

SEGUNDAS VÍCTIMAS: CALIDAD DE SOPORTE PERCIBIDO Y SU RELACIÓN CON LAS CONSECUENCIAS DEL EVENTO ADVERSO

SECOND VICTIMS: PERCEIVED SUPPORT QUALITY AND ITS RELATIONSHIP WITH THE CONSEQUENCES OF THE ADVERSE EVENT

RESUMEN

Introducción: Las segundas víctimas son aquellos trabajadores de salud que están involucrados en un Evento Adverso (EA) y presentan afección física, emocional, psicológica y/o laboral. Para evitar estas afecciones, es importante recibir medidas de soporte. El objetivo de este artículo es determinar qué relación existe entre las consecuencias de un EA sobre las segundas víctimas y la calidad de las medidas de soporte percibidas en instituciones de salud públicas y privadas de la Región Metropolitana durante el segundo semestre del año 2018.

Materiales y método: Estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo, correlacional y transversal. A través de una plataforma online se aplicó una encuesta sociodemográfica e instrumento SVEST que consta de nueve dimensiones relacionadas con consecuencias del EA y calidad del soporte percibido ($\alpha=0,826$).

Resultados: Muestra de 301 trabajadores de salud entre institución pública y privada, el 39,2% se involucró en un EA y de estos, el 73,0% manifestó ser Segunda Víctima. De estas segundas víctimas, 69,1% pertenece al sexo femenino y el 45,7% se desempeña como Profesional de Enfermería. Existe una relación negativa entre calidad de soporte percibido y consecuencia psicológica y laboral del EA (Público y Privado $p<0,05$) y un aumento del riesgo de tener consecuencias graves al recibir una baja calidad de soporte (OR=3,8; IC 95% 1.32-11.47).

Discusión: Es de gran importancia conocer este fenómeno y entregar medidas de soporte adecuadas a la Segunda Víctima, para disminuir el impacto físico, psicológico, emocional y/o laboral que conlleva involucrarse en un EA.

Palabras claves: Segundas Víctimas, Eventos Adversos, Seguridad del paciente, Calidad Asistencial, SVEST.

ABSTRACT

Introduction: The second victims are those health workers who are involved in an Adverse Event (AE) and display physical, emotional, psychological and / or work-related symptoms. To avoid these conditions, it is important to receive supportive measures. The objective of this article is to determine the relationship between the consequences of an AE on the second victims and the quality of the support measures received in public and private health institutions of the Metropolitan Region during the second semester of 2018.

Materials and Method: Quantitative, exploratory, descriptive, correlational and transversal study. Through an online platform, a sociodemographic survey and SVEST instrument was conducted, consisting of 28 items on the Likert scale (1-5) and nine dimensions related to the consequences of the AE and the quality of the perceived support ($\alpha = 0.826$).

Results: Of a sample of 301 health workers in public and private institution, 39.2% were involved in an EA and of these, 73.0% manifested symptoms of Second Victims. Of these second victims, 69.1% were female and 45.7% worked in the Nursing Profession. There is a negative relationship between the quality of perceived support and the psychological and occupational consequence of AD (Public and Private $p < 0.05$) and an increased risk of having serious consequences when receiving low quality of support (OR=3,8; IC 95% 1.32-11.47)

Discussions: It is of great importance to recognize this phenomenon and deliver adequate support measures to the Second Victim, in order to reduce the physical, psychological, emotional and / or work impact involved in being involved in an AD.

Keywords: Second Victims, Adverse Events, Patient Safety, Quality Assurance, SVEST.

Francisca Mallea-Salazar,
Ignacio Ibaceta-Reinoso.
Enfermeros universitarios,
Universidad San Sebastián.
Santiago, Chile.
fmalleasalazar@gmail.com

Carlos Vejar-Reyes
Magíster en Salud Pública,
Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

En la estrecha relación existente entre trabajadores de salud con el paciente en un contexto asistencial, pueden ocurrir diversas situaciones que conllevan una situación no esperada de la atención, los cuales son llamados “Eventos Adversos” (EA). Estos se definen como todo accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica del paciente y asociado a la asistencia sanitaria y no a la enfermedad de base¹ que le ha provocado muerte, lesión, incapacidad y/o prolongación de la estancia hospitalaria, alterando así el cuidado integral de este paciente.

En base a la epidemiología nacional, el Hospital Padre Hurtado² identificó una tasa de incidencia de EA en pacientes de 8,3 por cada 100 altas, sin mortalidad asociada. Además, Lancis y Asenjo³ detectaron que la mayor incidencia de EA cometidos por parte de los profesionales de salud es en la Unidad de Paciente Crítico (UCI) con una tasa de 21,43 por cada 100 altas.

Cuando ocurre un EA, todo el apoyo se destina al paciente afectado a quien se le nombrará como “Primera Víctima” del suceso. Sin embargo, el trabajador de salud que está involucrado en dicho EA se les otorga el nombre de “Segunda víctima” y este se define como todos aquellos trabajadores de salud que están involucrados directa o indirectamente en un EA, un error médico y/o una lesión hacia el paciente, y que producto del suceso, presentan alguna afección física y/o psicológica que altera su quehacer profesional³.

Según White et al.⁴ los profesionales de salud experimentan una angustia emocional y física con sentimientos de culpa, ira y miedo, acompañado en algunos casos de cuestionamientos de la competencia clínica y la capacidad para seguir prestando los servicios de salud.

Los países que han implementado la cultura de Calidad y Seguridad Asistencial proponen otorgar medidas de soporte a las segundas víctimas, integrando programas de apoyo emocional en las instituciones de salud. Un ejemplo de medidas de soporte es el programa *Resilience in Stressful Events* (RISE) implementado por Edrees et. al⁵ en el Hospital Johns Hopkins de Baltimore, Maryland.

En base a lo expuesto, se aprecia la importancia de estudiar a las segundas víctimas y a la vez la implementación en medidas de soporte en las instituciones de salud. Por esta razón, el objetivo de esta investigación es determinar qué relación existe entre las consecuencias de un EA sobre las segundas víctimas y la calidad de las medidas de soporte percibidas en instituciones de salud públicas y privadas de la Región Metropolitana durante el segundo semestre del año 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo correlacional, de corte transversal con enfoque cuantitativo y exploratorio. Se ejecutó un muestreo no probabilístico y por conveniencia en dos instituciones, una perteneciente al sector público y otra al sector privado de salud, en la Región Metropolitana de Chile. Se encuestó a un total de 301 trabajadores de salud, 176 pertenecientes a la institución pública (IPU) y 125 a la privada (IPR). Considerando los criterios de inclusión y exclusión expuestos en la tabla N°1, se encuestó sólo a trabajadores de salud que desempeñan sus labores en la institución evaluada, que tuvieran contacto directo con los pacientes y que acepten el consentimiento informado.

Tabla N° 1: Criterios de Inclusión y exclusión de la investigación.

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Enfermeros(as), Médicos Cirujanos, Matrones(as) y Técnicos de enfermería de nivel superior que desempeñen sus labores en la institución evaluada, ya sea pública o privada donde se desarrolle la investigación.	Todo profesional y técnico de salud que no trabaje como prestador de servicios de atención intrahospitalaria y que no tengan contacto directo con los pacientes.
Todo profesional de salud que se considere segunda víctima.	Profesionales que no hayan estado involucrados en algún EA o no se consideren segundas víctimas
Todo profesional de salud que haya firmado el consentimiento informado y que haya respondido la encuesta en su totalidad.	Profesionales que no hayan firmado el consentimiento informado y que no hayan respondido la encuesta en su totalidad.

Los datos se recolectaron mediante una encuesta autoaplicada en plataforma online que constó de dos partes: Caracterización sociodemográfica y el instrumento *Second Victim Experience and Support Tool* (SVEST). Los participantes ingresaban desde sus celulares escaneando un código QR o desde sus computadores mediante un link que direcciona a la encuesta, ahí tenían acceso al consentimiento informado, donde podían voluntariamente aceptar o rechazar su participación de la investigación.

Entre las variables sociodemográficas se consideró sexo, rango de edad, modalidad de turno, complejidad del servicio, y profesión, participación en un EA y sintomatología de Segunda Víctima. Para mayor claridad, Prada, Pérez y Rivera⁶ dividen en tres categorías los servicios de salud según la complejidad:

Baja Complejidad: Atención otorgada por personal general técnico y auxiliar de baja resolución.

Mediana Complejidad: Atención otorgada por personal especializado y tecnología de mediana complejidad.

Alta Complejidad: Personal altamente especializado y tecnología de la más alta complejidad.

Las variables relacionadas con la Segunda Víctima fueron: el impacto del EA y la calidad de las medidas de soporte recibidas posterior al EA, las cuales son evaluadas a través del instrumento "SVEST", el cual ha sido validado psicométricamente en diversas culturas y ha sido sometido a pruebas de análisis factorial confirmatorio.

Según Brunelli, Estrada y Celano⁷ dicho instrumento consta de 28 ítems que se agrupan en 9 dimensiones relacionadas al impacto del EA en la segunda víctima y su percepción sobre la calidad de las medidas de soporte. Estas se detallan a continuación:

1. Cuatro dimensiones relacionadas con el impacto del EA sobre la salud de la segunda víctima:

- Estrés físico: Alteraciones tales como taquicardia, alteraciones del sueño, náuseas, agotamiento, falta de apetito, entre otros.
- Estrés psicológico: Alteraciones tales como, estrés emocional, depresión, ansiedad, miedo, vergüenza, entre otros.
- Autoeficacia profesional.
- Ausentismo y Abandono laboral.

2. Cuatro dimensiones relacionadas con las medidas de soporte recibidas posterior a un EA:

- Apoyo entre colegas
- Apoyo de supervisores
- Apoyo recibido por la institución
- Apoyo obtenido fuera del trabajo (amigos y/o familiares).

3. Deseabilidad de recibir medidas de soporte.

Estos ítem son medidos en escala de Likert de 1 a 5 puntos, donde 1 significa "Muy en desacuerdo" y 5 significa "Muy de acuerdo". Las puntuaciones mayores a 4 en cada dimensión indican mayor estrés en respuesta al EA y mayor percepción de calidad sobre las medidas de soporte brindadas.

Para la aplicación del SVEST, se solicitó la adaptación al español realizada por Brunelli et.al⁷. Como dicho instrumento no está validado en Chile, la adaptación se sometió a revisión por 4 expertos en el área de Calidad y Seguridad Asistencial y posteriormente se realizó un pretest con la participación de 34 trabajadores de salud, de los cuales 10 cumplieron con los criterios de inclusión. Con la evaluación del pretest, se obtiene un alfa de Cronbach de 0,826.

Al finalizar la recolección de datos, se utilizó el programa Excel para realizar un análisis univariado, empleando frecuencias (n) y porcentajes. Posteriormente, a través del programa estadístico SPSS versión 23, se realizó un análisis comparativo entre ambas muestras (sector público y privado) mediante pruebas de Levene y pruebas T, con el objetivo de establecer diferencias estadísticamente significativas.

Para el análisis bivariado, se utilizaron tablas de contingencia y pruebas de Chi-cuadrado y si existe una relación estadísticamente significativa, se aplicaron pruebas direccionales para establecer si es un relación positiva o negativa. Finalmente, se realizó un análisis inferencial mediante el Odds Ratio (OR) entre variables.

Cabe destacar que este estudio garantiza en todo momento la privacidad y anonimato de los datos recolectados y que el presente estudio fue revisado y aprobado por el comité de Ética de la Universidad San Sebastián y por el Comité Ético Científico de la institución pública y privada de Salud.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de la muestra estudiada.

Según lo expuesto en la Tabla N°2.1, de la muestra

total (n=301), el 77,0% es de sexo femenino, 46,0% de los encuestados tiene entre 30 y 44 años, 68,4% trabaja en cuarto turno, 44,2% en servicio de alta complejidad, 41,9% es Técnico en Enfermería y 36,2% se desempeña como Enfermera/o.

Tabla N° 2.1: Características Sociodemográficas, muestra total de la investigación.

	IPU (n=176)		IPR (n=125)		Total (n=301)	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Femenino	127	72,2	104	83,2	231	76,7
Masculino	49	27,8	21	16,8	70	23,3
Rango de edad	n	%	n	%	n	%
18 y 29 años	75	42,6	46	36,8	121	40,2
30 y 44 años	72	40,9	67	53,6	139	46,2
45 y 59 años	27	15,3	12	9,6	39	12,9
>60 años	2	1,1	0	0,0	2	0,7
Modalidad de turno	n	%	n	%	n	%
Cuarto turno	119	67,6	87	69,6	206	68,4
Tercer turno	0	0,0	1	0,8	1	0,3
Turno diurno	34	19,3	20	16,0	54	17,9
Turno modificado	23	13,1	17	13,6	40	13,4
Tipo de servicio	n	%	n	%	n	%
Alta complejidad	75	42,6	58	46,4	133	44,2
Mediana complejidad	72	40,9	44	35,2	116	38,5
Baja complejidad	29	16,5	23	18,4	52	17,3
Profesión	n	%	n	%	n	%
Enfermero/a	63	35,8	46	36,8	109	36,2
Médico Cirujano	24	13,6	16	12,8	40	13,3
Técnico de Enfermería de nivel superior	73	41,5	53	42,4	126	41,9
Matrón/a	5	2,8	7	5,6	12	3,9
Otro	11	6,3	3	2,4	14	4,7

En la tabla N°2.2, se observa que del total de la muestra (n=301), el 39,2% se involucró en un EA y

de estos involucrados el 73,0% manifestó sintomatología de Segunda Víctima.

Tabla N° 2.2: Características relacionadas al EA.

	IPU (n=176)		IPR (n=125)		Total (n=301)	
	n	%	n	%	n	%
Participación en un EA						
Sí	70	36,9	48	38,5	118	39,2
No	106	60,4	77	61,5	183	60,8
Notificación del EA	n	%	n	%	n	%
Sí	59	92,2	44	93,6	103	92,8
No	5	7,8	3	6,4	8	7,2
Síntomas de Segunda Víctima	n	%	n	%	n	%
Sí	43	67,2	38	80,8	81	73,0
No	21	32,8	9	19,2	30	27,0

No hay diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras ($P < 0,05$). La segunda parte de la encuesta fue aplicada solamente a aquellos profesionales que manifestaron haber tenido sintomatología de Segunda Víctima posterior al EA ($n=81$).

Tabla N° 2.3: Características Sociodemográficas de profesionales caracterizados como Segundas víctimas.

	IPU (n=43)		IPR (n=38)		Total (n=81)	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Femenino	28	65,1	28	73,7	56	69,1
Masculino	15	34,9	10	26,3	25	30,9
Rango de edad	n	%	n	%	n	%
18 y 29 años	14	32,6	15	39,5	29	35,9
30 y 44 años	21	48,8	17	44,7	38	46,2
45 y 59 años	7	16,3	6	15,8	13	16
>60 años	1	2,3	0	0	1	1,2
Modalidad de turno	n	%	n	%	n	%
Cuarto turno	31	72,1	24	63,2	55	67,9
Tercer turno	0	0	1	2,6	1	1,2
Turno diurno	8	18,6	13	34,2	21	25,9
Turno modificado	4	9,3	0	0	4	5
Tipo de servicio	n	%	n	%	n	%
Alta complejidad	17	39,5	22	57,9	39	48,2
Mediana complejidad	20	46,5	9	23,7	29	35,8
Baja complejidad	6	14	7	18,4	13	16
Profesión	n	%	n	%	n	%
Enfermero/a	20	46,5	17	44,7	37	45,7
Médico Cirujano	4	9,3	8	21,1	12	14,7
Técnico de Enfermería de nivel superior	15	34,9	10	26,3	25	30,8
Matrón/a	4	9,3	3	7,9	7	8,8

En base a los resultados expuestos en la tabla N°2.3, se analiza que del total de profesionales caracterizados como Segundas víctimas (n=81), el 69,1% pertenece al sexo femenino, predomina el rango etario entre los 30 y 44 años representados por el 46,2%. En relación con la modalidad de trabajo, el 45,7% se desempeña como profesional de Enfermería, 48,2% trabaja en un servicio de alta complejidad y 67,9% mediante la modalidad de sistema de cuarto turno.

Resultados por dimensión evaluada en el Instrumento SVEST.

Según la Tabla N°3, del total de Segundas Víctimas (n=81) el 80,9% manifiesta tener estrés psicológico posterior al EA, destacando la sintomatología más frecuente que es sentir vergüenza con 72,1% en IPU y un 63,1% en IPR. Además, de la muestra (n=81) el 40,8% indica tener manifestaciones físicas principalmente sentirse agotado luego de un EA, representado por el 88,3% en IPU y 73,7% en IPR.

En cuanto a la Autoeficacia Profesional, la principal sintomatología luego de un EA corresponde a sensación de inseguridad acerca de las propias habilidades profesionales con un 55,8% en IPU y un 39,5% en IPR.

El 26,8% de las Segundas Víctimas (n=81) indica tener deseos de ausentarse de sus labores luego del EA (43,0% en IPU y 10,5% IPR). Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los porcentajes de acuerdo de ambas instituciones ($p<0,05$; IC: 0,42 - 2,396).

Las medidas de soporte brindadas por los colegas son las más aceptadas por las Segundas Víctimas (n=81) con 76,4% entre ambas instituciones. Destaca que hablar de lo que pasó con sus colegas le generó alivio tiene una preferencia de 83,7% en IPU y 76,3% en IPR.

El 56,2% de las Segundas Víctimas (n=81) considera de calidad el apoyo brindado por el supervisor/a jefe. En este aspecto, la afirmación “siento el supervisor tiene en cuenta la complejidad del paciente cuando evalúa estas situaciones” tiene una aprobación de 67,4% en IPU y 68,4% en IPR.

El apoyo brindado por la institución solo obtiene la aprobación del 32,7% en promedio en ambas instituciones, destacando que “en mi institución se entiende que quienes se equivocan pueden necesitar ayuda” obtiene mayor aprobación con un 39,5% en IPU y 41,2% en IPR.

Por último, las Segundas Víctimas (n=81) reciben una alta calidad de apoyo por familiares/amigos con 83,7% en IPU y 60,6% de IPR. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los porcentajes de acuerdo de ambas instituciones ($p<0,05$; IC: 0,472 - 2,405).

La deseabilidad de recibir medidas de soporte para la Segunda Víctima (n=81) obtiene el 78,4% en IPU y 64,6% en IPR. Además, en IPU el 93,0% desea tener como apoyo un programa de asistencia psicológica o de consejería fuera de la institución y en IPU el 81,6% desea establecer una conversación con el supervisor sobre el incidente.

Tabla N° 3: Porcentajes promedio de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo” según dimensión en Institución Pública y Privada.

Dimensión	IPU	IPR	Promedio
Estrés psicológico	80,2	81,6	80,9
Estrés Físico	42,8	38,8	40,8
Autoeficacia profesional	44,8	32,2	38,5
Ausentismo laboral	43,0	10,5	26,8
Abandono laboral	15,1	10,5	12,8
Calidad de soporte recibido por los colegas	79,7	73,0	76,4
Calidad de soporte recibido por el supervisor	55,2	57,2	56,2
Calidad de soporte recibido por la institución	33,7	31,6	32,7
Calidad de soporte recibido por amigos/ familiares	83,7	60,6	72,2
Deseabilidad de recibir apoyo luego de un EA	78,4	64,6	71,5

La tabla N°4 compara los resultados obtenidos en Chile con las anteriores aplicaciones del SVEST. Su construcción fue en base a la tabla elaborada por Brunelli, Estrada y Celano⁷ y se considera el promedio de respuesta por cada dimensión, donde un valor igual o mayor a 4 indica que el encuestado está de acuerdo con haber sufrido un alto impacto posterior al EA y una alta calidad de medidas de soporte.

Al realizar análisis cruzados mediante las tablas de contingencia, considerando las variables socio-demográficas como independiente y las dimensiones del SVEST como dependiente no se obtienen relaciones estadísticamente significativas. En cuanto a la tabla N°5, el 71,6% de las Segundas víctimas

(n=81) manifestaron estrés psicológico, de los cuales el 67,2% pertenece al sexo femenino y el 32,7% al masculino.

Es importante destacar que, en el ámbito laboral, del total de Segundas Víctimas (n=81), en la Institución Pública el 32,6% reciben una alta calidad de apoyo y no sufren consecuencias graves posterior al EA. Por otra parte, en la Institución Privada, el 44,7% reciben una calidad de soporte moderada y tienen consecuencias bajas posterior al EA. Existe una relación ($p < 0,05$) entre estas variables con $\chi^2 = 13,061$ en IPU $\gamma = 9,575$ en IPR con una relación negativa entre variables (d de Somers: -0,026 y -0,363 respectivamente), reflejando que, a mayor calidad del soporte recibido, menor es la consecuencia laboral del EA.

Tabla N°4: Promedio de respuestas obtenidas según dimensión y su desviación estándar (DS)

Dimensión	Argentina	EE. UU.	Corea	Chile
Estrés psicológico	4,0 (1,0)	2,6 (1,0)	3,4 (0,7)	4,0 (0,7)
Estrés físico	2,2 (1,1)	2,3 (1,0)	3,0 (0,8)	3,1 (0,9)
Autoeficacia profesional	2,2 (1,3)	2,5 (0,8)	3,2 (0,5)	2,0 (1,1)
Abandono laboral	1,5 (0,9)	2,0 (1,1)	3,1 (0,9)	2,0 (1,0)
Ausentismo laboral	1,2 (0,6)	1,8 (1,0)	--	2,5 (1,1)
Apoyo de colegas	3,1 (1,1)	2,2 (0,6)	2,5 (0,5)	3,9 (0,0)
Apoyo de supervisor	3,3 (1,2)	1,8 (0,8)	2,5 (0,5)	3,4 (1,0)
Apoyo de institución	2,3 (1,4)	2,3 (0,8)	2,6 (0,6)	2,9 (1)
Apoyo de amigos/familiares	3,0 (1,4)	2,4 (1,0)	2,4 (0,7)	3,9 (1,1)

Tabla N°5: Tabla de contingencia entre las variables sexo y estrés psicológico por el EA.

Sexo	Estrés Psicológico			Total
	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	
Femenino	0% (0)	30,4% (17)	69,6% (39)	100% (56)
Masculino	4% (1)	20% (5)	76% (19)	100% (25)
Total	1,2% (1)	27,2% (22)	71,6% (58)	100% (81)

DISCUSIÓN

Del total de encuestados (n=301), según la variable sexo, 72,2% son de sexo femenino y 27,8% del sexo masculino en IPU, por su parte, en IPR el 83,2% pertenece al sexo femenino y 16,8% al masculino. Estos resultados son cercanos a los observados a nivel nacional, según registros de trabajadores de salud al año 2017 en la Superintendencia de Salud⁸, un 66,9% son mujeres y un 33,1% hombres. Se manifiesta que no existen diferencias significativas en ambos grupos. ($p>0,05$)

En cuanto al rango etario, en la IPU el 42,6% está entre los 18 y 29 años y el 53,6% está entre los 30 y 44 años en la IPR. No se puede establecer una diferencia entre los datos obtenidos y la situación nacional, ya que no hay registros en Chile respecto al rango etario.

En la IPU, el 41,9% es Técnico en Enfermería de nivel superior, 35,8% de Enfermeras/os, 13,6% rol Médico Cirujano y Matrón/a con el 2,8%. En la IPR, los valores son similares representados por 42,4%, 36,8%, 12,8% y 5,6% respectivamente. En relación con ambas instituciones, los resultados obtenidos son muy similares a los del estudio realizado por Van Gerven et. al⁹, donde el 61,4% corresponde a profesional de Enfermería, 18,1% a Médicos y 3,9% a Matrón/a. Cabe destacar que actualmente en Chile no existen estudios sobre Segundas víctimas con los cuales se puedan comparar los resultados obtenidos en este estudio.

De la muestra total (n=301), un 39,2% manifestó haber estado involucrado en un EA, de ellos el 36,9% en IPU y un 38,5% en IPR, lo cual se condice con lo descrito por Van Gerven et al.⁹, donde cerca del 50% de los trabajadores de salud han estado involucrado directa e indirectamente en un EA a lo largo de su carrera.

Al analizar los rangos de edad y la experiencia luego de estar involucrado en un EA, se obtuvo que más del 50% de los EA se concentró entre los 18 y 44 años. Estos datos se pueden comparar con el estudio realizado por Van Gerven et. al⁹, donde el rango <25 años tiene el 3,1%, entre los 25 y 34 años el 17,4%, entre los 35 a 44 años un 23,1% y entre los 45 a 54 años posee un 26,8% de ocurrencia en EA.

De los encuestados involucrados en un EA, el 73,0% manifestó ser Segunda Víctima (n=81), lo cual se relaciona con el estudio realizado el año 2018 por Brunelli et. al⁷, quien indica que existe una prevalencia de Segundas Víctimas del 75% en España y un 66% en EE. UU.

Respecto a la relación que existe entre el sexo y las consecuencias físicas, emocionales y/o psicológicas, el 69,1% de las Segundas Víctimas (n=81) corresponde al sexo femenino y el 30,9% al sexo masculino. Estos datos tienen directa relación con los obtenidos el año 2016 por Van Gerven et. al⁹, el cual menciona que el 72,3% de la muestra pertenece al sexo femenino y el 27,7% al masculino.

El promedio de respuesta obtenido según la aplicación del SVEST es en las dimensiones “Estrés psicológico”, “Estrés Físico” y “Abandono Laboral” con un 4.0, 3.1 y 2.0 respectivamente, lo cual evidencia resultados mayores a los obtenidos en EE. UU, Corea y Argentina, lugares donde fue previamente aplicado este instrumento.

En la dimensión del estrés psicológico destaca el ítem “Sentí tristeza por la experiencia del Evento Adverso” en la IPU y IPR con un 97.7% y un 92.1% respectivamente, además, el 84,1% de los profesionales sintió miedo luego de verse involucrado nuevamente en un EA. Las cifras son superiores a las descritas por Scott et. al³, donde los profesionales de EE. UU presentan sensación de tristeza en un 68% de los casos e ideas intrusivas de verse involucrado en un EA de un 52%.

La dimensión de estrés físico para el ítem “Verse involucrado en un EA fue agotador” obtuvo un promedio de respuestas del 81%. Según Scott et. al³ los síntomas físicos más frecuentes son fatiga extrema 52%, taquicardias 42%, aumento de la presión arterial 42%, tensión muscular 39% y taquipnea 35% y estas manifestaciones se pueden presentar de manera individual o en conjunto.

En la IPR el 68,4% de las Segundas Víctimas manifiesta que los supervisores de los servicios tienen en consideración la complejidad de los pacientes al verse involucrados en un EA y el 65,1% que este no culpa a los individuos del equipo de salud. En la IPU el 65,1% de los encuestados manifiesta que los supervisores culpan a los individuos cuando ocurre un EA⁹.

Los resultados obtenidos en ambas instituciones respecto a la calidad de soporte, el 62% no recibe ningún tipo de apoyo luego de un EA, lo cual se relaciona con el estudio de Van Gerven et. al⁹, en el año 2016, donde el 53,8% de los profesionales manifiesta no recibir ningún tipo de apoyo.

En cuanto a la calidad de las medidas de soporte, Chile presenta un promedio muy similar a los demás países, destacando el ítem de apoyo brindado por parte de la institución con un promedio de 2.9 (DS

1,1) en comparación a Argentina con 2,3 (DS 1,4), EE. UU. con 2,3 (DS 1,8) y Corea con 2,6 (DS 0,6), refiriendo que la opción más seleccionada es “En desacuerdo” y “Muy en desacuerdo”.

El 38,3% de la muestra involucrada en un EA (n=118), refiere recibir apoyo por parte de los colegas, amigos, familia o institución y de ellos el 3,7% percibe la calidad del apoyo como baja, el 53,1% como moderada y el 43,2% restante como alta. En este instrumento se incluyó por primera vez la dimensión “percepción de la calidad de apoyo recibido”, ya que es necesario identificar si el apoyo que se está entregando a los profesionales, cumple con las características de un apoyo efectivo. En las aplicaciones anteriores del instrumento SVEST, no existe registro sobre la percepción que tienen las Segundas Víctimas respecto a este ítem, por lo cual no se pueden contrastar estos resultados.

Al realizar un análisis inferencial entre la Calidad de soporte percibido (Baja y moderada) y Consecuencias del EA (Leves, Moderadas y graves) se obtienen resultados del Odds Ratio (OR) de 3,8 (IC 95% 1.32-11.74), lo cual indica que existe hasta 4 veces mayor probabilidad de tener consecuencias graves cuando se percibe una calidad de soporte baja.

Respecto a la dimensión “Deseabilidad de recibir medidas de soporte”, del total de la muestra (n=81), el 77,3% manifiesta la necesidad de recibir apoyo por parte de un compañero. Este resultado es muy similar al obtenido en el estudio de Burlison et al¹². en año 2014, donde el 80,5% de los profesionales prefieren establecer una conversación respecto a lo ocurrido con un colega que sea de su estima.

Respecto a la autoeficacia profesional, del total de Segundas Víctimas (n=81), en la IPR el 60,5% manifiesta no tener cuestionamiento de su autoeficacia profesional y 78,9% no siente deseos de abandonar su lugar de trabajo, en comparación a IPU, donde el 52,3% tiene cuestionamiento de la autoeficacia luego de estar involucrado en un EA y de ellos el 69,8% ha considerado abandonar su trabajo. Esto se condice con el estudio realizado en 2015 por Mira et al¹⁰, donde un 32,8% de los encuestados presentó dudas sobre su autoeficacia profesional y también el estudio de Burlison et. al¹², quien detalla que las Segundas Víctimas manifiestan sintomatología que pudiese conllevar consecuencias en su bienestar emocional, físico y psicológico.

En conclusión, de los trabajadores que manifestaron ser Segunda Víctima, la sintomatología más

predominante es estrés físico y psicológico. Además, los trabajadores de salud afirman que sienten efectivas las formas de apoyo recibidas por parte de sus compañeros de trabajo como también de su supervisor, en las que destacan sentirse comprendidos y apoyados sin repercusiones laborales luego del EA. Ante esta situación Quillivan et. al¹¹ enfatiza la importancia de brindar apoyo de los pares sin repercusiones laborales a la Segunda Víctima, para así disminuir la cultura punitiva y la sintomatología asociada luego de la ocurrencia del EA. También Cabilan & Kynoch¹³, afirman que las medidas de soporte como el apoyo emocional, son prioridad para disminuir la repercusión en la salud física, mental y emocional de los trabajadores involucrados. Además, la ausencia de apoyo entre colegas y supervisores puede afectar profundamente el afrontamiento efectivo de las Segundas Víctimas, conllevando una mayor angustia o una prolongada recuperación posterior al EA.

Por otro lado, se destaca que para los trabajadores de la IPU es beneficioso recibir uno o dos días libres posterior al EA, no obstante, en la IPR consideran que recibir días libres posterior al EA no tiene mayor importancia en la sintomatología asociada. También destacan medidas de apoyo tales como tener un compañero para conversar de lo ocurrido y programar una cita con un consejero de su institución.

En base al estudio realizado, se logra visualizar por primera vez en Chile el concepto de Segunda Víctima y las repercusiones que tiene en los trabajadores de salud. Si bien la muestra no es extrapolable a otros centros, entrega referencias del fenómeno descrito para que las instituciones de salud implementen medidas de soporte acorde a las necesidades de los profesionales.

Las limitaciones este estudio se relacionan principalmente a la epidemiología para sustentar el tema planteado, ya que a nivel nacional no existen estudios en torno a las segundas víctimas, aunque sí a nivel internacional. Otra limitación fue el desconocimiento, por parte de los participantes respecto al término “Segunda Víctima” al momento de aplicar el instrumento, esto causó rechazo en participar del estudio debido a la connotación negativa que tiene el verse involucrado en un EA. Es importante que los profesionales reconozcan el concepto de Segunda Víctima, para lo que se debe incorporar en las asignaturas de pregrado los conceptos de primera, segunda y tercera víctima, fortaleciendo así los conocimientos de calidad y seguridad asistencial.

A modo de sugerencia, se enfatiza en realizar una nueva aplicación del instrumento SVEST a través de un diseño metodológico longitudinal, con un muestreo probabilístico e incluso un estudio de casos y controles posterior a la implementación de medidas de soporte, para lograr mayor especificidad de las estrategias que se deben considerar en los profesionales de salud, posterior a un EA.

AGRADECIMIENTOS

A todos los docentes que contribuyeron a nuestro conocimiento y desarrollo profesional. En especial a nuestro tutor don Carlos Vejar Reyes, por confiar en nuestro proyecto de investigación y permitir explorar nuestro potencial en investigación. A Dra. Marcela Potin y nuestra docente Mat. Alejandra Valdés, por creer en nuestro proyecto y representarlo en los comités de ética de sus instituciones de Salud estudiadas. A la Sra. María Victoria Brunelli, por facilitarnos el instrumento SVEST validado y traducido al español. Por último, pero no menos importante a nuestros compañeros de investigación en la Tesina para obtener el grado de Licenciados de Enfermería: Nerio Bastidas, Valentina Echevarría, Thalía Millán, Daniela Núñez y Andrés Ubilla.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores participantes de esta investigación declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Argentina. Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. España: Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad; 2010 [consultado nov 2020]. Disponible en http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/observatoriodecalidad/files/2014/06/INFORME_IBEAS1.pdf
2. Saavedra C. Factores de éxito para la acreditación de la calidad en salud: el caso del hospital Exequiel González Cortés [Tesis de Magíster]. Santiago: Universidad de Chile; 2014 [consultado diciembre 2020]. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116866/cfsaavedra_cv.pdf;sequence=1
3. Scott S, Hirschinger L, Cox K, McCoig M, Brandt J, Hall W. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009 june;18(5):325-330.
4. White A, Brock D, McCoher P, Hofeldt R, Edrees H, Shannon S, Gallagher T. Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events. *J Healthhc Risk Manag*. 2015;34(4):30-40.
5. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu A. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016 march; 6(9):1-12.
6. Prada S, Pérez A, Rivera A. Clasificación de instituciones prestadores de servicios de salud según el sistema de cuentas de la salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: el caso de Colombia. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2017;16(32):51-65.
7. Brunelli M, Estrada S, Celano C. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of a Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *J Patient Saf*. 2014;1-5.
8. Chile. Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestadores Individuales de Salud [Internet]. Chile: Ministerio de Salud; 2017 [consultado en noviembre 2020]. Disponible en http://www.supersalud.gob.cl/664/articulos15833_recurso_1.pdf
9. Van Gerven E, Bruyneel L, Pañella M, Euwema M, Sermeus W, Vanhaecht K. Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. *BJM Open*. 2016 february;6(1):1-10.
10. Mira J, Carrillo I, Guilabert M, Lorenzo S, Pérez-Pérez P, Silvestre C, Ferrús L. The Second Victim Phenomenon After a Clinical Error: The Design and Evaluation of a Website to Reduce Caregivers' Emotional Responses After a Clinical Error. *JMIR*. 2017 june;19(06):1-14.
11. Quillivan R, Burlison J, Browne E, Scott S. Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2016 august; 42(8):377-384.
12. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources. *J Patient Saf*. 2014;13(2):93-102.
13. Cabilan C, Kynoch K. Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: a qualitative systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2017;15(9):2333-2364.