cabo de manera sistemática y en la mayoría de estas instituciones el apoyo a la segunda víctima era escaso, circunstancia también frecuente en otros países (White, Waterman, McCotter, Boyle & Gallagher, 2008; Scott et al., 2010; Sirriyeh, Lawton, Gardner, Armitage, 2010).

Tanto la probabilidad esperada de informar al paciente del EA como la de pedirle disculpas alcanzaron valores intermedios aunque sorprendentemente esta última fue superior a la primera. A pesar de que no se dispone de datos para afirmarlo, este resultado podría estar relacionado con la necesidad del profesional de aliviar su malestar emocional y su sentimiento de culpa. Asimismo, aunque no se ha indagado en qué términos los profesionales estarían dispuestos a ofrecer dichas disculpas, es probable que fuese sin incluir una afirmación de asunción de responsabilidad para evitar así ser demandado, temor que los resultados de este estudio confirman como uno de los más frecuentes. Por otra parte, el hecho de que la probabilidad esperada de pedir disculpas al paciente fuese mayor en profesionales de centros de salud que en los de hospitales podría estar asociado a que los primeros suelen establecer una relación más estrecha y duradera en el tiempo con el paciente y a que la incidencia de EA tanto en general como con consecuencias graves es menor en atención primaria (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008; Aranaz-Andrés et al., 2011b) que en hospitales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006; Aranaz-Andrés et al., 2008).

De manera consistente con la literatura (Loren et al., 2010; O'Connor et al., 2010; de Wit et al., 2013; Lu et al., 2013; Wu et al., 2013; Lipiria & Gallagher, 2014; Giraldo et al., 2015), las dificultades más frecuentes a la hora de informar del EA al paciente fueron el miedo al litigio y a la pérdida de reputación, siendo más probables en médicos que en enfermeros. Dentro del primer grupo, estos miedos fueron más esperados por los médicos de atención primaria que por los de hospitales, hecho que puede tener que ver con la relación más estrecha que los médicos de familia establecen con el paciente y con que la asistencia se

presta a un nivel más local lo que facilita la difusión de experiencias y rumores entre los usuarios del centro sanitario. Por otro lado, que los enfermeros de hospitales fuesen más propensos a estos temores que los de atención primaria puede estar relacionado con la, ya comentada, incidencia más alta de EA en entornos hospitalarios así como con el mayor número de interacciones con el paciente y de mayor riesgo.

Los datos de este estudio sugieren que casi el 70% de los profesionales sanitarios ha experimentado la experiencia de segunda víctima en los últimos cinco años. Esta cifra es notablemente superior a la recogida por Seys et al. en su revisión de 2013. Es posible que al haber formulado la pregunta de modo que contemplase tanto la experiencia personal como la ajena, la prevalencia de segundas víctimas haya sido sobreestimada. No obstante, expertos europeos en el estudio de este fenómeno (Panella, 2015; Vanhaecht, 2015) sugieren que, a pesar de los resultados de las encuestas, prácticamente todos los profesionales sanitarios sufren emocionalmente, alguna vez a lo largo de sus carreras, como consecuencia de su participación en un EA.

A pesar del constatado miedo a ser demandado tras la comunicación franca de un EA, sólo una minoría de los participantes afirmó haber observado esta reacción por parte del paciente, siendo la aceptación de las explicaciones ofrecidas la respuesta más frecuente. Estos resultados reflejan, tal y como ya habían sugerido Wit et al. (2013), que los profesionales sobreestiman el riesgo de demanda a pesar de ser un hecho poco probable. Tanto es así que los resultados de la regresión logística muestran que el hecho de haber conocido casos en los que el paciente había interpuesto una demanda no afectó a la probabilidad de informar de un EA al paciente. En cambio, la experiencia previa de litigio tras comunicar un EA sí redujo la probabilidad de pedir disculpas al paciente. Por otra parte, en los casos en los que la cultura de seguridad de la propia institución apoyaba la práctica sistemática de informar al paciente

del EA, la frecuencia estimada para llevar a cabo esta comunicación así como para ofrecer una disculpa al paciente se vio significativamente incrementada.

Los temores referidos a aspectos laborales (pérdida de prestigio profesional, dificultades para comunicar lo sucedido al responsable clínico y conflictos con otros profesionales) estuvieron relacionados con la falta de apoyo por parte del equipo y la experiencia previa de demanda interpuesta por el paciente.

La mayoría de los profesionales sanitarios mostró interés en recibir formación específica sobre *open disclosure*, circunstancia ya constatada por Waterman et al. (2007) en médicos de EE.UU y Canadá. A pesar de no existir diferencias en los niveles de formación previos entre enfermeros y médicos, los datos de este estudio muestran un mayor interés por parte de los primeros que podría estar relacionado con el hecho de que, especialmente en el entorno hospitalario, el personal de enfermería está en permanente contacto con el paciente y su familia y puede tener que hacer frente a preguntas difíciles sobre lo sucedido mientras que los médicos tienen un mayor margen para manejar la situación y para reflexionar acerca de la revelación del EA (O'Connor et al., 2010).

En su conjunto, los resultados de este estudio ponen de manifiesto la importancia y la necesidad de promover una cultura de seguridad fuerte que incluya la concepción del error y del riesgo como una realidad frecuente más que anormal, que promueva el apoyo formal e informal a los profesionales tras las ocurrencias de EA, que fomente la discusión franca de éstos con los pacientes y que dé respuesta a las necesidades de formación del personal en materia de seguridad la paciente.

El problema de la falta de comunicación franca de los EA a los pacientes requiere una solución amplia que actúe a diversos niveles (Wu et al., 2013). En primer lugar, podría resultar beneficioso el establecimiento de una ley nacional que protegiese tanto la comunicación del EA como la expresión de disculpa, que determinase la información

esencial que se debe proporcionar al paciente y en qué casos (Mastroianni et al., 2010) y que sirviese de guía para el desarrollo de políticas locales (O'Connor et al., 2010). Por otro lado, es imprescindible que los planes de estudio de las disciplinas sanitarias incluyan materias de seguridad del paciente que sirvan de marco para ofrecer entrenamiento en *open disclosure* mediante el análisis de casos, el modelado y la técnica del role-playing (Lipiria & Gallagher, 2014). También sería conveniente que las instituciones sanitarias incluyesen dicho entrenamiento como parte de los programas de formación continuada del personal sanitario (Wu et al., 2013). Asimismo, el establecimiento de normas y protocolos locales parece esencial para convertir esta práctica de comunicación en parte del procedimiento de actuación estandarizado tras la ocurrencia de un EA y para adaptar las normas nacionales a las particularidades de cada institución (Wu et al., 2013). El National Quality Forum (2010) propone la creación de la figura del “coach” en *open disclosure*, que sería un experto en comunicación de EA con disponibilidad 24/7 para ofrecer asesoramiento *in situ* al profesional responsable de llevar a cabo dicha comunicación con el paciente. Siguiendo la metodología de aprovechamiento de recursos internos, ya utilizada por Scott et al. (2010) para proporcionar apoyo a la segunda víctima, los coordinadores de seguridad del paciente podrían desempeñar esta función (Loren et al., 2010) así como la de asumir la responsabilidad de informar al paciente del EA en los casos en los que no existe otra opción mejor.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran: (a) la posibilidad de que quienes participaron en el mismo presenten una mayor implicación con los aspectos relacionados con la cultura de seguridad que los profesionales que decidieron no responder a la encuesta, (b) la posible sobreestimación de la frecuencia con la que se presentan algunas de las variables estudiadas debido a la formulación de ciertas preguntas incluyendo tanto la experiencia personal como la vivida a través de terceros y (c) el posible sesgo que se deriva de hacer referencia a situaciones hipotéticas ya que lo que las personas piensan que harían o lo que

deseñarían hacer tras la ocurrencia de un EA puede diferir de su actuación en una situación real.

En España, la Xunta de Galicia (2013), el Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR) y el Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas (2015), dirigido por el Dr. Mira, han desarrollado guías de respuesta al EA que incluyen acciones recomendadas para la comunicación de estos eventos a los pacientes. Estudios futuros deberían evaluar la viabilidad y el grado de implantación de estas medidas así como su efectividad en las instituciones sanitarias de nuestro entorno.

Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) y por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) (referencias PI13/0473 y PI13/01220).

Referencias

- Aranaz-Andrés, J. M., Aibar-Remón, C., Limón-Ramírez, R., Amarilla, A., Restrepo, F. R., Urroz, O, ...IBEAS team. (2011a). Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican Study of Adverse Events' (IBEAS). *BMJ Quality & Safety*, 20(12), 1043-1051. doi: 10.1136/bmjqs.2011.051284
- Aranaz-Andrés, J. M., Aibar, C., Limón, R., Mira, J. J., Vitaller, J., Agra, Y. & Terol, E. (2011b). A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *European Journal of Public Health*, 22(6), 921-925. doi:10.1093/eurpub/ckr168
- Aranaz-Andrés, J. M., Aibar-Remón C., Vitaller-Murillo, J., Ruiz-López, P., Limón-Ramírez, R., Terol-García, E. & ENEAS work group. (2008). Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse

Events. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(12), 1022-1029. doi: 10.1136/jech.2007.065227

Denham, C. R. (2007). TRUST: The 5 rights of the second victim. *Journal of Patient Safety*, 3(2), 107-119.

Gallagher, T. H., Waterman, A. D., Garbutt, J. M., Kapp, J. M., Chan, D. K., Dunagan, W. C.,...Levinson, W. (2006). US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. *Archives of Internal Medicine*, 166(15), 1605-1611.

Giraldo, P., Corbella, J., Rodrigo, C., Comas, M., Sala, M. & Castells, X. (2015). Análisis de la comunicación y disculpa de errores asistenciales en España. *Gaceta Sanitaria* (en prensa). doi: 10.1016/j.gaceta.2015.11.007

Grupo de Investigación en 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*. Recuperado de http://segundavictimas.es/data/documentos/segundas_victimas_maquetacion_v21_impresion_v05.pdf

Lipiria, L. E. & Gallagher, T. H. (2014). Disclosure of adverse events and errors in surgical care: challenges and strategies for improvement. *World Journal of Surgery*, 38(7), 1614-1621. doi: 10.1007/s00268-014-2564-5

Loren, D. J., Garbutt, J., Dunagan, W. C., Bommarito, K. M., Ebers, A. G., Levinson, W.,...Gallagher, T. H. (2010). Risk managers, physicians, and disclosure of harmful medical errors. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(3), 101-108.

- Lu, D. W., Guenther, E., Wesley, A. K. & Gallagher, T. H. (2013). Disclosure of harmful medical errors in out-of-hospital care. *Annals of Emergency Medicine*, 61(2), 215-221. doi: 10.1016/j.annemergmed.2012.07.004
- Mastroianni, A. C., Mello, M. M., Sommer, S., Hardy, M. & Gallagher, T. H. (2010). The flaws in state ‘apology’ and ‘disclosure’ laws dilute their intended impact on malpractice suits. *Health Affairs (Project Hope)*, 29(9), 1611-1619. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0134
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2005/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2006/>
- Mira, J. J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P.,...Research Group on Second and Third Victims. (2015). The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Services Research*, 15, 151. doi: 10.1186/s12913-015-0790-7
- National Quality Forum (NQF). (2010). *Safe Practices for Better Healthcare – 2010 Update: A Consensus Report*. Washington, DC: NQF. Recuperado de https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%93_2010_Update.aspx

- O'Connor, E., Coates, H. M., Yardley, I. E., Wu, A. W. (2010). Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), 371-379. doi: 10.1093/intqhc/mzq042
- Panella, M. (2015, noviembre). *National study on Second Victims in Italy*. Presentation in PaSQ Information and Discussion meeting: Coping with the adverse event impact on patients, professionals and healthcare institutions (First, Second and Third victims after adverse events in the European Union), Madrid, Spain.
- Schwappach, D. L. B. & Boluarte, T. A. (2008). The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organizational accountability. *Swiss Medical Weekly*, 138(1-2), 9-15.
- 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. *Quality & Safety in Health Care*, 18(5), 325-330.
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M.,...Hall, L. W. (2010). Caring for our own: Deploying a systemwide second victim rapid response team. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(5), 233-240.
- Seys, D., Wu, A. W., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M.,... Vanhaecht, K. (2013). Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Evaluation & The Health Professions*, 36(2): 135-162. doi: 10.1177/0163278712458918
- Sirriyeh, R., Lawton, R., Gardner, P. & Armitage, G. (2010). Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Quality & Safety in Health Care*, 19(6), e43. doi: 10.1136/qshc.2009.035253

Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR).

(2015). Recomendaciones para la respuesta institucional a un evento adverso. *Revista de Calidad Asistencial* (en prensa). doi: 10.1016/j.cali.2015.07.001

Vanhaecht, K. (2015, noviembre). *What is and what do we know about Second and Third Victims?* Presentation in PaSQ Information and Discussion meeting: Coping with the adverse event impact on patients, professionals and healthcare institutions (First, Second and Third victims after adverse events in the European Union), Madrid, Spain.

Waterman, A. D., Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W. C., Levinson, W., Fraser, V. J. & Gallagher, T. H. (2007). The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(8), 467-476.

White, A. A. & Gallagher, T. H. (2013). Medical error and disclosure. En J.L. Bernat & R. Beresford (Ed.), *Handbook of Clinical Neurology* (3rd series), pp. 107-117. Amsterdam: Elsevier.

White, A. A., Waterman, A. D., McCotter, P., Boyle, D. J. & Gallagher, T. H. (2008). Supporting health care workers after medical error: considerations for health care leaders. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 15(5), 240-247.

WHO. (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo. Enero de 2009*. Ginebra: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. *BJM*, 320(7237), 726-727.

Wu, A. W., Boyle, D. J., Wallace, G. & Mazor, K. M. (2013). Disclosure of adverse events in the United States and Canada: an update, and a proposed framework for improvement. *Journal of Public Health Research*, 2(3), e32. doi: 10.4081/jphr.2013.e32

Xunta de Galicia, Servicio Gallego de Salud. (2013). *Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Centinela y Eventos Adversos Graves en los Centros Sanitarios del Sistema Público de Salud de Galicia*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.



Anexo 1

Encuesta a profesionales sanitarios sobre el fenómeno de las segundas víctimas y la comunicación de los EA a los pacientes

La práctica clínica no está exenta de riesgos. Los estudios realizados en España muestran frecuencias de eventos adversos (EA) que oscilan alrededor del 10% en hospitales (Estudio ENEAS) y del 1,18% en atención primaria (Estudio APEAS). Un cálculo conservador nos indica que en torno al 15% de los profesionales sanitarios se ven involucrados anualmente en algún EA. Estos profesionales son las denominadas segundas víctimas de los EA.

Los EA tienen en las segundas víctimas consecuencias emocionales, profesionales y familiares, incluso en aquellos casos en los que la causa del EA es un fallo del sistema o cuando el EA no era prevenible. Asociada a esta experiencia aparece la necesidad de informar de lo ocurrido al paciente víctima del EA o a su familia. Se ha observado que, con frecuencia, los profesionales encuentran diferentes dificultades a la hora establecer esta conversación de revelación.

En este estudio nos proponemos conocer las prácticas de comunicación con el paciente más comunes en nuestro entorno sanitario tras la ocurrencia de un EA así como qué factores se relacionan directa o indirectamente con este proceso.

Definimos evento adverso con consecuencias graves como: suceso imprevisto e inesperado que causa en un paciente (o conjunto de pacientes) un daño difícil de reparar (que requiere un nuevo tratamiento con resultado incierto, un ingreso hospitalario o una prolongación del mismo), o que resulta irreparable (cirugía en sitio equivocado, incapacidad permanente o muerte) y que es consecuencia de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

La encuesta está compuesta por 20 preguntas agrupadas en cinco bloques. El tiempo estimado para su cumplimentación es de cinco minutos. Su participación en el estudio es voluntaria y sus respuestas serán tratadas con total confidencialidad.

Con respecto a los últimos 5 años, señale la respuesta que mejor refleje su experiencia personal. En mi centro de salud/hospital...

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo/ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Los profesionales que se ven involucrados en un EA cuentan, si lo desean, con apoyo psicológico ofrecido por el centro/hospital para reducir el impacto que sufren como segunda víctima.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En los últimos 5 años...		
	Sí	No
He conocido casos de profesionales que lo han pasado muy mal emocionalmente a raíz del EA de un paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He conocido casos de profesionales que han sufrido problemas laborales a causa de un EA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalmente he tenido la experiencia de tener que informar a un paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por su experiencia o por experiencias ajenas, qué consecuencias ha tenido el informar a un paciente sobre un EA evitable que haya padecido:		
	Sí	No
El paciente aceptó las explicaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A consecuencia de la conversación, empeoraron las relaciones con el paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El paciente presentó una demanda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El paciente tuvo una respuesta agresiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Señale si estaría interesado en recibir formación específica para:		
	Sí	No
Saber cómo informar a un paciente que ha sufrido un EA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>