

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO EN ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR**

**EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE SEGUNDAS VÍCTIMAS Y SU
REPERCUSIÓN EN EL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA QUIRÚRGICA DEL
HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ, EN EL 2023**

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador



**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR**

Autora:

Sofía Lorena Flores García

Directora de tesis: Dra. Sandra del Rocío Morocho Imbacuán

Directora metodológica: Dra. Sonia Pamela Cabezas Pérez

Quito, noviembre 2023

DEDICATORIA

*A Benjamín, tú me inspiras, guías y acompañas en cada paso.
A mi mamá, mi compañera de lucha, siempre.*

AGRADECIMIENTO

A quienes han sido partícipes de esta historia y me han apoyado en cada paso, infinitas gracias.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

1. **Segunda víctima:** Se refiere al personal de salud que experimenta repercusiones personales, profesionales y emocionales debido a un evento adverso en la atención médica.
2. **Incidente:** Un suceso con el potencial de causar lesión, complicación o contribuir a un evento adverso en la atención médica.
3. **Evento adverso:** Incidentes que resultan en lesiones o complicaciones en pacientes debido a la atención médica y no relacionados con la patología por la que el paciente está siendo tratado.
4. **Sesgo de selección:** Tendencia a elegir una muestra que no es representativa de la población objetivo.
5. **Validez:** La medida en que un estudio o prueba mide lo que pretende medir.
6. **Prevalencia:** La proporción de casos de un evento o condición en una población en un momento dado.
7. **Errores médicos:** Acciones o decisiones incorrectas en la atención en salud que pueden causar daño al paciente.
8. **Resiliencia:** La capacidad de adaptarse y recuperarse de situaciones adversas.

TABLA DE CONTENIDOS

Contenido

RESUMEN.....	10
ABSTRACT	11
CAPÍTULO I	10
1. Introducción.....	10
2. Problema de investigación	10
3. Justificación	11
4. Objetivos	12
<i>4.1 Objetivo general</i>	<i>12</i>
<i>4.2 Objetivos específicos</i>	<i>12</i>
CAPÍTULO II.....	13
Marco teórico.....	13
<i>2.1 Análisis situacional.....</i>	<i>13</i>
<i>2.2 Seguridad del paciente</i>	<i>13</i>
2.2.1 Incidentes y su clasificación en seguridad del paciente.....	14
2.2.2 Evento adverso en áreas quirúrgicas.....	15
2.2.3 Seguridad del paciente en áreas quirúrgicas	16
<i>2.3 Segunda Víctima</i>	<i>18</i>
2.3.1 El error en atención en salud	18
2.3.2 Definición de segunda víctima	19
2.3.3 Frecuencia del fenómeno segunda víctima.....	19
2.3.4 Consecuencias para los profesionales de salud.....	20
2.3.5 Abordaje de profesionales segundas víctimas y proceso de recuperación	24
2.3.6 Segundas víctimas en el área quirúrgica.....	26
CAPITULO III	27
<i>Metodología.....</i>	<i>27</i>
<i>3.1 Materiales y métodos</i>	<i>27</i>
<i>Tipo de estudio:</i>	<i>27</i>
<i>Población:</i>	<i>27</i>
<i>Muestra:</i>	<i>27</i>
<i>Establecimiento:</i>	<i>27</i>
<i>Criterios de selección:</i>	<i>28</i>
<i>Variables:</i>	<i>28</i>
<i>Métodos, técnicas e instrumentos para recolección de datos:</i>	<i>29</i>

Procedimiento:	29
3.2 Análisis de los datos obtenidos	29
3.3 Consideraciones bioéticas	30
3.4 Consideraciones Éticas	30
3.5 Consideraciones de Género.....	31
3.6 Código de aprobación del protocolo:	31
CAPITULO IV	32
Resultados	32
Objetivo No. 1: Describir las características demográficas de los profesionales de la salud de Centro Quirúrgico del Hospital Pablo Arturo Suarez.....	32
Tabla 1: Sexo de los participantes	32
Tabla 2: Tipo de trabajo de los participantes	32
Tabla 3: Años de experiencia del personal del área quirúrgica	33
Objetivo No. 2: Analizar la comprensión del personal de salud de Centro Quirúrgico sobre el termino segunda víctima.	33
Tabla 4: Conocimiento del término	33
Tabla 5: Relación del conocimiento del término y tipo de trabajo de los participantes	34
Objetivo No. 3: Evaluación de la repercusión emocional y psicológica que tiene el personal de Centro Quirúrgico cuando es segunda víctima.	35
Tabla 6: Resumen de procesamiento de casos	35
Tabla 7: Relación de afirmación en consecuencia al paciente y efectos posterior al error de los participantes	35
Objetivo No.4: Identificar si los profesionales con características de segunda víctima solicitaron ayuda posterior al evento adverso.	37
Tabla 8: Relación de error médico y la busca ayuda	37
CAPÍTULO V	38
Discusión	38
5.1 Discusión de resultados	38
CAPITULO VI	40
Conclusiones y recomendaciones	40
6.1 Conclusiones.....	40
6.2 Recomendaciones	41
6.3 Limitaciones.....	42
Referencias bibliográficas.....	43
ANEXOS	47
Anexo 1: Aprobación de protocolo CEISH – PUCE	47
Anexo 2: Aprobación de informe final.....	48
Anexo 3: Lista de instituciones	49
Anexo 4: Operacionalización de variables.....	50

<i>Anexo 5: Instrumento de recolección de datos</i>	<i>52</i>
<i>Anexo 6: Consentimiento informado</i>	<i>55</i>
<i>Anexo 8: Gráficos</i>	<i>58</i>
Gráfico 1. Frecuencia de sexo de los participantes	58
Gráfico 2. Tipo de trabajo de los participantes	58
Gráfico 3. Años de experiencia del personal del área quirúrgica	59
Gráfico 4. Conocimiento del término	59
Gráfico 5. Relación del conocimiento del término y tipo de trabajo de los participantes.....	60
Gráfico 6. Relación de afirmación en consecuencia al paciente y efectos posterior al error de los participantes.....	61
Gráfico 7. Repercusiones psíquicas y emocionales.....	61
Gráfico 8. Identificar si los profesionales con características de segunda víctima solicitaron ayuda posterior al evento adverso	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Frecuencia sexo	32
Tabla 2: Frecuencia tipo de trabajo	32
Tabla 3: Frecuencia años de experiencia	33
Tabla 4: Frecuencia comprensión del término	33
Tabla 5: Frecuencia comprensión del término	34
Tabla 6: Resumen de procesamiento de casos	35
Tabla 7: Tabla cruzada afirmación consecuencia paciente * efectos posterior error	35
Tabla 8: Tabla repercusiones psíquicas y emocionales	36
Tabla 9: Tabla cruzada error médico * busca ayuda	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	58
Gráfico 2	58
Gráfico 3	59
Gráfico 4	60
Gráfico 5	60
Gráfico 6	61
Gráfico 7	61
Gráfico 8	62

RESUMEN

Introducción: La prestación de servicios de salud conlleva ciertos riesgos. Cuando ocurre un incidente que amenaza la seguridad de los pacientes, ya sea un evento desfavorable o un incidente sin daño aparente (casi error), tanto los pacientes como los profesionales de la salud experimentan el impacto físico y emocional. Los pacientes sufren las consecuencias directas, mientras que los profesionales experimentan sentimientos de temor, cuestionamiento de su capacidad para brindar atención, ansiedad e inseguridad como resultado de estos eventos se conoce como segunda víctima. Este sufrimiento, tiene un impacto negativo que afecta la capacidad de los profesionales, aumenta la probabilidad de cometer errores en el futuro y fomenta prácticas defensivas en la medicina.

Objetivo: Determinar el conocimiento de segundas víctimas y su repercusión en el personal de salud del área quirúrgica del Hospital Pablo Arturo Suarez en el 2023.

Metodología: Método descriptivo y transversal mediante encuesta para obtener datos cuantitativos y cualitativos.

Resultados: El personal sanitario y no sanitario del Centro Quirúrgico desconocen el término de “segunda víctima” con 72 participantes con respuesta negativa, estos en su mayoría fueron según su tipo de trabajo “otros” (residente asistencial, auxiliar enfermería, interno enfermería, químico farmacéutico, camilleros, administrativos y personal de aseo), 24 seguido por enfermeros, 13 médicos especialistas, 3 médicos residentes R1-R2 y un médico residente R3-R4, por otra parte tan solo 16 aseveraron conocer el término.

Conclusiones: Se resalta una brecha de conocimiento importante en el Centro Quirúrgico en relación con el concepto de "segunda víctima". Abordar esta falta de conocimiento es esencial para la implementación exitosa de estrategias de apoyo y prevención de traumas en el personal de salud que se encuentra ante eventos adversos.

Palabras clave: Segunda víctima, efecto adverso, error médico

ABSTRACT

Introduction: The provision of health services carries certain risks. When an incident occurs that threatens patient safety, whether it is an untoward event or an incident with no apparent harm (near miss), both patients and healthcare professionals experience the physical and emotional impact of such an incident. Patients suffer the direct consequences, while professionals may experience feelings of fear, questioning of their ability to provide care, anxiety, and insecurity because of these events. This suffering, although different from that of patients, has a negative impact that affects practitioners' capacity, increases the likelihood of future errors, and encourages defensive practices in medicine.

Objective: To determine the knowledge of second victims and its impact on healthcare personnel in the surgical area of the Pablo Arturo Suarez Hospital in 2023.

Methodology: Descriptive and cross-sectional method using a survey to obtain quantitative data.

Results: The healthcare and non-healthcare staff of the Surgical Centre were unaware of the term "second victim" with 72 participants with a negative response, these were mostly according to their type of work "other" (care resident, nursing assistant, nursing intern, nursing intern, pharmaceutical chemist, orderlies, administrative and cleaning staff), 24 followed by nurses, 13 specialist doctors, 3 resident doctors R1-R2 and one resident doctor R3-R4, on the other hand only 16 claimed to be aware of the term.

Conclusion: A significant knowledge gap is highlighted in the Surgical Centre in relation to the concept of "second victim". Addressing this lack of knowledge is essential for the successful implementation of trauma support and prevention strategies for healthcare staff facing adverse events.

Keywords: Second victim, adverse event, medical error.

CAPÍTULO I

1. Introducción

La práctica sanitaria ha dado un vuelco en los últimos años hacia una cultura de seguridad que busca integrar estrategias de prevención a esta actividad con el fin de reducir eventos que causen una injuria o potencial daño tanto al paciente como al personal sanitario (1).

El término evento adverso describe un daño o una complicación no intencionada resultante de la atención en salud no atribuible a una enfermedad o condición médica propia del paciente, situación que prolonga su estancia hospitalaria, asociado con injuria, discapacidad o muerte (2).

Definitivamente, el suceso de un evento adverso en la práctica sanitaria no solo afecta al paciente sino al personal de salud en sí. El término “segunda víctima” nos describe a un miembro del equipo de salud involucrado en el evento adverso que se convierte en una víctima por un trauma emocional o profesional producto del evento (2-3).

La reacción del profesional frente a un evento adverso es muy variable, con cuadros clínicos que van desde el sentimiento de culpa, cuadros depresivos, incertidumbre frente a su práctica profesional y la relación con sus pares, el miedo a perder reputación e incluso pánico a las repercusiones legales que potencialmente desencadenen deserción laboral. Son los múltiples escenarios que condicionarán el desempeño posterior del personal de salud (3).

2. Problema de investigación

El evento adverso se define como a un daño o una complicación no intencionada que resulta de la práctica en salud. El termino segunda víctima se refiere a los profesionales sanitarios implicados en un evento adverso que sufren un trauma secundario a dicho evento y se encuentran incapaces de afrontar emocionalmente la situación.

El área de quirófano, al ser un área crítica maneja un alto índice de estrés, desde el personal auxiliar hasta los especialistas a cargo de los pacientes, siendo todos parte de un grupo de manejo integral en seguridad perioperatoria.

El fenómeno de la segunda víctima se describe ya en investigaciones en Estados Unidos y Europa, donde ya se han creado programas de Salud Mental en los Profesionales de Salud, y se han reforzado los ya existentes sobre la seguridad del Paciente.

La consecuencia de identificarse como una segunda víctima conlleva un impacto tanto a nivel emocional como un sufrimiento profesional. La experiencia puede incluso ser traumática para el profesional, lo que despierta sentimientos de culpa, inseguridad, vergüenza y temor que puede persistir a lo largo del tiempo y desencadenar problemas en la salud mental, conducta y rendimiento laboral. En el eje personal hay una gama de sentimientos y emociones como la ansiedad, depresión, victimización, consumo de sustancias, e intentos autolíticos. Mientras que en el eje profesional se incluye el juicio clínico, alteración en el desempeño y deserción laboral, estrés, ansiedad, entre otros (4)

En nuestro país, no hay datos sobre el conocimiento de este fenómeno, ni sobre la repercusión en el personal de salud. La información que recopilará esta investigación permitirá determinar el conocimiento sobre el tema y el efecto que tiene en los profesionales de salud sobre los eventos adversos y las segundas víctimas, y a futuro servirá como punto de partida para nuevas investigaciones (4)

3. Justificación

Los eventos adversos en entornos de atención médica representan una preocupación creciente, tanto a nivel global como en contextos locales. Los estudios europeos revelan que una proporción significativa de pacientes hospitalizados experimentan eventos adversos prevenibles, con tasas que oscilan entre el 2.9% y el 16.6%. Estos eventos tienen consecuencias devastadoras, con miles de vidas perdidas y pacientes que enfrentaran discapacidades permanentes en un solo año. En particular, los resultados de investigaciones previas demuestran la importancia de abordar el impacto de los eventos adversos en el personal de salud, quienes, se convierten en segundas víctimas de estas situaciones. Estos

profesionales enfrentan una serie de desafíos emocionales y psicológicos que pueden tener un efecto profundo en su bienestar y capacidad para brindar atención de calidad. (5)

En nuestro país no hay información sobre la temática. El presente trabajo tiene como finalidad evaluar el conocimiento sobre segundas víctimas y su repercusión en el personal de salud del Centro Quirúrgico del Hospital Pablo Arturo Suárez, con el fin de levantar información que permita a futuro crear programas de intervención y prevención de traumas y victimización del personal de salud, velando por la salud mental integral de quienes se encuentran frente a un evento adverso.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Determinar el conocimiento de segundas víctimas y su repercusión en el personal de salud del área quirúrgica del Hospital Pablo Arturo Suárez en el 2023.

4.2 Objetivos específicos

1. Describir las características demográficas de los profesionales de la salud de Centro Quirúrgico del Hospital Pablo Arturo Suárez.
2. Analizar la comprensión del personal de salud de Centro Quirúrgico del término segunda víctima.
3. Evaluar la repercusión emocional y psicológica que tiene el personal de Centro Quirúrgico cuando es segunda víctima.
4. Identificar si los profesionales segundas víctimas solicitaron ayuda posterior al evento adverso.

CAPÍTULO II

Marco teórico

2.1 Análisis situacional

El sector de la salud emplea a más de 20 millones de trabajadores en Latinoamérica y Estados Unidos, teniendo un fuerte impacto tanto en el ámbito social como económico, ya que representa más del 5% de la fuerza laboral activa y un promedio del 7% del Producto Interno Bruto. Esta fuerza laboral es crucial para el funcionamiento de los sistemas de salud en la región. En resumen, la calidad de la atención médica que prestan los hospitales y centros de salud están estrechamente ligada a las condiciones de trabajo de médicos, enfermeras, técnicos y demás personal en esos establecimientos (6).

Investigaciones previas han demostrado que aproximadamente el 70% de los trabajadores de la salud han estado involucrados en situaciones adversas, lo que ha llevado a consecuencias emocionales y/o psicológicas en alrededor del 57.9% de los casos. Además, se han observado problemas físicos como insomnio, estrés, fatiga, náuseas y mareos en hasta el 40% de los casos, así como una disminución de la capacidad laboral que afecta a aproximadamente el 57.9% de los trabajadores de la salud (6-7).

2.2 Seguridad del paciente

En la atención de salud, el diagnóstico y manejo de las patologías conllevan a un crecimiento exponencial gracias a las nuevas tecnologías y los avances científicos, de enfermedades que cada vez sea más difícil y compleja su atención, que va de la mano con un aumento de riesgos de ocasionar lesiones o daños durante la práctica clínica, por lo que ahora la medicina moderna busca las mejores estrategias para brindar una atención de calidad y con el nuevo enfoque de seguridad en atención en salud (8).

En la actualidad, la seguridad del paciente es un eje fundamental de atención en los sistemas de salud y las autoridades sanitarias. Es por ello, que la Organización Mundial de la Salud en el 2021 crea una comisión denominada Alianza Mundial para la Seguridad

del Paciente, la cual se encarga de publicar directrices y protocolos con estrategias para generar un cambio en la cultura del profesional de salud e implementar prácticas seguras dentro de la atención sanitaria (9).

2.2.1 Incidentes y su clasificación en seguridad del paciente

La seguridad del paciente menciona la importancia de identificar incidentes que ocasionan lesiones o complicaciones asociados a atención en salud y que son evitables (10).

Se denomina incidente al suceso con potencial de provocar lesión, complicación o que favorezca a la aparición de un evento adverso. Pueden ocurrir *incidentes sin daño*, donde ocurre un evento prevenible que no causa ningún daño o lesión. Algunos ejemplos de incidentes que ocurren durante la atención incluyen: errores de medicación, caídas, presencia de cuerpo extraño posterior a intervención quirúrgica, error o retraso del diagnóstico, muerte no esperada, entre otros (11).

Los incidentes que causan lesión o complicación se denominan eventos adversos, secundarios a la atención sanitaria brindada y que no se encuentran asociados a la patología por la cual el paciente se encuentra bajo dicha atención. Dentro de ellos también se puede definir al *evento adverso con consecuencias graves*, donde existe un daño que prolonga la estancia hospitalaria, causa discapacidad o muerte no esperada (11).

En Estados Unidos el artículo científico “Errar es humano”, ha sido el pionero en llamar la atención sobre la importancia de la seguridad del paciente, se identifica que los errores en atención sanitaria son uno de los factores causantes muerte y complicaciones graves con una incidencia entre 44,000 y 98,000 casos por año (12).

Día a día los pacientes sufren algún tipo de evento adverso dentro de su estancia Hospitalaria, La OMS refiere que al menos uno de cada diez personas que ingresan a una institución de salud se ve afectado por una incidencia (13).

En cuanto a incidencia, hay estudios que nos arrojan datos sobre esta problemática, por ejemplo, en el estudio ENEAS del 2005, realizado en hospitales españoles indican que

hay una incidencia del 9.3% en pacientes hospitalizados, de los cuales al menos el 42,6% podían ser evitados (14).

A nivel regional el máximo indicador que disponemos acerca de la prevalencia de eventos adversos es el estudio IBEAS, con la cooperación de países como: México, Colombia, Costa Rica, Argentina y Perú, se determina que existe una prevalencia del 11,85% de eventos adversos, que fueron considerados eventos evitables. este valor se duplicaba si la estancia del paciente de por si era prolongada. Los eventos adversos con consecuencias graves fueron los más preocupantes, ya que 7 por cada 100 pacientes fallecieron, 17 de 100 pacientes quedaron con incapacidad total y 12 de cada 100 pacientes tuvieron incapacidad severa. . Además, concluyeron que el 60% de los eventos adversos podían evitarse (14).

Lastimosamente Ecuador no participó del estudio IBEAS, y a nivel local no se dispone de datos de incidencia o prevalencia de eventos adversos vinculados a la práctica sanitaria (14).

2.2.2 Evento adverso en áreas quirúrgicas

Dentro de quirófano se realizan intervenciones y prácticas heterogéneas por la intervención de múltiples especialidades clínico-quirúrgicos que requieren del quirófano para diagnóstico o tratamiento de los pacientes, esta heterogeneidad es lo que predispone al desarrollo de errores. Adicionalmente a esto, se añade a que el paciente puede tener condiciones clínicas específicas que supongan un reto en su manejo perioperatorio (15).

El paciente que requiere asistencia en el quirófano tiene características propias que aumentan el riesgo y lo hacen susceptible a un potencial daño ocasionado por un error durante su atención. Los factores involucrados son (16):

- Falta de mecanismos de defensa: los pacientes sometidos a quirófano tienen una disminución de su estado de alerta, sensación dolorosa, y mecanismos de defensa primitivos que se encuentran abolidos por efecto de la anestesia.
- Las intervenciones quirúrgicas, por mínimamente invasivas que se describan, representan en sí una agresión o invasión traumática.

- El paciente quirúrgico es abordado por distintas instancias dentro del sistema de salud, desde servicios diagnósticos como laboratorios, exámenes de imagen, hospitalización, sala de preparación prequirúrgica, unidad de cuidados posanestésicos, quirófano y para cada uno de estos servicios o áreas se consideran como un paciente “nuevo”, muchas veces sin comunicación interdisciplinaria para un abordaje y manejo integral.

Los eventos adversos presentes en sala quirúrgica se relacionan además con factores humanos, organizacionales y del propio sistema de salud, y es importante su identificación diálogo y discusión con el personal (17).

El área quirúrgica es una de las estaciones hospitalarias donde hay una alta probabilidad de que un paciente sea víctima de un evento adverso. Un informe del ECRI, determinó los principales eventos adversos reportados entre el 2018 y 2019, donde se categorizaron de acuerdo con el tipo de riesgo: complicaciones (31%), errores en la preparación del paciente o pabellón (29%), material quirúrgico retenido (24%), contaminación (6,5%), fallo en los dispositivos e insumos médicos (5,1%), cirugía errónea (4,1%) (18).

2.2.3 Seguridad del paciente en áreas quirúrgicas

La seguridad del paciente quirúrgico en los hospitales responde a la implementación de estándares de eficiencia y calidad en la atención en salud (19). Las fallas en estos estándares son consideradas un problema de salud pública, que no solo ocasiona problemas de salud al paciente, repercusiones al personal, sino que también implican graves consecuencias monetarias y sociales. Se estima que hay una pérdida entre 6.000 y 29.000 millones de dólares en el sistema sanitario de algunos países como resultados de la hospitalización prolongada, demandas legales, costos excesivos, además del deterioro en la credibilidad tanto de los profesionales como de las instituciones en Salud (20).

Después de determinar los principales incidentes en el área quirúrgica, el ECRI desarrolló varias estrategias y recomendaciones que permiten mejorar la seguridad del paciente en los pabellones quirúrgicos y disminuir la incidencia de eventos adversos, entre los principales podemos nombrar (20):

- Para disminuir las complicaciones transquirúrgica: implementar intervenciones basadas en evidencia científica, identificar y gestionar los riesgos relacionados a la anestesia, realizar ejercicios que permitan reforzar y refrescar habilidades en el quirófano.
- Para disminuir los riesgos en la preparación del paciente o del pabellón quirúrgico: sugieren implementar una evaluación preoperatoria exhaustiva de cada paciente, optimizar los horarios y tiempos quirúrgicos y revisar los procesos de consentimiento informado. Asegurarse que las salas se encuentran alistadas y los insumos disponibles son los adecuados.
- En cuanto a la contaminación en sala: indica garantizar la aplicación de protocolos actualizados y mantener directrices y recomendaciones de los fabricantes de los insumos, además establecer un sistema colaborativo entre el equipo quirúrgico y el área de esterilización o en su caso, desarrollar un programa de gestión de calidad en el quirófano.
- Sobre el fallo de los dispositivos médicos: sugieren realizar revisiones constantes y ejecutar los mantenimientos preventivos de forma continua y de acuerdo con los fabricantes. Formar continuamente al personal de quirófano sobre el uso de los dispositivos y establecer un flujograma de reporte de estos eventos con el mantenimiento externos.
- Sobre los elementos quirúrgicos retenidos: desarrollar y estandarizar políticas y procedimientos. Realizar programas de educación continua de conteo de material y manejo del instrumental como medida de “buena práctica”, y disminuir los distractores en sala de operaciones.
- En cuanto a la cirugía errónea: indica planificar y desarrollar los procedimientos adecuados y monitorizar su realización. Además, concientizar al personal de quirófanos sobre la identificación y comunicación inmediata de cirugía errónea o de sitio erróneo, e implementar estrategias de conducta (Institute for Safe Medication Practices, 2020).

Por otro lado, en México se implementó, desde el 2009 la campaña “Cirugía Segura Salva Vidas” como parte del Sistema Integral de Calidad en Salud. La campaña se basa en la difusión, adhesión, capacitación e implementación de listas de chequeo dentro de

quirófano, lo que ha demostrado ser una herramienta útil dentro de las estrategias utilizadas para aumentar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos (21).

2.3 Segunda Víctima

Quienes han optado por convertirse en profesionales sanitarios se encuentran constantemente expuestos a situaciones particulares que agiten su lado emocional durante su formación y su ejercicio profesional. Dentro de la práctica profesional, es normal encontrarse con eventos desafortunados con sus pacientes, tales como: muerte, discapacidad, accidentes catastróficos, mortinatos, violencia que afectan a los servicios de salud y a los profesionales, quienes pueden sufrir eventos clínicos imprevistos que se producen por un error (22).

Los eventos adversos son considerados un problema de salud pública por los cuales se realizan distintas directrices con el fin de disminuir su incidencia. Sin duda, el paciente es el primer afectado de estos eventos por las consecuencias y las secuelas más severas, identificándolo así como la “primera víctima”; sin embargo, no se puede excluir del escenario los efectos de dicho evento sobre el profesional sanitario y el equipo de salud que se encontraban en la atención de dicho paciente, quienes serán identificados como “segundas víctimas” ya que ellos también tendrán sentimientos y reacciones sobre lo acontecido, y dependiendo de la severidad del evento, las consecuencias a nivel personal y profesional (22).

2.3.1 El error en atención en salud

Existen varias definiciones cuando se habla del error médico y del error en atención en salud. Una de las más aceptadas es: “el fracaso de una acción planificada para ser completada como era la intención o el uso de un plan errado para lograr un objetivo”, dicho error puede o no ocasionar un evento adverso (23).

En la publicación “*To err is human*” se incluye en la definición a todas las oportunidades u ocasiones, durante el desarrollo de una secuencia planificada de actividades en la obtención en un resultado, que no pueden ser atribuibles a un evento fortuito (24).

En la misma publicación se describen dos tipos de errores: los activos y los latentes. Dentro de los errores activos se incluyen a la actividad que desarrolla la persona en primera línea, médicos, cirujanos, enfermeros, etc., siendo el personal que desempeña la actividad directa sobre el paciente y ocasionando consecuencias directas e inmediatas. Son “los errores cometidos por los individuos integrantes de un sistema”. Por otro lado, los errores latentes son aquellos que dependen del sistema donde se desarrolla la actividad y que se convierten en evento adverso cuando se combina con distintos factores de riesgo (24).

2.3.2 Definición de segunda víctima

El término segunda víctima fue introducida en el año 2000, el cual hace referencia al personal de salud implicado en un evento adverso que presenta repercusiones personales, profesionales y emocionales secundarios a esa experiencia o que no son capaces de afrontar la situación (25).

El término se redefinió en el 2009, donde lo describen como: “un proveedor de atención en salud involucrado en un evento adverso imprevisto del paciente, error médico y/o lesión ocasionada en el paciente, que se convierte en víctima en el sentido en que el proveedor de salud queda traumatizado por el evento”. Es importante recalcar que, a partir de esta definición, se incluye como proveedor de salud a todo profesional que tenga contacto con pacientes, eso incluye a médicos, enfermeras, personal de apoyo, residentes, estudiantes, voluntarios (26).

2.3.3 Frecuencia del fenómeno segunda víctima

La literatura médica no establece claramente la incidencia de profesionales de la salud que se ven afectados por el fenómeno de segunda víctima, y menos del impacto que genera en sus vidas (27).

Los estudios más amplios realizados en la población americana nos indican que más del 95% de los profesionales sanitarios han estado involucrados directamente o de forma cercana a un evento adverso a lo largo de su carrera y ejercicio profesional (27).

2.3.4 Consecuencias para los profesionales de salud

Las segundas víctimas se sienten personalmente responsables de los daños ocasionados en los pacientes y tienen la percepción de que han fallado a nivel profesional, cuestionan sus habilidades y conocimientos (28).

2.3.4.1 Síntomas principales

Las principales manifestaciones de los profesionales de salud que experimentan como segunda víctima son: dificultad para la concentración, ansiedad, cansancio, desconcierto, temor, dudas sobre su ejercicio profesional, culpa, insomnio, vergüenza y tristeza (28).

Es importante evaluar el efecto de segunda víctima en todos los ejes del profesional, para buscar abordajes ideales en cada caso. Es por ello por lo que en la literatura se desglosa el impacto dentro de las múltiples esferas del hombre (28).

Dentro del ámbito personal, las principales emociones del profesional se caracterizan por sensación de soledad, negatividad y culpabilidad. Muchas veces siente vergüenza y disgusto por el evento. Se acompañó de cuadros de ansiedad, pánico, desesperación, shock, frustración, impotencia, negación, estrés. Sea una o múltiples las sensaciones percibidas, podrían desfigurar la auto imagen que se tiene la persona, tanto a nivel personal como profesional, llegando a perder su plan de vida (28).

A nivel profesional, también hay un espectro de respuestas que van desde la falta de resiliencia, pérdida de confianza en sus habilidades y conocimientos, pérdida de confianza en su criterio profesional, pérdida de gusto por su profesión, estrés, incertidumbre, aislamiento; hasta consecuencias más graves como alteración en el razonamiento y juicio médico y la deserción laboral (29).

En el eje mental podría presentar dos tipos de respuesta: positiva o negativa. Aprender del error, creación de conciencia situacional, reconocer la responsabilidad de los actos, buscar nuevas alternativas de precaución y prevención, una actitud crítica, un actuar con mayor cautela, son ejemplos de respuestas positivas que nos indican que el profesional

ha tenido, a pesar de una mala experiencia, un proceso de reflexión y aprendizaje, con una actitud resiliente (29).

Por otro lado, las respuestas negativas, como son la falta de concentración, el tener flashbacks que revivan el evento, miedo a perder el trabajo, miedo a las consecuencias legales, a que vuelva a repetirse el evento, al deterioro de su reputación y credibilidad como profesional, el aislamiento y la actitud defensiva, son respuestas que deben ser consideradas como banderas rojas a identificar e implementar estrategias de abordaje inmediatas (30).

En el ámbito personal y familiar puede presentarse tensión en sus relaciones interpersonales, con su pareja, familiares o personas cercanas; cambios en la personalidad que evoquen comportamientos distintos con mayor irritabilidad, infelicidad, deterioro en la comunicación y aislamiento, sin olvidarse del trastorno de consumo de sustancias y los intentos autolíticos en casos muy severos (30).

2.3.4.2 Historia natural del fenómeno segunda víctima

La historia natural del fenómeno de segunda víctima se describió en el 2017 y comprenden seis etapas (31):

1. Caos y respuesta: el profesional involucrado recuerda escenarios caóticos y hay confusión sobre el hecho, agitación e incompreensión sobre lo sucedido y se pueden evidenciar las consecuencias y secuelas inmediatas en el paciente. El proveedor busca una solución y trata de manejar la crisis, aunque con frecuencia buscan el apoyo de un compañero de trabajo que le ayude a manejar el caso. Ésta es la etapa más inmediata al evento adverso, donde se expone al profesional a describir lo que realmente sucedió.
2. Pensamientos intrusivos: en esta etapa salen a brote sentimientos de incapacidad y aislamiento. La víctima se replantea por múltiples ocasiones el escenario y se pregunta repetidamente “qué pasaría si” y evalúan los múltiples desenlaces que magnifican la situación.

3. Restauración de la integridad personal: aquí el personal que es segunda víctima busca por sus propios medios el apoyo de un par, alguien de confianza dentro del ámbito laboral o en la familia. Aquí yace la importancia de tener una red de apoyo, puesto que si el profesional no encuentra ayuda o no sabe a quién dirigirse después de un evento adverso se vuelve un desafío volver a tener confianza en sí mismo. Una de las limitantes en esta etapa es el “qué pensarán de mí”, la crítica y la autocrítica serán potenciales razones para no buscar ayuda.
4. Sobrevivir a la inquisición: la consecuencia del error médico despertará interés en el grupo de profesionales a cargo, en el servicio donde ocurre, en la jefatura, y finalmente en toda la institución. Habrá reacciones desde el nivel personal hasta el nivel profesional. Aquí la segunda víctima analizará las potenciales repercusiones de su error, su estabilidad laboral, su licencia profesional, la posibilidad de litigios, el tener que enfrentar la responsabilidad con el paciente, sus familiares y, además, sus empleadores.
5. Obtención de ayuda emocional: el encontrar una red de apoyo segura para el profesional es uno de los más grandes retos, puesto que, según reporta la literatura, cuando los profesionales acuden a sus familiares tienden a ser muy cautelosos por las implicaciones medico legales y la confidencialidad de la situación, adicionalmente los familiares no podían comprender en su totalidad lo acontecido y menos aún el impacto que esto ha generado en el proveedor. Otra de las redes de apoyo a tomarse en cuenta es el apoyo de los compañeros de trabajo, jefes y supervisores.
6. Abandono, supervivencia, superación: las tres son posibles alternativas de esta etapa. La primera, el abandono, se refiere a que el profesional decide renunciar, cambiar de rol, buscar otra profesión o cambiar de sitio de trabajo o de ciudad. La supervivencia describe un escenario donde la segunda víctima ha decidido continuar, se desempeña profesionalmente cumpliendo sus obligaciones, pero permanece afectado por el evento. Finalmente, la superación implica que el profesional decidió aprender del evento, vieron a oportunidad de aprendizaje a pesar de la infortunada experiencia clínica. Muchos son los profesionales que refieren que dicha experiencia permanecerá para siempre presente en su vida. Los estudios incluyen en esta etapa dos variables muy importantes, por un lado, el empuje interno de la segunda víctima de buscar

ayuda y no rendirse pese a la mala experiencia; y por otro lado el empuje externo de las redes de apoyo que le permiten avanzar y superar.

2.3.4.3 Responsabilidad médica en eventos adversos: repercusiones legales

Frente a un evento adverso, tanto el paciente como sus familiares cuentan con el derecho de realizar demandas o recurrir a indemnizaciones con el fin de reparar el daño ocasionado. Esta situación supone un proceso judicial entre el profesional responsable, la institución proveedora del servicio y la primera víctima, con un evidente aumento en costos de salud (32).

Es importante precisar que la atención en salud tiene el fin de preservar y cuidar la vida desde las múltiples aristas que el ser humano requiere, para ello se cuenta con la preparación de los profesionales médicos, enfermeras, auxiliares y técnicos que apoyan y atienden con su conocimiento, experiencia y con base en los principios de beneficencia y no maleficencia. Sin embargo, todos somos humanos, y como tal podemos cometer un error. Hacer de frente a este error humano es complicado para el personal de salud, no únicamente por las consecuencias ocasionadas en la primera víctima, sino también por la responsabilidad que lleva su ejercicio profesional en el momento que debe asumir ahora, una carga legal (32).

Cuando la primera víctima y sus familiares perciben el resultado del evento adverso, prevalecen los sentimientos de ira y descontento, y tachan al profesional como negligente, es cuando buscan generar procesos de litigio con el fin de reparar el daño, indemnización por perjuicio y la sanción disciplinaria o penal. Los casos más comunes de litigio son: diagnóstico equivocado o tardío, seguimiento incorrecto de la atención recibida, fallos en medicación, en instrumental, en maniobras quirúrgicas incorrectas y fallos en los protocolos de atención (32).

En la población americana, son varios los estudios realizados que describen las preferencias de los pacientes frente a un error en su atención. Los principales resultados indican que tanto los pacientes, como sus familiares, y los padres en la población pediátrica, tienen una amplia preferencia por el revelado de los errores y sugieren que

esta práctica debe realizarse de manera obligatoria. El no comunicar los errores afecta gravemente la confianza, la satisfacción del paciente y aumenta la probabilidad de demandas (33).

2.3.5 Abordaje de profesionales segundas víctimas y proceso de recuperación

El impacto de ser una segunda víctima a nivel profesional puede ser devastador si no se realiza un abordaje pronto y oportuno del profesional. Si la intervención de esta segunda víctima es adecuada se puede llegar a mitigar el impacto del evento adverso o error ocurrido. Por lo que se recomienda, al igual que para los pacientes de emergencia, la creación de equipos de respuesta rápida e intervención para los profesionales, donde se sugiere incluir a aquellos proveedores con mayor conocimiento y experiencia que brinden el apoyo a los profesionales durante la etapa aguda de su trauma emocional (34).

2.3.5.1 Medidas de apoyo

El ambiente laboral, el clima organizacional, juegan un rol trascendental en la prevención de un evento adverso como en la atenuación o manejo de las consecuencias del evento, ya que es la principal influencia en la salud tanto física como mental de los profesionales. De la misma manera, el ambiente laboral debe velar y apoyar la productividad, los logros y la satisfacción del personal; debe mantenerse alerta a los factores predisponentes de un evento adverso. Un espacio punitivo, nocivo, con hábitos de señalamiento, desinterés y apoyo por sus trabajadores, aumentará el ausentismo, riesgo de errores futuros, genera un ambiente de trabajo difícil, crea insatisfacción en los profesionales, e induce a graves consecuencias en el eje psicológico de sus empleados (35).

Los hospitales y centros de atención son los llamados a brindar atención y apoyo tanto a las primeras como a las segundas víctimas. La falta de intervención en las segundas víctimas podría predisponerlas a desarrollar el Síndrome de Burnout, disminución en la calidad y seguridad de atención a los pacientes, entre otras consecuencias más graves (35).

2.3.5.2 Protocolos institucionales

La posición de algunas sociedades médicas apunta a la notificación y reporte de los eventos adversos y errores frente a los Comités de Calidad, y el revelado del incidente a los pacientes. En Estados Unidos se exige la aplicación de protocolos que revelan resultados no anticipados, los cuales son replicados en sociedades médicas de Canadá, Reino Unido y Australia, con el fin de identificar y trabajar sobre los factores que predisponen al error humano, no a buscar responsables ni aplicar acciones punitivas (36).

El mejoramiento continuo de los procesos de notificación de eventos adversos debe realizarse con el apoyo del auditor médico, quien verificará el cumplimiento de la notificación, el cumplimiento de los protocolos, el soporte, apoyo y consignación de información de la manera más clara y honesta por parte de la segunda víctima, siempre y cuando éste se encuentre en las condiciones adecuadas para colaborar. Los comités de seguridad institucionales deben realizar el estudio del suceso de manera detallada y neutral por medio de los distintos protocolos de causalidad y analizan todos los factores, desde los clínicos, pasando por los técnicos y llegando al nivel organizacional (36).

2.3.5.3. El cuidado de la reputación

La “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” redactado por el Ministerio de Sanidad Español, realiza una serie de recomendaciones con el objetivo de mantener la credibilidad de la atención tanto de los profesionales como del centro terapéutico donde ocurrió el evento adverso (37).

Mencionan la importancia de un plan de comunicación para ofrecer un enfoque positivo, los meses posteriores al incidente con el fin de generar un ambiente de confianza tanto para los profesionales como para la institución. Utilizar información y protocolos actualizados sobre las políticas de seguridad dentro del centro y difundir casos y terapéuticas exitosas además de actividades de formación y actualización de conocimientos para afianzar la confianza de todos quienes conforman la institución, los pacientes y sus familiares (37).

2.3.6 Segundas víctimas en el área quirúrgica

En el campo de la atención médica en el quirófano, hay una variedad de factores estresantes que, aunque se pueden clasificar según diferentes criterios, son los siguientes (37): “

- a) el entorno laboral
- b) las necesidades propias del trabajo
- c) la estructura de la organización
- d) las relaciones interpersonales
- e) la inseguridad laboral
- f) la organización del trabajo
- g) el conflicto de roles
- h) los factores externos al trabajo.

El personal del área quirúrgica se enfrenta a niveles extremos de estrés en el área quirúrgica debido a las condiciones laborales, la demanda de pacientes, el salario, las condiciones extralaborales y la responsabilidad profesional con el paciente, el equipo quirúrgico, la institución médica y el sistema de salud en general” (37).

Además de los factores generales que pueden contribuir al fenómeno de las segundas víctimas, hay una serie de factores específicos del área quirúrgica que pueden aumentar el riesgo de que los profesionales se vean afectados emocionalmente. Estos factores incluyen (37):

- a) la complejidad de los procedimientos quirúrgicos
- b) la necesidad de tomar decisiones rápidas y precisas
- c) la presencia de riesgo de muerte o daño grave para el paciente, a presión por el rendimiento

CAPITULO III

Metodología

3.1 Materiales y métodos

Tipo de estudio:

Método descriptivo y transversal mediante encuesta para obtener datos cuantitativos, los participantes fueron personal sanitario y no sanitario del área quirúrgica del Hospital Pablo Arturo Suárez.

Población:

Con el objetivo de realizar la investigación propuesta, se seleccionó como población de estudio a los profesionales que trabajan en el centro quirúrgico del Hospital Pablo Arturo Suárez.

Según los datos proporcionados por Recursos Humanos del establecimiento, y verificados por el jefe de servicio del área de Quirófanos, son 20 anestesiólogos, 13 residentes posgradistas de anestesia, 4 residentes asistenciales, 32 enfermeras, 18 auxiliares, 3 bioquímicos del área de farmacia de quirófano, 1 camillero, 2 secretarios, y 4 asistentes de limpieza, que da un total de 97 profesionales quienes serán incluidos en el universo de investigación. Al ser un número limitado serán incluidos todos los profesionales que acepten participar en la investigación.

Muestra:

En Centro Quirúrgico laboran 20 anestesiólogos, 13 residentes posgradistas de anestesia, 4 residentes asistenciales, 32 enfermeras, 18 auxiliares, 3 bioquímicos del área de farmacia de quirófano, 1 camillero, 2 secretarios, y 4 asistentes de limpieza. Se tiene un total de 97 profesionales en el universo de investigación y 88 personas que aceptaron ser participantes de la encuesta

Establecimiento:

Hospital General Pablo Arturo Suárez

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Personal de salud que cumpla funciones en el área de quirófano del Hospital Pablo Arturo Suárez.
- Profesionales de la salud del área de quirófanos que acepten participar en la investigación y estén de acuerdo con la confidencialidad.

Criterios de exclusión

- Profesionales de otras casas de salud.
- Profesionales del Hospital Pablo Arturo Suárez que no pertenezca al área de quirófano Profesionales con negativa a participar en el estudio.

Variables:

Variables independientes.

- Evento adverso tuvo consecuencias
- Emoción posterior a evento adverso
- Búsqueda de ayuda
- Recibir ayuda
- Mayor miedo posterior a error
- Idea de deserción laboral

Variables dependientes.

- Tipo de trabajo
- Años de experiencia
- Sitio de trabajo

- Responsable de evento adverso
- Cultura en hospital
- Conocimiento de término “segunda víctima”

Métodos, técnicas e instrumentos para recolección de datos:

Método: observación directa

Técnica: encuesta

Instrumento:

Se aplicó la encuesta El fenómeno de segunda víctima en un área quirúrgica: Encuesta online, publicada en la revista científica: Revista Española de Anestesiología y Reanimación en el 2021. El Grupo de Simulación del Servicio de Anestesiología del Centro SimClinic, parte del Hospital Clinic de Barcelona (ver anexo 5) crean la encuesta y considera 3 ejes fundamentales:

1. El conocimiento del fenómeno segunda víctima.
2. La repercusión emocional y psicológica.
3. Si el involucrado solicita y/o recibe ayuda durante el proceso de segunda víctima.

Procedimiento:

Para realizar la presente investigación, se tomó contacto con los participantes en su lugar de trabajo, precisamente en el área de reuniones del staff del personal de salud de Centro Quirúrgico, se explicó de forma verbal y escrita el objetivo de la investigación, la confidencialidad y anonimato de este, y a quienes acepten participar se les entregó la encuesta en formato físico, cuyo llenado duró de 3 a 5 minutos.

3.2 Análisis de los datos obtenidos

Una vez recolectados los datos se utilizó el programa SPSS versión 29 para la tabulación y en análisis estadístico de porcentaje y media conforme a las variables de estudio.

Tablas: Simples de frecuencia

Análisis: Con estadística descriptiva.

3.3 Consideraciones bioéticas

Para mantener la confidencialidad de la investigación, se eximió a los participantes de colocar su nombre, identificación o cualquier dato que describa su identidad en las encuestas aplicadas. Se explicó de manera verbal y escrita que cada encuesta será manejada como anónima, y tanto la aplicación, recopilación, análisis y almacenamiento de información será realizado únicamente por el investigador principal.

3.4 Consideraciones Éticas

1. Consentimiento informado: Es indispensable obtener el consentimiento informado de todo el personal de salud que participe en la investigación. Deben entender completamente el propósito de la investigación, los métodos que se utilizarán y cómo se manejarán y protegerán sus datos.
2. Confidencialidad y privacidad: Se debe garantizar que se mantenga la confidencialidad y la privacidad de los participantes. Ninguna información que pueda identificar a un individuo será revelada en ninguna publicación o informe de la investigación.
3. No maleficencia: Se evitará cualquier daño posible a los participantes. Esto es especialmente relevante en el caso de las "segundas víctimas", quienes ya pueden estar atravesando una situación emocionalmente difícil.
4. Beneficencia: el principio de beneficencia se refiere a promover y buscar el bienestar de las personas. En la investigación se refiere a no únicamente buscar datos y resultados significativos para el estudio, sino que aquellas personas encuestadas y requieran ayuda, que se beneficien de una intervención pronta y adecuada, velando por su salud mental y emocional.
5. Justicia: La investigación y sus resultados deben llevarse a cabo y reportarse de manera justa y accesible. Todos los participantes deben ser tratados con igualdad y respeto.

6. Autonomía: es uno de los principios éticos más importantes, la aplicación en el estudio respeta las decisiones de los participantes y su capacidad de decidir de forma informada, libre y voluntaria.

3.5 Consideraciones de Género

Equidad de género: Es importante garantizar que el personal de salud de todos los géneros se incluya en la investigación para que los hallazgos sean representativos de toda la población de estudio. En el caso de identificar una segunda víctima que requiera tratamiento, este será aplicado independientemente del género del profesional.

3.6 Código de aprobación del protocolo:

Aprobado por el Comité de ética de Investigación en Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador mediante el oficio CEISH-739-2023.

CAPITULO IV

Resultados

Objetivo No. 1: Describir las características demográficas de los profesionales de la salud de Centro Quirúrgico del Hospital Pablo Arturo Suárez

Tabla 1: Sexo de los participantes

Sexo de los participantes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	58	65.9	65.9	65.9
	Hombre	30	34.1	34.1	100.0
	Total	88	100.0	100.0	

Del 100% de los encuestados en Centro Quirúrgico, el 65.9% (n=58) fueron mujeres y el 34.1% hombres (n=30). La relación mujer – hombre es: 1.93

Tabla 2: Tipo de trabajo de los participantes

		Frecuencia (n=)	Porcentaje (%)
Válido	Médico especialista	19	21.6
	Médico residente R1	4	4.5
	R2		
	Médico residente R3	1	1.1
	R4		
	Enfermero	28	31.8
	Otro	36	40.9
Total		88	100.0

De acuerdo con el tipo de trabajo el 40.9% corresponde a “otro tipo de trabajo” engloba a residente asistencial, auxiliar enfermería, interno de enfermería, químico farmacéutico, camilleros, administrativos y personal de aseo, seguido del 31,8% que corresponde a enfermeros, 21.6% médicos especialistas y 4.5 % y 1.1 a médicos residentes R1-R2 y médicos residentes R3-R4 respectivamente.

Tabla 3: Años de experiencia del personal del área quirúrgica

		Frecuencia (n=)	Porcentaje (%)
Válido	< 5 años	17	19.3
	5 - 10 años	46	52.3
	> 10 años	25	28.4
	Total	88	100.0

Según los años de experiencia de los encuestados la mayoría tenía entre 5 a 10 años de experiencia, representa el 52.3%, menor a 10 años de experiencia al 28,4% y el 19,3% menos de 5 años de experiencia.

Objetivo No. 2: Analizar la comprensión del personal de salud de Centro Quirúrgico sobre el termino segunda víctima.

Tabla 4: Conocimiento del término

		Frecuencia (n=)	Porcentaje
Válido	Conoce	16	18.2
	No conoce	72	81.8
	Total	88	100.0

Del total de los encuestados el 81% no conoce el término de “segunda víctima”, el 18% conoce el término.

Tabla 5: Relación del conocimiento del término y tipo de trabajo de los participantes

Recuento		Tipo de trabajo					Total	
		Médico especialista (n=)	Médico residente		Médico residente R3 R4 (n=)	Enfermero (n=)		Otro (n=)
			R1	R2				
Comprende el término	Conoce	6	1	0	4	5	16	
	No	13	3	1	24	31	72	
	conoce							
Total		19	4	1	28	36	88	

El personal sanitario y no sanitario del Centro Quirúrgico desconocen el término “segunda víctima” con 72 participantes con respuesta negativa, estos en su mayoría fueron según su tipo de trabajo “otros” (residente asistencial, auxiliar enfermería, interno enfermería, químico farmacéutico, camilleros, administrativos y personal de aseo), 24 seguido por enfermeros, 13 médicos especialistas, 3 médicos residentes R1-R2 y un médico residente R3-R4, por otra parte tan solo 16 aseveraron conocer el término.

Objetivo No. 3: Evaluación de la repercusión emocional y psicológica que tiene el personal de Centro Quirúrgico cuando es segunda víctima.

Tabla 6: Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	Porcentaje		Porcentaje		Porcentaje	
Afir.consecuencia.paciente y exp.post.error	88	100.0%	0	0.0%	88	100.0%

Tabla 7: Relación de afirmación en consecuencia al paciente y efectos posterior al error de los participantes

		EFFECT.POST.ERROR			Total
		Efectos adversos psíquicos	No efectos adversos psíquicos	No aplica	
AFIR.CONSECUENCIA	Si	15	11	0	26
A.PACIENTE	No	27	12	0	39
	No aplica	0	0	23	23
Total		42	23	23	88

Del total de encuestados, (26.13%) 23 participantes no han sido “segunda víctima”, por tanto, no se aplica la evaluación de efectos adversos. (73,86%) 65 participantes respondieron ser “segunda víctima”, de ellos (40%) 26 encuestados repercutieron algún error en el paciente y (23,07%) 15 de ellos sufrieron efectos emocionales y psicológicos adversos, en los que se destacaba la culpabilidad, ansiedad e inseguridad en el trabajo.

Tabla 8. Repercusiones psíquicas y emocionales

Repercusiones psíquicas y emocionales	n	%
Culpabilidad	79	42
Cansancio	2	1,07
Inseguridad en el trabajo	42	22,58
Insomnio	12	6,45
Llanto fácil	1	0,53
Ansiedad	27	14,5
Rabia	5	2,68
Problemas de concentración	10	5,37
Irritabilidad	7	3,76
ideación suicida	1	0,53
Total	186	100

De 65% de encuestados quienes respondieron haber tenido repercusiones emocionales y psíquicas; tomando en cuenta que en esta pregunta hubo la posibilidad de responder a más de una afirmación, el promedio de elección fue de 2,86 afirmaciones por participante. Siendo la “culpabilidad” el sentimiento más frecuente con el 42%, seguido de la “inseguridad en el trabajo” y “ansiedad” con el 14% entre las más frecuentes. Así mismo la “ideación suicida” y el “llanto fácil” los menos frecuentes con el 0,53%

Objetivo No.4: Identificar si los profesionales con características de segunda víctima solicitaron ayuda posterior al evento adverso.

Tabla 8: Relación de error médico y la busca ayuda

Recuento		Busca ayuda				Total
		Si, de un compañero de trabajo (n=)	Si, de un amigo o familiar (n=)	Si, ayuda profesional (n=)	No (n=)	
Responsable	Si	6	8	2	49	65
error médico	No	0	0	0	20	23
Total		6	8	2	69	88

De 65 (73%) encuestados que tuvieron un error médico (75.78%) 49 no buscaron ayuda posterior al evento, mientras tanto (12,30%) 8 participantes buscaron ayuda de un amigo, 6 buscaron ayuda de un compañero de trabajo y tan solo (37.02%) 2 participantes acudieron a un profesional.

CAPÍTULO V

Discusión

5.1 Discusión de resultados

Dentro de las características del Centro Quirúrgico del Hospital Pablo Arturo Suárez, se obtuvo que el 65.9% (n=58) fueron mujeres y el 34.1% hombres (n=30), del 31,8% según su tipo de trabajo fueron enfermeros, 21.6% médicos especialistas y 4.5 % y 1.1 médicos residentes R1-R2 y médicos residentes R3-R4 respectivamente características. En el estudio de Han y colaboradores la variable sexo se contrapone a este estudio ya que destaca que el 78% de encuestados fueron hombres. En cuanto al tipo de trabajo, el estudio de M. Magaldi y colaboradores (38) tuvo una muestra más grande y los resultados más contrapuestos fueron 67 anestesiólogos, 110 residentes de anestesia, 152 enfermeros. Así también en este estudio respecto a los años de experiencia de los encuestados la mayoría tenía entre 5 a 10 años de experiencia, representado con el 52.3%, menor a 10 años de experiencia fueron el 28,4% y el 19,3% tenían menos de 5 años de experiencia, otro resultado que se contrapone con la investigación de Jordán y colaboradores quienes no encontraron diferencias estadísticamente significativas en tiempo de trabajo en tu servicio entre los profesionales de planta quirúrgica y de quirófano.

En cuanto a la comprensión del término “segunda víctima” el personal sanitario y no sanitario del Centro Quirúrgico desconocían el término de “segunda víctima” con 72 participantes con respuesta negativa, estos en su mayoría fueron según su tipo de trabajo “otros” (residente asistencial, auxiliar enfermería, interno enfermería, químico farmacéutico, camilleros, administrativos y personal de aseo), 24 seguido por enfermeros, 13 médicos especialistas, 3 médicos residentes R1-R2 y un médico residente R3-R4, por otra parte tan solo 16 aseveraron conocer el término. (el 81% no conoce el término de “segunda víctima”, el 18% conoce el término). En el estudio de M. Magaldi y colaboradores (38), del total de encuestados el 58% no conocía el término.

Los 65 participantes del estudio de Ángel Cobos-Vargas y sus colaboradores respondieron ser “segunda víctima”; de ellos, 26 encuestados repercutieron algún error en el paciente y 15

de ellos sufrieron efectos emocionales y psicológicos adversos, en los que se destacaba la culpabilidad, ansiedad e inseguridad en el trabajo (39). Cuatro encuestados informaron sentimientos de culpa y seis trabajadores sufrieron alteraciones del sueño que requirieron tratamiento farmacológico, así en comparación con los resultados de Fredy Flores y colaboradores (40), señala que el 44,4 % se había visto involucrado en un evento adverso, y el 99 % de estos expresaba sentirse como segunda víctima por experimentar dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa, cansancio, ansiedad y dudas sobre sus decisiones. José Joaquín Mira y colaboradores (41) destacan que las respuestas emocionales fueron: sentimiento de culpa (58,8%), ansiedad (49,6%), revivir el evento (36,2%), cansancio (39,4%), insomnio (38,0%) y sentimientos persistentes de inseguridad (32,8%).

Las reacciones comunes pueden ser emocionales, cognitivas y conductuales. Las estrategias de afrontamiento utilizadas por las segundas víctimas tienen un impacto en sus pacientes, colegas y en ellos mismos. Después del evento adverso, en la práctica se informa cambios tanto defensivos como constructivos. El fenómeno de la segunda víctima tiene un impacto significativo en los médicos, colegas y pacientes posteriores. Debido a las grandes repercusiones que puede desencadenar, es importante ofrecer apoyo. Cuando ocurre un evento adverso, es fundamental que existan redes de apoyo para proteger tanto al paciente como a los proveedores de atención médica involucrados.

En este estudio, en cuanto a la búsqueda de ayuda de 65 encuestados que tuvieron un error médico 49 no buscaron ayuda posterior al evento, mientras tanto 8 participantes buscaron ayuda de un amigo, 6 buscaron ayuda de un compañero de trabajo y tan solo 2 participantes acudieron a un profesional. M. Magaldi y colaboradores (38), señalan que el 66% que tuvieron error médico y buscaron ayuda, lo hicieron con un compañero. En la investigación de Han y colaboradores, los colegas constituyeron el sistema de apoyo más útil (42%) más que los amigos o la familia; algunos cirujanos necesitaron terapia/asesoramiento psicológico.

CAPITULO VI

Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

Este estudio proporciona una visión detallada de las características demográficas del personal del Centro Quirúrgico, destacando la diversidad de género, la variedad de tipos de trabajo y la experiencia laboral en este entorno crítico y quirúrgico. Estas diferencias en comparación con investigaciones anteriores subrayan la necesidad de abordar la atención de eventos adversos de manera más personalizada y considerando las particularidades de este personal diverso. Además, estos hallazgos pueden servir como base para el diseño de estrategias de apoyo y prevención de afecciones en el ámbito del área quirúrgica.

Se resalta una brecha de conocimiento importante en el Centro Quirúrgico en relación con el concepto de "segunda víctima". Abordar esta falta de conocimiento es esencial para la implementación exitosa de estrategias de apoyo y prevención de traumas en el personal de salud que se encuentra ante eventos adversos como primera estrategia. La educación y la concienciación sobre el concepto de "segunda víctima" son fundamentales para brindar un ambiente de trabajo más comprensivo y apoyo efectivo a aquellos que se ven afectados por las consecuencias emocionales de situaciones adversas en el entorno de la atención médica quirúrgica.

Las respuestas emocionales y cognitivas comunes entre las segundas víctimas incluyen sentimientos de culpa, ansiedad, revivir el evento, cansancio, insomnio y sentimientos persistentes de inseguridad. Estas reacciones pueden ser tanto defensivas como constructivas y tienen un impacto significativo en los profesionales de la salud, sus colegas y los pacientes posteriores. Por lo tanto, es esencial proporcionar apoyo a las segundas víctimas después de un evento adverso como segunda estrategia. La creación de redes de apoyo efectivas es fundamental para proteger tanto a los pacientes como a los proveedores de atención médica involucrados. El fenómeno de la segunda víctima tiene un alcance amplio y sus

implicaciones subrayan la necesidad de enfoques comprensivos en la atención médica para garantizar el bienestar de todos los involucrados.

Establecer una cultura de apoyo y recursos accesibles para quienes se ven afectados por eventos adversos en la atención médica es esencial para mitigar el impacto de estos incidentes y garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes y los profesionales sanitarios, más en este caso del área quirúrgica. Se refleja una necesidad apremiante de concienciar sobre la importancia de buscar apoyo y asistencia profesional después de cometer errores médicos, como tercera estrategia. La resistencia a buscar ayuda puede tener consecuencias graves tanto para la salud mental de los profesionales de la salud como para la calidad de la atención al paciente.

6.2 Recomendaciones

La primera estrategia que permitirá disminuir la brecha de conocimiento del concepto de “segunda víctima” es la difusión de la definición, los síntomas, causas, consecuencias y principales estrategias de apoyo y prevención de traumas en el personal de salud dentro de su entorno laboral.

La segunda estrategia propuesta es la implementación de redes de apoyo frente a casos identificados como segundas víctimas o potenciales. Los primeros respondedores frente al momento de crisis pueden disminuir el impacto del evento y la respuesta emocional y cognitiva de los involucrados, además de orientar a los profesionales a mejores metas.

El respaldo inicial brindado a la segunda víctima, seguido de la investigación convencional del incidente, conduce a una exploración más eficaz de los casos de error médico, la inclusión en estas conversaciones sin culpabilizar contribuye a fomentar la recuperación y sanación emocional de los profesionales sanitarios que han vivido la experiencia de ser una segunda víctima.

Como tercera estrategia proponemos establecer una cultura de apoyo y la generación de espacios y recursos para el abordaje de las segundas víctimas, es importante

concientizar sobre la importancia de buscar apoyo y asistencia profesional después de cometer un error médico, ser consciente del fenómeno de la segunda víctima y la planificación proactiva de la respuesta institucional son pasos fundamentales para proteger y respaldar a los futuros colegas, quienes con frecuencia experimentan trauma emocional después de eventos clínicos inesperados o errores médicos.

Cuando ocurra un evento grave, un sistema de atención médica con una sólida cultura de seguridad que responda de inmediato, no solo para apoyar a los pacientes y sus familiares, sino también para proporcionar apoyo a al personal de Centro Quirúrgico.

6.3 Limitaciones

Los estudios sobre segunda víctima son escasos en el país, por lo que no se puede conocer una realidad más apegada al entorno local, ya que la percepción y el conocimiento pueden variar según la ubicación geográfica, la especialidad médica y otros factores.

Una de las principales limitaciones del instrumento es que, al momento de aplicarlo, hubo profesionales cuya respuesta fue que no han presentado un error médico, por lo que los ítems siguientes pierden validez para su llenado y en algunos casos no colocaron una respuesta o llenaron en el caso de un supuesto. También en cuanto al sesgo de respuesta, en este caso los participantes pueden no estar dispuestos a responder sinceramente a preguntas sobre un tema sensible como los errores médicos o las segundas víctimas.

Referencias bibliográficas

1. Alcántara Baldera, M. (2012). La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. *México: Secretaría de Salud*.
2. Aranaz Andrés, J. M., Mira Solves, J., Guilbert Mora, & Mercedes. (2013). *Repercusión de los eventos adversos en los Profesionales Sanitarios*. Trauma.
3. Aranaz, J., Aibar, C., Vitaller, J., & Ruiz, P. (2005). *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Secretaría General de Sanidad.
4. Ávila Guevara, J. M., Cortes, L., Hernández, D. F., & Vargas Oviedo, L. A. (2016). *Impacto y costos generados por las principales demandas a profesionales de la salud*. Bogotá: Universidad Sergio Arboleda.
5. Carrillo, M. J., Lorenzo, S., & Ferrús, L. (2015). The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Services*, 151-157.
6. Castro F, Z. E. (2013). Identificación de las medidas de seguridad aplicadas por enfermería en un hospital de segundo nivel. *Rev. Conamed*, 59-63.
7. *Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud*. (2015-2020). Obtenido de <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015>
8. Fayos-Jordán, J., & García-García, M. (2023). Percepción de seguridad del paciente en salas quirúrgicas y quirófano respecto a otras salas en un hospital español de segundo nivel. *Enfermería Global*, 321-258. doi: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.537541>
9. Flórez, F., López, L., & Bernal, C. (2022). Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Biomédica*, 184-195. doi: <https://doi.org/10.75505/biomedica.6169>
10. González Anglada, M. I., Garmendia Fernández, C., & Moreno Núñez, L. (2019). Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia: desde el incidente crítico hasta la simulación. *Educación Médica*, 20(3), 170-178. doi: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.02.003>
11. 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*. Ministerio de Sanidad. doi: ISBN: 978-84-608-2768-9

12. Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. (2023). Obtenido de Programa de Intervención: <https://www.segundasvictimas.es>
13. Hammami, M. M., Attalah, S., & Al Qadire, M. (2010). Which medical error to disclose to patients and by whom? Public preference and perceptions of norm and current practice. *BioMed Central Journal*. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6939-11-17>
14. Haugen AS, S. N. (2019). Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety. *Anesthesiology*, 420-425. doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002674>
15. Institute for Safe Medication Practices. (2020). *Strategies for Surgical Patient Safety: a systems approach to improving outcomes and reducing risk*. ECRI.
16. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. *National Academies Press*.
17. Lavanderos, S., Pedraza, J., Russo, M., & Salas, S. (2016). Dilemas éticos acerca de la revelación de errores médicos a los pacientes. *Revista Médica de Chile*, 1191-1198. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000900014>
18. León, M. F., Vicente Ruiz, M. A., & De la Cruz García, C. (2016). Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México. *Horizonte Sanitario*, 164-171.
19. Organización Mundial de la Salud. (2010). *IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica*. Research - OMS.
20. Saad, E. N., & Ferreres, A. R. (2010). *La seguridad del Paciente Quirúrgico*. El Salvador.
21. Salud, O. M. (08 de 2019). *WHO*. Obtenido de 10 datos sobre seguridad del paciente: <https://www.who.int/features/factfiles/patient>
22. Scott, S. D., & Hirschinger, L. E. (2010). Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 233-240. doi: [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(10\)36038-7](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36038-7)
23. Scott, S., Hirschinger, L., & Cox, K. (2002). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Quality & safety in health care*, 325-330. doi: <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>

24. Seys, D., Wu, A., & Vanhaecht, K. (12 de septiembre de 2013). Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review. *Evaluation & the Health Professions*, 135-162. doi:10.1177/0163278712458918
25. Suaza Ballesteros, C. V. (2020). *Los procesos de auditoría y los eventos adversos en el talento humano en salud*. Medellín: Universidad de Antioquía.
26. Wu, A. W. (2000). The doctor who makes the mistake needs help too. *British Medical Journal*, 320:726. doi:10.1136/bmj.320.7237.726
27. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Scott SD, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof*. 2013 Jun;36(2):135-62. doi: 10.1177/0163278712458918. Epub 2012 Sep 12. PMID: 22976126.
28. Kappes M, Romero-García M, Delgado-Hito P. Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review. *Int Nurs Rev*. 2021 Dec;68(4):471-481. doi: 10.1111/inr.12694. Epub 2021 Jun 12. PMID: 34118061.
29. Elizabeth Marran J. Supporting staff who are second victims after adverse healthcare events. *Nurs Manag (Harrow)*. 2019 Dec 2;26(6):36-43. doi: 10.7748/nm.2019.e1872. Epub 2019 Nov 22. PMID: 31777240.
30. Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2013 May;50(5):678-87. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006. Epub 2012 Jul 28. PMID: 22841561.
31. Krogh TB, Mielke-Christensen A, Madsen MD, Østergaard D, Dieckmann P. Medical students' experiences, perceptions, and management of second victim: an interview study. *BMC Med Educ*. 2023 Oct 24;23(1):786. doi: 10.1186/s12909-023-04763-7. PMID: 37875909; PMCID: PMC10598910.
32. Ho KY, Lam KKW, Wu C, Leung DYP, Belay GM, Liu Q, Mak YW. An integrated smoking cessation and alcohol intervention among Hong Kong Chinese young people: Study protocol for a feasibility randomized controlled trial. *PLoS One*. 2023 Aug 3;18(8):e0289633. doi: 10.1371/journal.pone.0289633. PMID: 37535667; PMCID: PMC10399896.
33. Seys D, Panella M, Russotto S, Strametz R, Joaquín Mira J, Van Wilder A, Godderis L, Vanhaecht K. In search of an international multidimensional action plan for second victim support: a narrative review. *BMC Health Serv Res*. 2023 Jul 31;23(1):816. doi: 10.1186/s12913-023-09637-8. PMID: 37525127; PMCID: PMC10391912.

34. Yule AM, Basaraba C, Mail V, Bereznicka A, Cates-Wessel K, Levin FR. A cross sectional survey of provider experiences with patient drug overdose death. *J Subst Use Addict Treat.* 2023 May; 148:209008. doi: 10.1016/j.josat.2023.209008. Epub 2023 Mar 13. PMID: 36921768; PMCID: PMC10423649.
35. Agrawal A, Gitlin M, Melancon SNT, Booth BI, Ghandhi J, & DeBonis K. (2021). Responding to a Tragedy: Evaluation of a Postvention Protocol Among Adult Psychiatry Residents. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 45(3), 262–271. 10.1007/s40596-021-01418-x
36. Ahmad FB, Rossen LM, Sutton P. (2022, May 5). Provisional Drug Overdose Death Counts. <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/drug-overdose-data.htm>
37. Ali S, Maguire S, Marks E, Doyle M, & Sheehy C. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers at acute hospital settings in the South-East of Ireland: An observational cohort multicentre study. *BMJ Open*, 10(12), e042930. 10.1136/bmjopen-2020-042930
38. Asukai N, Kato H, Kawamura N, Kim Y, Yamamoto K, Kishimoto J, Miyake Y, & Nishizono-Maher A. (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(3), 175–182. 10.1097/00005053-200203000-00006
39. Braule Pinto ALC, Serpa ALO, de Paula JJ, Costa DS, Robis K, Diaz AP, Joaquim RM, da Silva AG, de Miranda DM, & Malloy-Diniz LF (2021). Increased risk of health professionals to feel traumatized during the COVID-19 pandemic. *Scientific Reports*, 11(1), 18286. 10.1038/s41598-021-97783-6
40. Van Gaal B.G., Schoonhoven L., Mintjes-de Groot J.A., Defloor T., Habets H., Voss A. Concurrent incidence of adverse events in hospitals and nursing homes. *J. Nurs. Sch.* 2014; 46:187–198. doi: 10.1111/jnu.12063.
41. Disclosure Working Group. Canadian Disclosure Guidelines: Being Open and Honest with Patients and Families [Internet] Canadian Patient Safety Institute; Edmonton, AB, Canada: 2011. [(accessed on 28 November 2018)]. Available online: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/disclosure/Docume...>

ANEXOS

Anexo 1: Aprobación de protocolo CEISH – PUCE

**Pontificia Universidad
Católica del Ecuador**
Seréis mis testigos

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS
CEISH - PUCE

Quito, 05 de octubre de 2023
Oficio CEISH-739-2023

Señora Doctora
Sofía Lorena Flores García
Estudiantes del Posgrado de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor
Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Estimada Dra. Flores:

El Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la PUCE, con fecha 05.10.2023 evaluó el protocolo titulado: **EVALUACION DEL CONOCIMIENTO SOBRE SEGUNDAS VICTIMAS Y SU REPERCUSION EN EL PERSONAL DE SALUD DEL AREA QUIRURGICA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ, EN EL 2023, código EO-111-2023, V2.** Este estudio se recibió inicialmente el 14.06.2023 y evaluado el 16.08.2023. Recibido nuevamente con correcciones el 20.09.2023.

Después de una revisión **EXPEDITA** y tomando en cuenta que este proyecto cumple con los criterios éticos, metodológicos y jurídicos, los cuales fueron evaluados, se **APRUEBA** por el tiempo propuesto para su desarrollo que es de cuatro (4) meses. Del mismo modo deberá presentar un informe final de la investigación terminado el tiempo de ejecución.

Con esta aprobación no se podrán hacer cambios al estudio, salvo con el consentimiento específico del CEISH.

Igualmente, con el fin de dar seguimiento, se solicita:

- Comunicar por escrito al CEISH-PUCE el momento del inicio de la investigación (acta de inicio).
- Solicitar al CEISH la evaluación y aprobación de enmiendas o cambios al protocolo aprobado, consentimiento informado, en caso de que se realicen cambios.
- Informar por escrito cualquier situación o circunstancia grave no prevista, que se presente durante el desarrollo de la investigación.
- Entregar informe parcial a la mitad de la ejecución de la investigación (en caso de que dure más de seis meses) y el informe final en un plazo máximo de 40 días hábiles contados a partir de la finalización de la investigación.
- El CEISH podrá solicitar informes adicionales en caso de considerarlo necesario.
- Solicitar la renovación de la aprobación del estudio 30 días hábiles antes de que se cumpla el periodo de aprobación o al año de su desarrollo (en caso de que dure más de un año).

Con nuestra consideración y estima,
En nombre del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos.

Escaneé este código QR para verificar la autenticidad de este documento.
GALO SANCHEZ DEL HIERRO
PRESIDENTE DEL COMITÉ



Galo Sánchez del Hierro, PhD
Presidente Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos
Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Dirección: Avenida 12 de Octubre 1076 y Vicente Ramón Roca
Código postal: 170525 / Teléfono: (593-2) 299 1700 Ext. 2917
Quito - Ecuador / www.puce.edu.ec




JESUITAS ECUADOR

Anexo 2: Aprobación de informe final



Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Seréis mis testigos

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS
CEISH - PUCE

Quito, 01 de diciembre de 2023
Oficio CEISH-973-2023

Señora Doctora
Sofía Lorena Flores García
Estudiante del Posgrado de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor
Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Estimada Dra. Flores:

En relación al informe final del proyecto: **EVALUACION DEL CONOCIMIENTO SOBRE SEGUNDAS VICTIMAS Y SU REPERCUSION EN EL PERSONAL DE SALUD DEL AREA QUIRURGICA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ, EN EL 2023**, código EO-111-2023. Informe recibido el 28.11.2023.

Después de una deliberación por parte del Comité, se acordó que este informe final se encuentra **APROBADO**.

Con nuestra consideración y estima,

En nombre del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos.



Galo Sánchez del Hierro, PhD
Presidente Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos
Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Dirección: Avenida 12 de Octubre 1076 y Vicente Ramón Roca
Código postal: 170525 / Teléfono: (593-2) 299 1700 Ext. 2917
Quito - Ecuador / www.puce.edu.ec





JESUITAS ECUADOR

Anexo 3: Lista de instituciones

Nombre de la institución	Pública/ Privada	Dirección postal	Persona de contacto	Correo electrónico persona contacto	Teléfono persona de contacto
Hospital General Pablo Arturo Suarez	Pública	Ángel Ludeña y Machala Oe52-61	Mgs. Rosa de Lourdes Cuenca Córdova	Rosa.cuenca @hpa s.gob.e c	0223947940

Anexo 4: Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Sexo	Rol que la cultura determina apropiado para hombre y mujer	Identificación	Mujer Hombre	Nominal	Cualitativa
Personal de salud	Título y función que se realiza en la institución	Profesión	Médico especialista Medico interno residente (R1-R2) Medico interno residente (R3-R4) Enfermero Otro	Nominal	Cualitativa
Lugar de trabajo	Lugar donde desarrolla su actividad profesional	Sitio de trabajo	Hospital de segundo nivel Hospital de tercer nivel Sanidad privada exclusivamente Combino hospital público con actividad privada	Nominal	Cualitativa
Años de experiencia	Tiempo específico en un puesto de trabajo cumpliendo el mismo rol laboral	Experiencia laboral	<5 años 5-10 años >10 años	Discreta	Cuantitativa
Responsable de evento adverso	Persona que se siente responsable de un evento adverso	Responsabilidad	Si No	Nominal	Cualitativa
Evento adverso tuvo consecuencias	El evento adverso tuvo consecuencias con el paciente	Consecuencias	Si No	Nominal	Cualitativa
Emoción posterior a error.	Sentimiento percibido por el profesional después de un error médico	Emoción o sentimiento	Culpabilidad Ansiedad Cansancio Rabia Inseguridad en el trabajo Problemas de concentración Insomnio	Nominal	Cualitativa

			Irritabilidad Llanto fácil Ideaciónsuicida		
Búsqueda de ayuda	Personal busca ayuda o red de apoyo posterior a error medico	Buscar ayuda	Si No	Nominal	Cualitativa
Recibir ayuda	Personal recibe ayuda por parte de red de apoyo	Recibir ayuda	Si No	Nominal	Cualitativa
Mayor miedo posterior a error	Situación que genera angustia por la presencia de un peligro real o imaginario	Miedo o temor	Repercusiones legales Afrontar al paciente y/o familia Sentirse juzgado por compañeros del trabajo Consecuencias a nivel laboral en tu hospital Otro	Nominal	Cualitativa
Idea de deserción laboral	Intención de dejar la profesión como consecuencia de un error médico	Renuncia	Si No	Nominal	Cualitativa
Cultura en seguridad en atención al paciente	Políticas hospitalarias por el centro hospitalario	Políticas Hospitalarias	Hay una cultura abierta a la comunicación de errores médicos, no punitiva Hay una cultura punitiva respecto a los errores médicos. Buscar el responsable más que entender las circunstancias Se prefiere no hablar de los errores médicos	Nominal	Cualitativa
Conocimiento de término Segunda Víctima	Tiene información o noción del término "segunda víctima"	Conocimiento	Si No	Nominal	Cualitativa

Anexo 5: Instrumento de recolección de datos

CONOCIMIENTO DE SEGUNDAS VÍCTIMAS EN EL PERSONAL DE SALUD DE CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL GENERAL PABLO ARTURO SUAREZ - 2023

Por medio de la presente encuesta usted se encuentra invitado a participar en la investigación titulada: "Evaluación del conocimiento sobre segundas víctimas y su repercusión en el personal de salud del área quirúrgica del Hospital Pablo Arturo Suarez en el 2023". El propósito de la investigación es evaluar el conocimiento del fenómeno de segundas víctimas y su repercusión al identificarse como una, en el ámbito tanto laboral como personal con el fin de dar una visión general a la situación de los profesionales de salud en el área quirúrgica del Hospital Pablo Arturo Suarez. La presente investigación ha recibido la aprobación del Comité de ética de Investigación en Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Durante la investigación tomaremos medidas necesarias para asegurar la confidencialidad de sus datos. La encuesta es anónima por lo que no se recopilarán datos que puedan identificarlo y únicamente los investigadores tendrán acceso a la información recopilada. Su participación en esta investigación es libre y voluntaria. Si tiene alguna duda sobre la investigación o sus procedimientos puede solicitar más información a sus investigadores.

Si decide participar en esta investigación deberá llenar la siguiente encuesta de 17 preguntas, la cual le tomará alrededor de 10 minutos. Si desea participar por favor continúe a continuación:

1. Seleccione su género (Seleccione una)

☐	Mujer	☐	Hombre
--------------------------	-------	--------------------------	--------

2. ¿Cuál es el tipo de trabajo que realiza? (seleccione una)

☐	Médico especialista	☐	Enfermero
☐	Medico interno residente (R1-R2)	☐	Otro (especifique):
☐	Médico interno residente (R3-R4)		

3. ¿Cuál es el tipo de hospital donde trabaja? (puede marcar más de una)

☐	Hospital de segundo nivel	☐	Sanidad privada exclusivamente
☐	Hospital de tercer nivel	☐	Combino hospital público con actividad provada

4. ¿Cuántos años de experiencia profesional tiene, incluyendo la residencia? (Seleccione una)

☐	<5 años	☐	5-10 años
☐	>10 años		

5. ¿Se ha sentido responsable de algún tipo de error médico? (Seleccione una)

☐	Si	☐	No
--------------------------	----	--------------------------	----

6. ¿En caso afirmativo, ese error médico tuvo alguna consecuencia para el paciente? (seleccione una)

☐	Si	☐	No
--------------------------	----	--------------------------	----

7. ¿Experimentó alguna de las siguientes situaciones en días posteriores al error? (puede marcar más de una)

☐	Culpabilidad	☐	Ansiedad
☐	Cansancio	☐	Rabia
☐	Inseguridad en el trabajo	☐	Problemas de concentración
☐	Insomnio	☐	Irritabilidad
☐	Llanto fácil	☐	Ideación suicida

8. En caso afirmativo, ¿buscó algún tipo de ayuda? (Seleccione una)

☐	Si, de un compañero(s) de trabajo	☐	Si, ayuda profesional
☐	Si, de un amigo o familiar	☐	No

9. En caso afirmativo, ¿recibió ayuda o apoyo espontáneamente de algún colega? (Seleccione una)

☐	Si	☐	No
--------------------------	----	--------------------------	----

10. Tras el error médico, ¿qué era lo que mas le atemorizaba? (puede seleccionar más de una)

☐	Repercusiones legales	☐	Afrontar al paciente y/o familia
☐	Sentirse juzgado por sus compañeros de trabajo	☐	Consecuencias a nivel laboral en su hospital
☐	Otro:		

11. ¿Ha pensado en algún momento dejar su profesión como consecuencia de un error médico? (seleccione una)

☐	Si	☐	No
--------------------------	----	--------------------------	----

12. ¿Conoce a algún amigo/compañero que haya sufrido estrés tras un error médico? (seleccione una)

☐	Si	☐	No
--------------------------	----	--------------------------	----

13. En caso afirmativo, ¿busco activamente el modo de ayudarlo? (seleccione una)

☐	Si	☐	No
--------------------------	----	--------------------------	----

1. ¿Sintió que ayudó? (seleccione una)

☐	Si, <u>tenia</u> herramientas suficientes para hacerlo	☐	Si, aunque no <u>tenia</u> las herramientas suficientes para hacerlo
☐	No, no sentí empatía con la situación	☐	No, no se dieron las circunstancias adecuadas (tiempo, espacio)
☐	No, no sabía que hacer	☐	

2. Cree que en su hospital: (seleccione una)

☐	Hay una cultura abierta a la comunicación de errores médicos, no punitiva
☐	Hay una cultura punitiva respecto a los errores médicos. Buscar al responsable, más que entender las circunstancias
☐	Se prefiere no hablar de errores médicos/eventos adversos

3. ¿Ha oído alguna vez el término <segunda víctima>? (Seleccione una)

☐	Si	☐	No
--------------------------	----	--------------------------	----

Fuente:

- Magaldi, M., Perdomo, J. M., López-Baamonde, M., ~~Vhanzá, M., Sanchez, D., & C, Gomar.~~ (15 de mayo del 2021). El fenómeno de segunda víctima en un área quirúrgica: encuesta online. Revista Española de Anestesiología y Reanimación, 68, 504–512.

Información de investigadora:

- MD. Sofía Flores García
Cl. 1718949884
Telf.: 0992681195
Correo1: sophiloren@hotmail.com
Correo2: sflores115@puce.edu.ec

Anexo 6: Consentimiento informado



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS
CEISH - PUCE

Av. 12 de octubre 3276 y Veintimilla
Aguafloja (piso) 17-03-2188
Tel.: (096) 2 299 17-00
Quito - Ecuador www.puce.edu.ec

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO OBSERVACIONAL SIN USO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS Y/O EN EL QUE SE INVOLUCRE A POBLACIÓN VULNERABLE¹

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN
Evaluación del conocimiento sobre segundas víctimas y su repercusión en el personal del área quirúrgica del Hospital Pablo Arturo Suarez en el 2023

NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL
Flores García Sofía Lorena

NOMBRE DEL PATROCINADOR;
N/A

NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN;
Hospital Pablo Arturo Suárez

EVALUADO Y APROBADO POR: EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS DE LA PUCE.

INTRODUCCIÓN: Durante el trabajo que realiza el personal de salud involucrado con el cuidado de los pacientes, existen situaciones que se denominan "eventos adversos", que se definen como un daño o complicación no intencionada resultante de la atención en salud que no es causada por la enfermedad del paciente, lo que prolonga su hospitalización, causa discapacidad o muerte. El personal involucrado con este evento puede desarrollar emociones y miedos que tendrán consecuencias tanto en su vida personal como laboral, a este personal se lo denomina "segunda víctima"

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: determinar si el personal de salud involucrado en el cuidado de los pacientes de Centro Quirúrgico conoce el término "segunda víctima" y cómo identificarse como tal ha repercutido en su vida profesional y personal. Los participantes de este estudio incluyen todo el personal que trabaje en Centro Quirúrgico del Hospital Pablo Arturo Suarez que acepten participar en esta investigación. Este estudio permitirá levantar información que a futuro permita desarrollar programas de salud mental, prevención y asistencia en eventos adversos para quienes son identificados como "segundas víctimas".

PROCEDIMIENTOS: La investigación consiste en aplicar una encuesta anonimizada y confidencial. Su tomará entre 3 a 5 minutos. La encuesta tiene preguntas que incluyen datos demográficos, profesionales y describen la experiencia del participante frente a un evento adverso

¹ Tomado y modificado del Anexo 4. Consideraciones mínimas que debe cumplir el documento de consentimiento informado. De los requisitos de la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud- CIGES-MSP.



y su repercusión personal y profesional y deberá ser llenada posterior a la aceptación del presente consentimiento informado. El investigador principal aplicará la encuesta en el Centro Quirúrgico del Hospital Pablo Arturo Suarez

RIESGOS Y BENEFICIOS:

Para salvaguardar la integridad de los participantes se aplicará la encuesta de forma confidencial y anonimizada, por lo que su aplicación no conlleva ningún riesgo.

COSTOS Y COMPENSACIÓN:

El desarrollo de la investigación no tendrá ningún costo para el participante ni compensación por parte de los investigadores

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS:

Su participación es confidencial. La encuesta no contempla preguntas que permitan identificar quien la ha llenado y la misma constará únicamente de una numeración que facilite el análisis de datos para el investigador.

DERECHOS Y OPCIONES DEL PARTICIPANTE:

Se debe mencionar que la participación del personal de salud de Centro Quirúrgico del Hospital Pablo Arturo Suarez es completamente voluntaria, por lo que el participante puede retirar su consentimiento en cualquier momento. Esto no causará ninguna penalidad al participante.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:**Investigador Principal:**

Md. Sofia Lorena Flores García, sflores115@puce.edu.ec, cel.: 0992681195

Dr. Galo Sánchez del Hierro, gasanchez@puce.edu.ec, telf.: 2991700, ext. 2917

PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO**A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Yo, personal de salud que trabaja en el Centro Quirúrgico del Hospital Pablo Arturo Suarez, he leído el documento de consentimiento, he comprendido los riesgos y beneficios de participar, han respondido a todas mis preguntas. Consiento voluntariamente mi participación en el estudio y el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento. Al firmar el documento de consentimiento informado, NO renuncio a ninguno de los derechos que por ley le corresponden.

Adicionalmente se entregará una copia de este documento al participante, una vez suscrito el mismo por las partes.

Firma
Nombre:
Cédula:
Fecha:

B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

A pesar de que, como personal de salud que trabaja en Centro Quirúrgico del Hospital Pablo Arturo Suarez he aceptado participar en la investigación, revoco mi autorización, lo cual implica que los datos entregados serán eliminados y no se utilizarán para ningún fin dentro o fuera de la investigación.

De realizarse la revocatoria del consentimiento informado no habrá ninguna penalidad para el participante.

Firma
Nombre:
Cédula:
Fecha:

Anexo 8: Gráficos

Gráfico 1. Frecuencia de sexo de los participantes

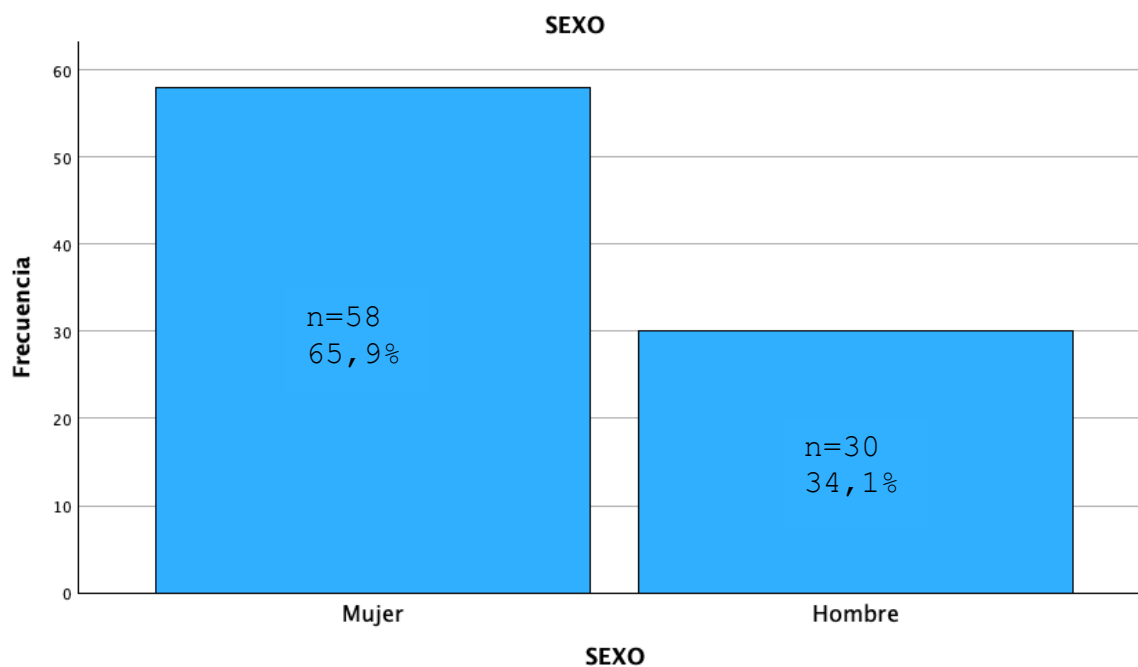


Gráfico 2. Tipo de trabajo de los participantes

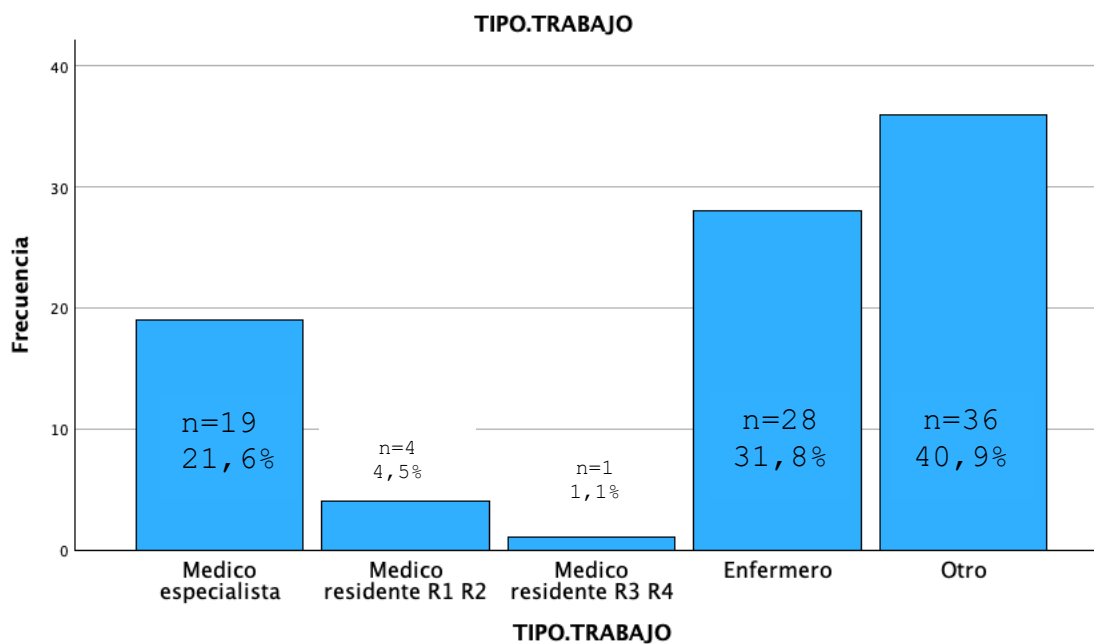


Gráfico 3. Años de experiencia del personal del área quirúrgica

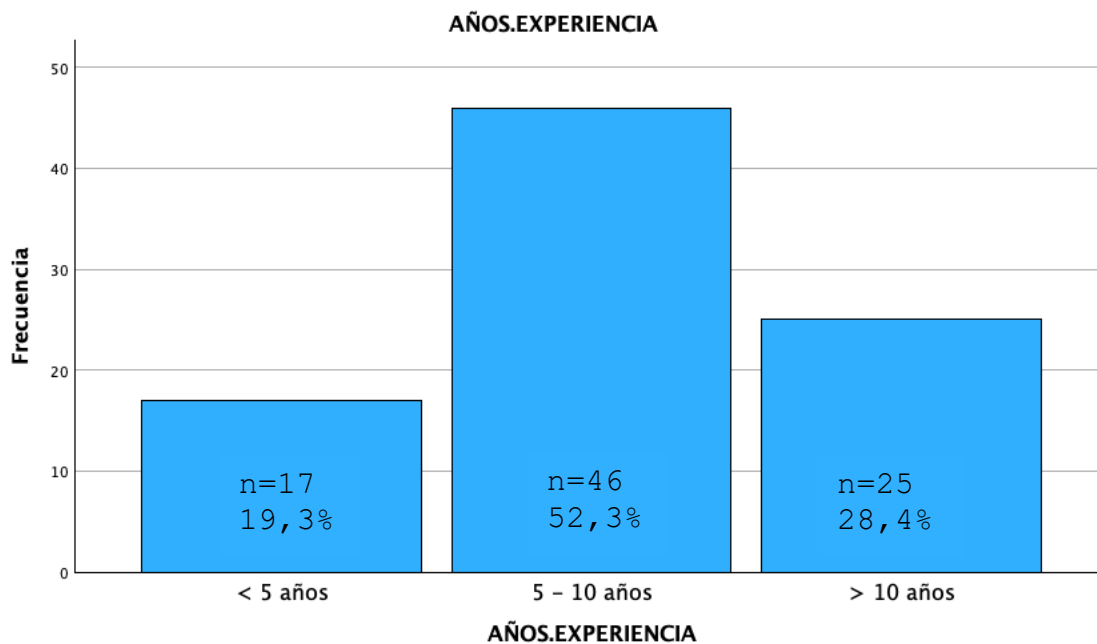


Gráfico 4. Conocimiento del término

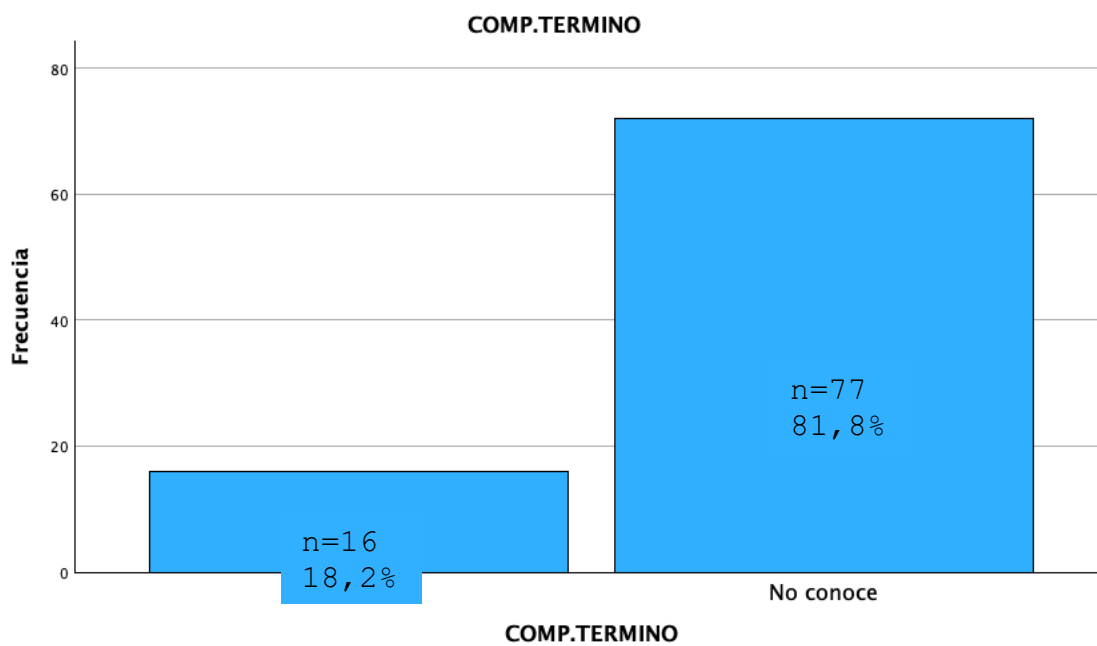


Gráfico 5. Relación del conocimiento del término y tipo de trabajo de los participantes

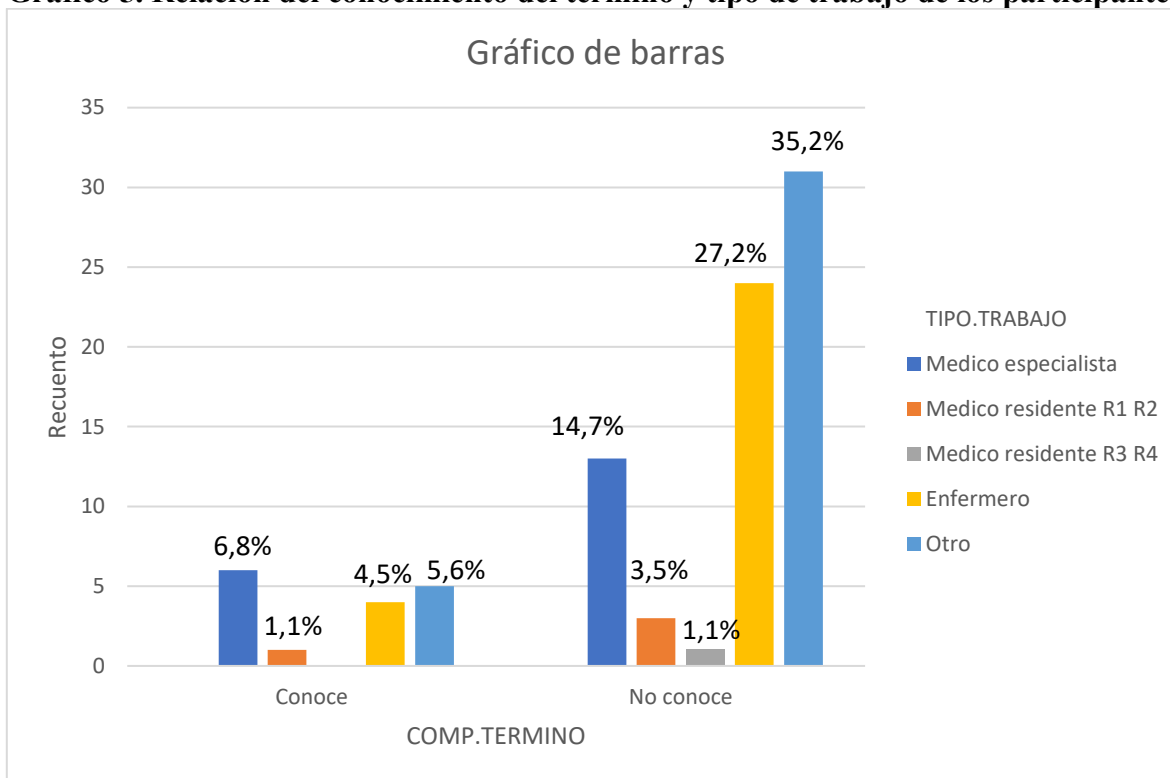


Gráfico 6. Relación de afirmación en consecuencia al paciente y efectos posterior al error de los participantes

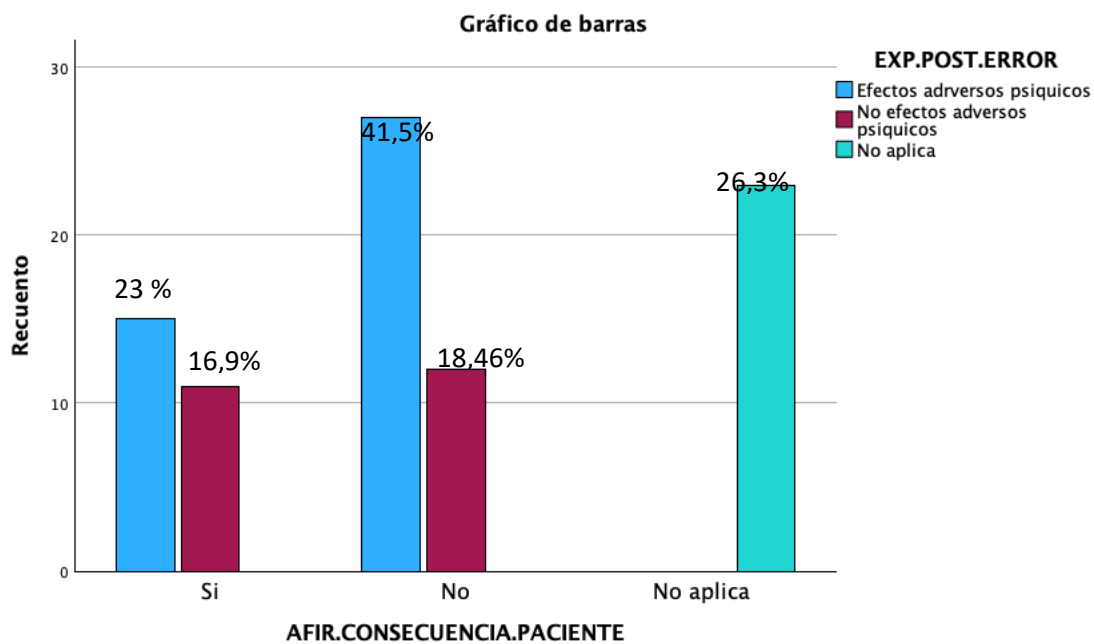


Gráfico 7. Repercusiones psíquicas y emocionales

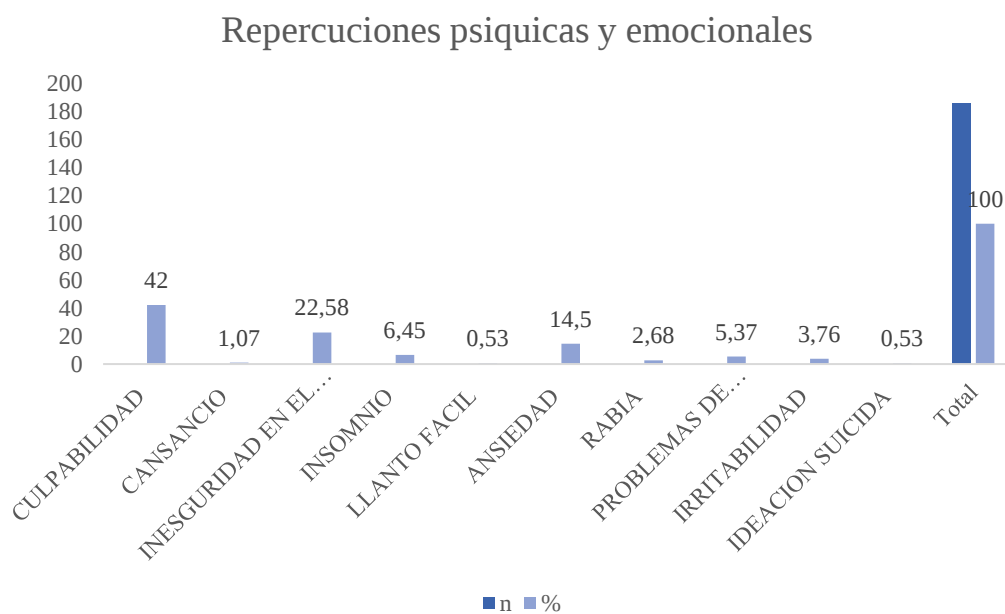


Gráfico 8. Identificar si los profesionales con características de segunda víctima solicitaron ayuda posterior al evento adverso

