

“LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS DE LOS EVENTOS ADVERSOS. COMUNICACIÓN DE UNA REVISIÓN”.

AUTORES:

Bertha Angélica Bonilla Escobar ⁽¹⁾, María Luisa Torijano Casalengua ⁽²⁾

(1) Médico Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Talavera de la Reina.

E-mail: berthab@sescam.jccm.es

(2) Responsable de la Oficina de Calidad y Atención al Usuario. Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. SESCAM. E-mail: mtorijano@sescam.jccm.es

RESUMEN:

Introducción. La seguridad del paciente asume que el mejor abordaje de los eventos adversos implica a todo el sistema. Mucho se ha estudiado acerca de la perspectiva del paciente, pero ¿qué pasa con el profesional implicado?.

Objetivo: Profundizar sobre el conocimiento del tema de las segundas víctimas de los eventos adversos.

Material y métodos: Revisión narrativa. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicas existentes, seleccionados los artículos se organizó, analizó y resumió la información.

Resultados: Las publicaciones proceden fundamentalmente de Suiza, EEUU e Inglaterra. Se ha demostrado que los eventos adversos pueden tener consecuencias devastadoras en el profesional implicado. El término “segunda víctima” fue acuñado en el año 2000. El apoyo más valorado en este contexto es de los propios compañeros de trabajo, siendo el que menos se encuentra. Generalmente no existe un adecuado manejo institucional del tema.

Discusión: Si bien es cierto que una revisión narrativa tiene menor rigor metodológico, consideramos que es válida para una primera aproximación a un tema sumamente novedoso y poco explorado en general y en nuestro medio en particular. Identificadas las variables asociadas al tema es posible realizar y promover estudios en nuestro entorno y ayuda específica a nuestros profesionales.

Conclusiones: El impacto de un evento adverso en el profesional implicado puede tener consecuencias devastadoras para él, para el paciente y para la institución. Es necesario considerar esta perspectiva en el manejo y análisis de los eventos adversos.

Palabras clave: segundas víctimas, eventos adversos, revisión, errores médicos, profesional.

INTRODUCCIÓN

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente, y su mejora una labor compleja que afecta a todo el sistema¹. La evidencia científica ha demostrado que un evento adverso, no es más que el resultado de una secuencia de procesos defectuosos que han sucedido antes, y se constatan en la literatura científica los esfuerzos por estudiar todos los factores intervinientes en el complejo sistema que puede resultar la atención sanitaria.

En el análisis de los eventos adversos, si bien, es positivo partir de la tendencia ya generalizada de que muchos de los errores sanitarios son evitables, no debemos olvidar que otro tanto es inevitable. Sin ir muy lejos, el estudio ENEAS² estimó que en España un 42,6% de los eventos adversos podrían ser evitables, lo cual implica que el 57,4% podrían ser inevitables. En cualquier caso, en este contexto surge el tema de las segundas víctimas de los eventos adversos, aquellos profesionales que se ven seriamente afectados después de cometer un daño no intencional al paciente.

La historia de un profesional afectado por un error nos remonta hasta el 1817 en Inglaterra, cuando el Dr. Richard Croft se suicidó tres meses después de atender el parto de la princesa Charlotte, cuyos resultados fueron un recién nacido muerto, el único heredero al trono del Rey George III, y 5 horas después la muerte de la madre por hemorragia postparto, cuyo funeral atrajo multitudes de forma similar al de la princesa Diana³. Es solo un caso extremo de un profesional, pero nos da pie a preguntarnos: ¿qué consecuencias puede tener en el profesional el participar en un evento adverso?, ¿cómo pueden influir las mismas en su trabajo y relación con los pacientes?, ¿cuánto se ha estudiado sobre el tema?.

Nos parece de gran interés profundizar en esta rama del análisis de los eventos adversos, no sólo porque es un tema novedoso, ya que no existen estudios científicos en nuestro medio, sino también debido a que como hemos expuesto inicialmente, la seguridad del paciente asume que un mejor estudio de los errores implica conocer mejor todo el sistema en que se produce. Por ello, decidimos realizar esta revisión, creemos que puede hacer un gran aporte en el estudio de los eventos adversos.

.

OBJETIVO PRINCIPAL

Profundizar en el conocimiento sobre el tema de las segundas víctimas de los eventos adversos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Efectuar una búsqueda de la información relevante relacionada en la literatura científica.
- Analizar e integrar la información localizada.
- Identificar los aspectos aplicables.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio:

Revisión narrativa

Metodología:

Se efectuó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de: PubMed, Cochrane y Scielo, las principales palabras claves utilizadas fueron “second victim”, “medical errors”, “segunda víctima” y “errores médicos”.

Los resultados fueron refinados mediante el operador lógico “AND” y/o “AND NOT” y palabras clave como “eventos adversos” y “profesional”.

Se utilizó como criterio de exclusión el contexto del artículo, descartando todos aquellos que tuvieran un contexto distinto al de seguridad del paciente.

Posteriormente se procedió a organizar, analizar y resumir la información.

RESULTADOS

La mayoría de publicaciones existentes son en idioma inglés y proceden de: EEUU, Inglaterra, Suiza y Alemania. Si bien, el tema de segundas víctimas resulta novedoso en nuestro medio, ya en la década de los 70 se ha publicado sobre el tema del error y sus efectos en los profesionales en especialidades como cirugía y psiquiatría, pero es sobretudo en la década de los 80 que se desarrollaron mayores estudios^{4,5}.

No fue hasta el año 2000 en que se acuñó el término “segunda víctima” por el Dr. Albert Wu en su descripción del impacto de los errores en los profesionales⁶, haciendo referencia a todo profesional que participa en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente y se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso. En este contexto, se utiliza el término “profesional” para incluir a cualquier persona que provee servicios a los pacientes como médicos, enfermeras, personal de apoyo, estudiantes y voluntarios⁷.

El estudio de los eventos adversos es un tema en el que se está profundizando cada vez más, identificando sus causas, las estrategias para evitarlos, o para mejorar la seguridad del paciente, etc, sin embargo, el impacto en el profesional de salud ha adquirido poca relevancia⁸. No obstante, las investigaciones realizadas después de un suceso adverso demuestran que éstos dejan un efecto profesional y personal devastador en el profesional involucrado^{9, 10}.

Sintomatología

Los estudios muestran con mayor frecuencia la siguiente sintomatología: frustración, disminución de la satisfacción laboral, enfado, tristeza, dificultad para concentrarse, recuerdos recurrentes, pérdida de confianza, aflicción y remordimiento. Con menor frecuencia también se ha descrito síntomas físicos como: fatiga extrema, trastornos del sueño, taquicardia, incremento de la tensión arterial, taquipnea y tensión muscular, y síntomas psicológicos como: pensamientos obsesivos, ansiedad en el trabajo, temor al daño de la reputación, nerviosismo excesivo y evasión del área asistencial^{5, 8, 9}. Se ha encontrado ligeras diferencias por sexo y por grupo profesional (Figura N° 1 y N° 2).

Se ha identificado que con frecuencia estos sucesos provocan intensas respuestas emocionales que pueden persistir durante largos periodos de tiempo⁸. Estas parecen estar influenciadas por las normas de conducta profesional que se incorporan durante la carrera, y una vez incorporadas pueden ser mantenidas por procesos como el miedo al litigio, miedo a la humillación, autoexpectativa de perfección, autocomparación con otros y/o preocupación por la supervisión externa⁵, además factores como la gravedad del error, la relación con los colegas, la cultura de la institución y la propia personalidad también pueden influir en estas respuestas emocionales¹¹.

Por otro lado, se ha descrito el proceso que atraviesa una segunda víctima inmediatamente después del error, distinguiendo una trayectoria de seis etapas⁹ que instructivamente han denominado: 1) Confusión y respuesta al accidente, 2) Pensamientos obsesivos, 3) Restauración de la integridad personal, 4) Resistiendo/perpetuando el proceso, 5) Consiguiendo apoyo emocional, y, 6) Siguiendo hacia adelante (Tabla I). Pudiendo resultar todo este ciclo en tres situaciones: a) Abandono: el profesional se retira o se traslada, b) Sobrevivencia: el profesional enfrenta la situación no encontrándose del todo bien, o, c) Superación: el profesional deja atrás lo sucedido.

Impacto en el profesional

El impacto en el profesional es variable, abarca desde diferentes niveles de estrés emocional hasta respuestas psicológicas más generales^{5, 8, 11}. Se han encontrado como predictores significativos de las respuestas de estrés al género femenino y el realizar labor asistencial el 75% de las horas de trabajo⁸. Por otro lado, afecta considerablemente la vida personal de la segunda víctima, además de afectar el lugar de trabajo, con pérdida de la reputación profesional, desconfianza, merma en la buena voluntad hacia los pacientes y separación de los pacientes^{8, 12}.

También se ha planteado la existencia de un círculo vicioso entre el hecho de verse envuelto en un error y prácticas inadecuadas de atención al paciente, mediadas por las reacciones psicológicas al estrés emocional, que finalmente pueden llevar a cometer otro error⁸ (Figura 3).

Se ha estudiado poco sobre la proporción de profesionales que sufre consecuencias graves al cometer un error, sobre la relación con la gravedad del error o acerca del impacto a largo plazo sobre la profesión. No obstante, se ha descrito una relación lineal entre la gravedad del error y la intensidad emocional de las respuestas en el profesional, así como un mayor impacto emocional cuando el personal considera que el manejo institucional del error es escaso⁹.

Aunque el impacto negativo de un error es el más documentado, se han descrito también, algunas respuestas positivas a la ocurrencia de un error. Por ejemplo: mejoras en la práctica clínica debidas a modificaciones realizadas en base al aprendizaje del error, acciones de mejora en el servicio y en todo el

hospital y se ha descrito que un 70% informa mejora en las relaciones profesionales después de discutir sobre el error, y que mejora la comunicación gracias a una mayor asertividad¹³. Por otro lado, como es evidente, las respuestas psicológicas al error, podrían estar mediadas por el resultado del evento, las consecuentes relaciones con el paciente, la respuesta del equipo de trabajo y el manejo institucional del error¹².

Necesidades de los profesionales

Existen estudios cualitativos que han puesto en evidencia las necesidades de los profesionales al convertirse en segundas víctimas, tales como la necesidad de hablar y ser escuchados acerca del error, de validación de las decisiones tomadas, de reafirmar su competencia profesional y su autoestima^{4, 7, 10}. La mayor parte refiere haber encontrado el apoyo que necesitaba en sus parejas, y el apoyo más valorado es el de los compañeros de trabajo, siendo el que menos se encuentra^{5, 9}. Se ha descrito que sólo el 30% de los médicos está dispuesto a ofrecer apoyo incondicional a un colega en situación de segunda víctima⁴.

Por otro lado, las respuestas de los directivos y altos funcionarios han sido descritas como inconsistentes, e incluso como desaprobatorias y agresivas, con interrogatorio de personal especializado, culpa u ocasionales amenazas¹¹. Denham ha resumido en 5 los derechos más relevantes de una segunda víctima, y los propone a las organizaciones con el acrónimo "TRUST"¹⁴ que en su traducción al español significa "confiar":

Trato Justo. No podemos presumir una negligencia o asignar el 100% de responsabilidad a los profesionales frente a fallos en los sistemas que pueden predisponer al error humano.

Respeto. Todos los miembros del equipo asistencial son susceptibles al error y son vulnerables a sus consecuencias. Debemos tratar a nuestros compañeros con el mismo respeto que esperaríamos de ellos.

Comprensión y compasión. (del inglés **U**nderstanding and compassion). El profesional necesita tiempo y ayuda compasiva para ser capaz de pasar por el proceso, hay que comprender la fisiopatología de la emergencia psicológica que se produce cuando se hace daño a un paciente sin querer.

Soporte. Nuestros profesionales tienen derecho a los servicios psicológicos y servicios de apoyo. Se debe adoptar un enfoque sistemático para brindar este tipo de atención de forma profesional y organizada como se haría en el tratamiento de cualquier otro paciente.

Transparencia y oportunidad de mejora. En la base de la gestión de riesgos, está la percepción de que la prevención de los errores está vinculada a aprender de los mismos. Aprender de los errores solo es posible cuando éstos son comunicados. En lugar de una simple declaración de los hechos y un enfoque unilateral, es necesario poner en común y dialogar al respecto. De lo contrario, es fácil conucir al abandono al profesional y poner a la organización como una tercera víctima al sufrir un daño irreparable como institución.

Respuesta institucional organizada

Las iniciativas para brindar apoyo institucional en estos casos surgieron en Estado Unidos el año 2002¹⁶ y el 2006¹⁷. La Universidad de Missouri inicio un estudio con segundas víctimas en el 2007, después de tres años de investigaciones culminó con la implantación de un Sistema de Respuesta Rápida para Segundas Víctimas⁶. Plantean un modelo basado en tres niveles de atención:

Primer Nivel:

Promueve una primera atención emocional a nivel local o departamental (en el área de trabajo del profesional). Se estima que un 60% de los casos quedarán resueltos en este nivel. Los colegas y directivos deben recibir formación sobre el fenómeno y cómo manejarlo en primera instancia.

Segundo Nivel:

Ofrece atención a las segundas víctimas previamente identificadas. Se prevé que cubra las necesidades de un 30%. Pares entrenados serán los miembros esenciales de apoyo en este equipo, quienes identificarán la sintomatología que requiera una respuesta rápida y estarán preparados para proporcionarla. También podrán derivar a las segundas víctimas a otros recursos internos.

Tercer Nivel:

Este nivel debe asegurar la disponibilidad y el acceso al apoyo y orientación cuando la experiencia de la segunda víctima supera la atención de los compañeros. Se estima que un 10% sea el que requiera este tipo de apoyo. La participación de los miembros de este nivel como miembros u orientadores en el equipo del segundo nivel puede facilitar la tarea. Aquí se incluyen personal como: sacerdotes, psicólogos, trabajadores sociales y personal de riesgos laborales. (Esquema en la Figura N^o4).

Se promueve el aprovechamiento de los equipos ya existentes, de seguridad del paciente, de gestión de riesgos, comités, o médicos y enfermeros líderes, sacerdotes y trabajadores sociales, que unificados formen una red, evitando la necesidad de personal adicional.

Hay que tomar en cuenta que es probable que una parte de los trabajadores que tuvieron apoyo en lugar de culpa estén inclinados a cooperar con la institución en la prevención de la recurrencia de los errores¹⁴. No sólo sería beneficioso como aprendizaje para la institución, sino también como una oportunidad de sanar para los profesionales al contribuir en la prevención de eventos futuros.

DISCUSIÓN

Si bien es cierto, que una revisión narrativa tiene menor rigor metodológico, consideramos que ésta es válida para una primera aproximación al tema. Es así que no buscábamos responder una pregunta específica, sino más bien hacer una exploración de un tema poco abordado en general y en nuestro medio en particular.

La variada sintomatología que presenta una segunda víctima ha llegado a poner en cuestionamiento las variables y herramientas utilizadas para estudiarlas^{5, 11}. Sin embargo, existe evidencia consistente que no permite negar que el cometer un error de esta naturaleza tiene consecuencias importantes en el profesional^{5, 15}.

Tenemos que considerar que los errores suceden a todos, pero no siempre se admiten. Admitir la falibilidad es socialmente inaceptable y en una profesión con valores de perfección, el error es prácticamente prohibido. Adicionalmente, la divulgación de los errores parece invitar a la vergüenza y la humillación, y estas emociones intensifican el dolor ya existente debido al error⁽⁴⁾.

Es de destacar el planteamiento del círculo que se origina con el impacto de un evento adverso en el profesional y se cierra con la consecución de un nuevo error. Se desconoce cuántos profesionales pueden estar expuestos a entrar a este ciclo y qué factores lo determinan, pero consideramos que es un ítem importante a tomar en cuenta para la prevención de consecuencias en el paciente, profesional y organización.

Los profesionales como segundas víctimas manifiestan necesidades sobretodo en el entorno laboral, de mayor apoyo institucional. Sabemos que se está promoviendo el desarrollo de los sistemas de notificación de los eventos adversos, y creemos que sería más fácil lograr este objetivo teniendo presentes a las segundas víctimas de los mismos. Con anterioridad, Wu ha descrito que el 30% de los profesionales consideró que el entorno de trabajo no facilitaba la comunicación de los errores¹⁸.

Todo esto, así como las respuestas de los directivos y autoridades, de una u otra forma lo hemos observado en España, en los casos con difusión mediática. Creemos que en el proceso de cambio de la cultura punitiva de los errores, a la cultura de aprendizaje de los mismos, es trascendente conocer de qué forma se ven afectados nuestros profesionales, qué consecuencias derivan de ello y qué estrategias se pueden implementar para utilizar estos sucesos como una oportunidad de mejorar la seguridad del paciente y del profesional.

Comprobamos así, que el tema de segundas víctimas de los eventos adversos es un tema amplio, que debe ser considerado en los programas de calidad y seguridad del paciente, no sólo porque de forma latente tiene mucho que aportar en la prevención de los errores, sino también como un buen complemento para una organización sanitaria que cuida a sus profesionales.

Hemos identificado las variables asociadas a la cuestión y creemos que nos permitirá realizar estudios específicos en nuestro entorno y promover respuestas y estrategias para su abordaje.

CONCLUSIONES

- El tema de segundas víctimas en los eventos adversos es un tema estudiado desde hace décadas en países que han sido pioneros en investigaciones sobre la calidad de la atención y seguridad del paciente.
- Las segundas víctimas manifiestan las principales necesidades en el entorno laboral, sumado a ello el manejo institucional del tema aún desconocido y/o insuficiente.
- El impacto de un evento adverso en el profesional implicado además de consecuencias en el mismo, podría desencadenar repercusiones en los pacientes, y en la propia organización, creando así una tercera víctima de los eventos adversos. .
- Es necesario considerar esta perspectiva en el análisis y estrategias de los eventos adversos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. OMS. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 109 Reunión Consejo Ejecutivo OMS. 5 de diciembre de 2001.
2. Aranaz JM, Aibar C, Villater J, Ruiz P. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS). Madrid, MSC, 2006.
3. Jane Austen's World. A triple tragedy: how Princess Charlotte's death in 1817 changed obstetrics. Disponible en internet en: <http://janeaustensworld.wordpress.com/2008/11/22>.
4. Newman MC. The Emotional Impact of Mistakes on Family Physicians Arch Fam Med 1996 Feb;5(2):71-5.
5. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: The impact of perceived mistakes on physicians. J Gen Intern Med 1992;7:424-431.

6. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. [Editorial]. *BJM* 2000; 320: 726-7.
7. Scott SD, Hirschinger LE et al. Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2010; 36(5):233-40.
8. Schwappach DLB, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Medical Weekly* 2008; Oct 14.
9. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, Mc Coig M et al. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009; 18: 325-330.
10. White AA, Waterman AD, McCotter P, Boyle DJ, Gallagher TH. Supporting health care workers after medical error: considerations for healthcare leaders - *J Clinical of Outcomes Management* 2008 ; 15(5) : 240-247.
11. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, et al. Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Qual Saf Health Care* 2010; 19: 1-8.
12. Fisseni G, Pentzek M, Abholz HH. Responding to serious medical error in general practice—consequences for the GPs involved: analysis of 75 cases from Germany. *Fam Prac* 2007; 71:9-13.
13. Kaldjian L, Jones E, Wu B, Forman-Hoffman V, Levy B et al. Reporting Medical Errors to Improve Patient Safety. *Arch Intern Med* 2008; 168(1): 40-6.
14. Denham CR. TRUST: The 5 Rights of the Second Victim. *J Patient Saf* 2007; 3(2):107-119.
15. Scott SD, Hirschinger LE, McCoig M et al. Second Victim: Gaining a deeper understanding to Mitigate Suffering. *Annual International Scientific Symposium on Improving the Quality and Value of Health Care*, 2008.
16. Medically Induced Trauma Support Services (MITSS): Home Page.<http://www.mitss.org> (último acceso 19 de marzo de 2011).
17. Barnes J., VanPelt R.: Helping healthcare workers heal after critical events. Paper presented at Continuing the Journey: Destination—Superior Performance. University HealthSystem Consortium Conference, Baltimore, Oct. 13, 2006.
18. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *Qual Saf Health Care*. 2003;12(3):221–6.

ANEXOS: TABLAS Y FIGURAS (En orden cronológico)

Figura N° 1. Distribución de la sintomatología según sexo.

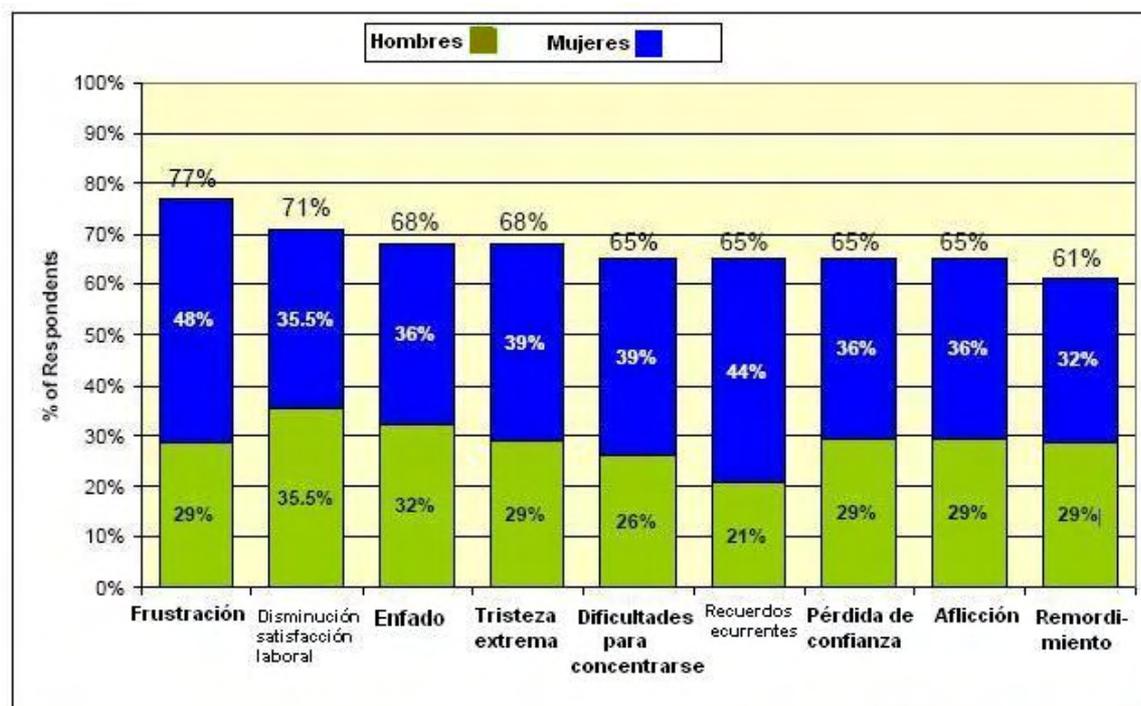
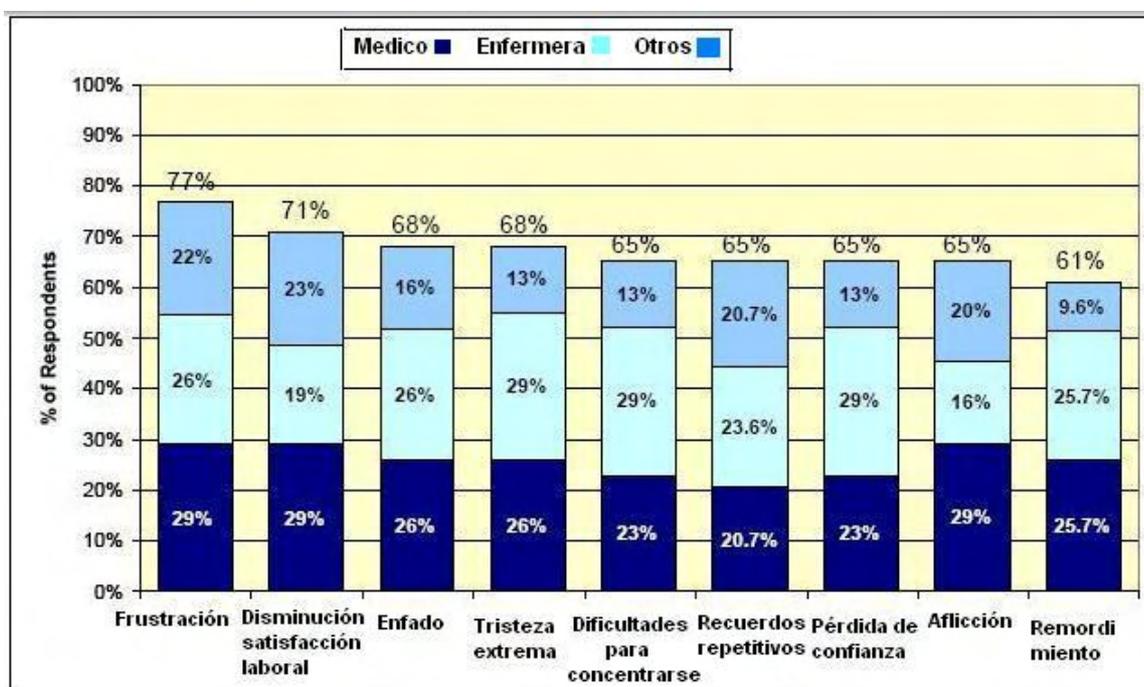


Figura N° 2. Distribución de la sintomatología según tipo de profesional.



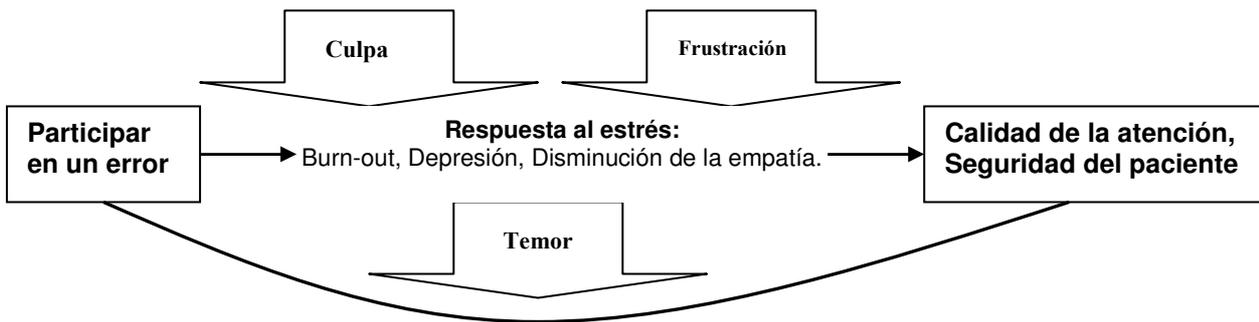
Fuente Fig.1 y 2: Scott SD, Hirschinger LE, McCoig M et al. Second Victim: Gaining a deeper understanding to Mitigate Suffering. Annual International Scientific Symposium on Improving the Quality and Value of Health Care, 2008.

Tabla N° 1. Etapas que atraviesa la segunda víctima.

<i>Etapa</i>	<i>Nombre</i>	<i>Características</i>
1ª	Confusión Y respuesta al accidente	Se da cuenta y reconoce el error, puede buscar ayuda. Continúa atendiendo al paciente, puede no ser capaz, está distraído. <i>¿Cómo ha pasado esto?</i>
2ª	Pensamientos obsesivos	Reevalúa el evento haciendo reconstrucciones obsesivas, se autoaisla, se siente incompetente. <i>¿Podría haberlo evitado?</i>
3ª	Restauración de la integridad personal	Está pendiente del entorno, de los comentarios, siente miedo. <i>¿Qué pensarán los demás?, ¿En qué problema me he metido?</i>
4ª	Resistiendo/perpetuando el proceso	Repasa el evento y valora la gravedad, se pregunta sobre las repercusiones, piensa en la divulgación al paciente/familia, presenta los síntomas. <i>¿Qué pasará a continuación?, ¿Perderé mi trabajo?, ¿Con quién puedo hablar?</i>
5ª	Consiguiendo apoyo emocional	Busca apoyo personal y profesional, le emergen preocupaciones sobre litigio. <i>¿Por qué reaccioné de esta forma?, ¿Qué me pasa?, ¿A dónde puedo acudir?</i>
6ª	Siguiendo Hacia adelante	Una de las siguientes: <u>6-1. Abandono</u> Se traslada a otra unidad o centro, piensa en retirarse. Sentimientos de incompetencia. <i>¿Es la profesión en la que debo estar?, ¿Puedo encargarme de este tipo de trabajo?</i> <u>6-2. Sobrevivencia</u> Hace frente pero aún tiene pensamientos obsesivos, tristeza persistente, intenta aprender del evento. <i>¿Cómo lo hubiera evitado?, ¿Por qué me siento todavía culpable?</i> <u>6-3. Superación</u> Mantiene el equilibrio entre la vida personal y laboral. Gana visión y perspectiva del error, no se centra en lo negativo, defiende iniciativas de seguridad del paciente. <i>¿Qué puedo hacer para mejorar la seguridad de nuestros pacientes?, ¿Qué puedo aprender de esto?, ¿Qué puedo hacer para mejorar?</i>

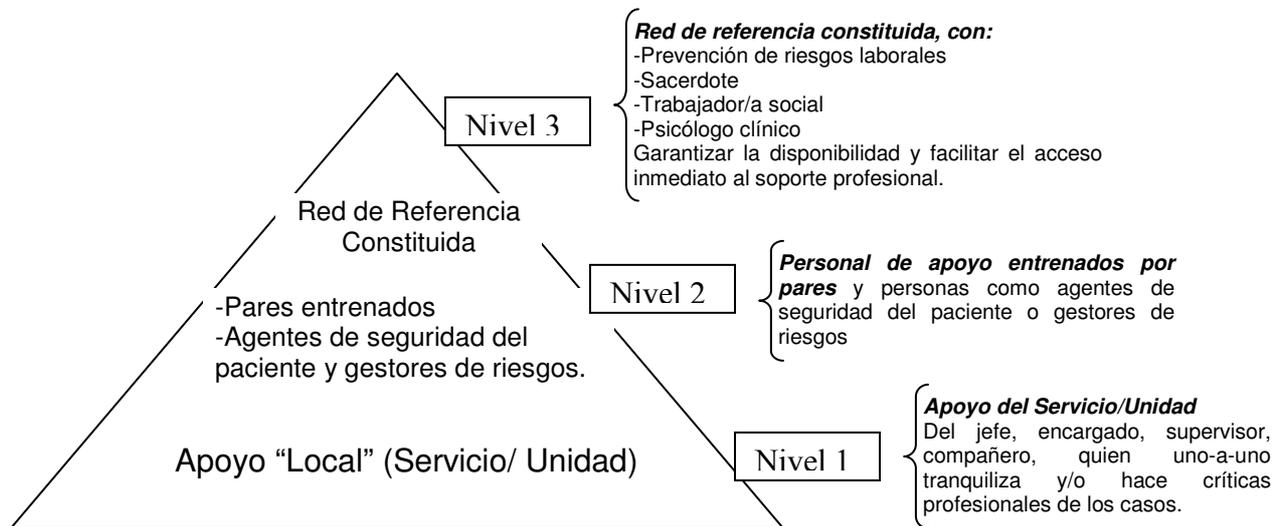
Fuente: Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: The impact of perceived mistakes on physicians. J Gen Intern Med 1992;7:424-431.

Figura N° 3. Probable ciclo de la segunda víctima.



Fuente: Schwappach DLB, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. Swiss Medical Weekly 2008; Oct 14.

Figura N° 4. Probable ciclo de la segunda víctima.



Fuente: Scott SD, Hirschinger LE et al. Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2010; 36(5):233-40.