

Per fer-ho possible, hem de proporcionar una assistència centrada en els pacients, saber ser membres d'equips multidisciplinaris, declarar (comunicar) i aprendre dels errors, aplicar una assistència basada en les millors evidències disponibles, anar sempre a la recerca de les pràctiques més ètiques i segures possibles, emprar la metodologia inherent a la millora de la seguretat i la qualitat i emprar tota la informació i eines d'anàlisi que ens proporcionen la tecnologia i els sistemes d'informació clínica.

La situació real, almenys en les nostres Facultats, està encara lluny d'aquest marc de referència. A tall d'exemple, a la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat de Barcelona, s'ha introduït des de fa més de 5 anys un mòdul (8 classes i seminaris) de seguretat clínica en l'assignatura de Medicina Preventiva i Salut Pública (5e curs) i una assignatura optativa (amb 30 places ofertades cada curs) de Seguretat Clínica als alumnes de 2on i 3r curs, que ha resultat tot un èxit (places exhaurides cada any).

En aquest mòdul s'expliquen les bases de la seguretat clínica, els principals esdeveniments adversos (errors de medicació, errors o accidents relacionats amb dispositius mèdics, errors i seguretat de les transfusions de sang i productes hemoderivats, errors relacionats amb la cirurgia, caigudes, infeccions relacionades amb l'assistència i altres) així com un seminari tipus *role-playing* de com fer front i respondre de forma adient a una reclamació, que ha resultat tota una experiència positiva: es planteja una situació real viscuda a l'Hospital i es deixa als alumnes un temps per preparar el que seria la seva reclamació (rol de pacients o familiars) i la resposta a la mateixa (metges), en el decurs d'una entrevista entre ambdues parts.

La capacitat dels alumnes per crear situacions i respostes diverses es més que notable. Posteriorment s'analitza entre tots el resultat de l'entrevista, llenguatge verbal i no verbal, actituds i es fan comentaris sobre possibles escenaris alternatius. Finalment, els alumnes aprenen també de forma pràctica a desenvolupar la metodologia de l'anàlisi

tipus causa-arrel, un dels més emprats en aquesta àrea.

Cal evolucionar cap l'ús de noves metodologies docents, com per exemple la simulació, que s'han mostrat també idònies per adquirir aquest tipus d'habilitats relacionades amb la seguretat clínica en la pràctica. La seguretat clínica és encara una assignatura pendent en l'educació mèdica.

## 6. CONSEQÜÈNCIES DE L'ERROR EN EL METGE, LA VICTIMITZACIÓ SECUNDÀRIA

*César VARGAS i BLASCO*

Definim com segona víctima a tot aquell professional sanitari que participa en un esdeveniment advers, un error mèdic o una lesió relacionada amb el pacient no esperada i que es converteix en el sentit que queda traumatitzat per l'esdeveniment, entenent per esdeveniment advers aquell dany no intencional causat al pacient com a resultat clínic no esperat de l'assistència sanitària i que pot o no estar associat a un error clínic.

L'any 2000 el Dr. Wu del Departament d'Higiene i Salut Pública de la universitat de Baltimore, va introduir el concepte de segona víctima entenent que el metge que comet l'error necessita també ajuda.

El 2019 en una editorial de la mateixa revista (BMJ), un grup de familiars i pacients perjudicats per errors mèdics, demanaven que es suprimís el terme segona víctima, en referència al metge, atès que consideraven que l'única víctima existent davant de l'error o conflicte, era el pacient. Des de l'àrea de praxi del COMB, es va donar resposta, considerant que el terme segona víctima serveix per a totes les parts implicades i que no és lícit estigmatitzar als metges implicats en un error, el terme valida els pensaments i les emocions de la persona i els danys que ha patit algú després de perjudicar involuntàriament a un pacient.

Per altra banda, l'impacte que representa al metge, el fet de veure's immers en un procediment judicial es coneix com a "síndrome clínic judicial". Diverses publicacions l'estudien i avalen, per tal d'instaurar mesures de prevenció i tractament.

En una enquesta de l'Associació Americana d'Urologia, s'evidenciava que el 60% dels uròlegs reclamats deixaven d'assumir patologia complexa i canviaven hàbits en el seu exercici. Un 40% és plantejaven deixar la pràctica de la urologia. En el nostre àmbit, en una enquesta de l'Associació Espanyola d'Urologia, aquestes xifres són inferiors, si bé un 60% canvien d'hàbits en el seu exercici, només un 13% deixen d'assumir patologia de complexitat i només un 7% és plantegen deixar la pràctica de la urologia. Ara bé, en les dues enquestes, la majoria d'uròlegs consideren que han actuat en el marc d'una praxi correcta (80% AUA i 88% AEU).

S'ha descrit també l'aparició del "*Malpractice Stress Syndrome*", les principals manifestacions del qual són els símptomes psicològics (ansietat i símptomes depressius) i símptomes físics com ara manifestacions secundàries, que poden ser manifestacions d'una malaltia de nova aparició o representar l'agreujant d'un trastorn preexistent.

Les demandes són estressants pel metge, pel fet del litigi i per un món judicial desconegut. Aquest estrès pot generar símptomes d'ansietat i manifestacions psicològiques i físiques.

La reclamació té conseqüències negatives com el sentiment de culpa, la pèrdua de control de la situació i la por a la pèrdua de reputació, així com incertesa i desconeixement sobre el procés que s'inicia.

Des del COMB es dona suport i formació per als metges que reben una reclamació, establint guies d'actuació per prevenir les reclamacions i de defensar-se judicialment. El coneixement disminueix l'ansietat davant l'incident i un abordatge correcte de la situació minimitza el patiment psicològic i les seves conseqüències.

## BIBLIOGRAFIA CONJUNTA

- Arimany Manso J i Gómez-Durán EL (editors): Responsabilitat professional mèdica i seguretat clínica. Col·legi oficial de Metges de Barcelona i Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. 2019.
- Arimany-Manso J, Martín-Fumadó C. La importancia de la seguridad clínica. *Med Clin (Barc)*. 2017;148:405-7.
- Arimany-Manso J, Vizcaíno M, Gómez-Durán EL. El síndrome clínico judicial: el impacto de los procedimientos judiciales en los médicos. *Med Clin (Barc)*. 2018;151:155-60.
- Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, Barbería E, Ferrer F, Sala J, et al. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. *Rev Clin Esp*. 2012;212:198-205.
- Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet*. 1999;353(9159):1178-81.
- Clarkson MD, Haskell H, Hemmelgarn C, Skolnik PJ. Abandon the term "second victim". *BMJ*. 2019 Mar 27;364:l1233.
- Gómez-Durán EL, Tolchinsky G, Martín-Fumadó C, Arimany-Manso J. Neglecting the "second victim" will not help harmed patients or improve patient safety. *BMJ*. 2019;365:l2167.
- Gómez-Durán EL, Vizcaíno-Rakosnik M, Martín-Fumadó C, Klamburg K, Padrós-Selma J, Arimany-Manso J. Physicians as second victims after a malpractice claim: an important issue in need of attention. *J Health Qual Res*. 2018;33:284-8.
- Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academies Press. 2000.
- Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ, Kizer KW, Schroeder SA, Lundberg GD. Promoting patient safety by preventing medical error. *JAMA*. 1998;280:1444-7.
- McLennan SR, Engel-Glatte S, Meyer AH, Schwappach DL, Scheidegger DH, Elger BS. Disclosing and reporting medical errors: cross-sectional survey of Swiss anaesthesiologists. *Eur J Anaesthesiol*. 2015;32:471-6.
- Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768-70.
- Sobel DL, Loughlin KR, Coogan CL. Medical malpractice liability in clinical urology: a survey of practicing urologists. *J Urol*. 2006;175(5):1847-51.
- Vincent C, Amalberti R. Seguridad del paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria más segura. Editorial Modus Laborandi. 2016.
- Wu AW. Medical Error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320:726-7.