



**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN EFECTO DE LOS EVENTOS
ADVERSOS SOBRE LA SEGUNDA VÍCTIMA EN UNA CLINICA DE
BOGOTÁ DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2018**

**LIZA MAGDIEL SANDOVAL TAMI
GINA LUCÍA CHAMORRO VILLAREAL**

**ASESORA
GENNY PAOLA FUENTES BERMÚDEZ**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ D.C.
JULIO 2018**

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primera instancia a nuestro Padre Celestial por darnos la sabiduría, fortaleza y amor por nuestro trabajo para desarrollar este proyecto y alcanzar nuestra meta como Especialistas en Seguridad del Paciente.

A nuestras familias por su apoyo permanente durante el recorrido, quienes con amor nos impulsaron a seguir adelante y cumplir nuestros sueños.

A la Enfermera Genny Paola Fuentes Bermúdez, nuestra directora de tesis, quien con paciencia y dedicación orientó nuestro trabajo y asimismo contribuyó a nuestra formación personal y profesional.

A la Clínica De Occidente por permitirnos llevar a cabo nuestro trabajo de grado en su institución y a cada uno de sus miembros por su voluntaria y valiosa participación en la recolección de la información.

Al Dr Gustavo Carvajal y la Enfermera Aneisa Rojas amigos de vida, quienes con su aporte y acompañamiento durante nuestro proyecto de grado fueron invaluable.

NOTA DE SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

TABLA DE CONTENIDO

1. TÍTULO: EFECTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS SOBRE LA SEGUNDA VÍCTIMA EN UNA CLINICA DE BOGOTÁ DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2018	8
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	9
2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
3. ANTECEDENTES	11
4. JUSTIFICACIÓN	19
5. OBJETIVOS	20
5.1. OBJETIVO GENERAL	20
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
6. PROPÓSITO	21
7. MARCO TEÓRICO	22
7.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE	22
7.2. EVENTO ADVERSO	22
7.3. SEGUNDA VÍCTIMA	23
7.3.1. Efectos emocionales de los eventos adversos	23
7.3.2. Consecuencias laborales de los eventos adversos	25
8. DISEÑO METODOLÓGICO	27
8.1. TIPO DE ESTUDIO	27
8.2. VARIABLES	27
8.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	28
8.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	28
8.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	28
8.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	28
8.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	29
8.6. INSTRUMENTO	29
8.7. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	29
8.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	30
9. CRONOGRAMA	31
10. PRESUPUESTO	35
11. RESULTADOS	37

11.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	37
11.2.	EXPERIENCIAS PREVIAS (PERSONALES O AJENAS) RELACIONADAS CON LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS Y CON SU IMPACTO.	38
11.3.	EFFECTOS DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS	40
11.3.1.	EFFECTOS EMOCIONALES	40
11.3.2.	CONSECUENCIAS LABORALES DE LOS EVENTOS ADVERSOS SOBRE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS.	42
11.4.	INTERÉS EN RECIBIR FORMACIÓN ESPECÍFICA EN OPEN DISCLOSURE Y AFRONTAMIENTO DEL FENÓMENO DE LA SEGUNDA VÍCTIMA	42
12.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	44
12.1.	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	44
12.2.	EXPERIENCIAS PREVIAS (PERSONALES O AJENAS) RELACIONADAS CON LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS Y CON SU IMPACTO.	46
12.3.	EFFECTOS DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS	47
12.3.1.	EFFECTOS EMOCIONALES	47
12.3.2.	CONSECUENCIAS LABORALES DE LOS EVENTOS ADVERSOS SOBRE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS.	49
12.4.	INTERÉS EN RECIBIR FORMACIÓN ESPECÍFICA EN OPEN DISCLOSURE Y AFRONTAMIENTO DEL FENÓMENO DE LA SEGUNDA VÍCTIMA	50
13.	CONCLUSIONES	51
14.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
	ANEXOS	55
14.1.	ANEXO I. CUESTIONARIO I	55
14.2.	ANEXO II: CUESTIONARIO II	56
14.3.	ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO	60

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de los aspectos más importantes de la revisión de la literatura ¡Error! Marcador no definido.	
Tabla 2. Síntomas psicosociales presentados por los participantes del estudio de Scott SD et al	24
Tabla 3. Matriz de variables	27
Tabla 4 Distribución por edad, sexo, profesión, unidad o servicio y años de experiencia de las segundas víctimas de la Clínica de Occidente.....	38

**1. TÍTULO: EFECTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS SOBRE LA SEGUNDA
VÍCTIMA EN UNA CLINICA DE BOGOTÁ DURANTE EL TERCER
TRIMESTRE DEL AÑO 2018**

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (1), un evento adverso corresponde a un “evento que causa un daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente”. En el mismo orden de ideas, los resultados obtenidos en el Estudio Ibeas (2) realizado en cinco países latinoamericanos incluida Colombia, demostraron que “10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios (Prevalencia). Este riesgo se duplicaba si considerábamos todo el tiempo en que el paciente estuvo hospitalizado. De modo que 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un incidente dañino a lo largo de su estancia en el hospital (Incidencia)”, esto indica que la ocurrencia de eventos adversos en el proceso de atención en salud es una problemática que ha sido estudiada con fines de intervención en la prevención de los mismos a nivel latinoamericano y mundial, teniendo en cuenta que dicho estudio fue realizado en conjunto con la Organización Mundial de la Salud.

Desde este aspecto, la ocurrencia de eventos adversos en las instituciones de salud adquiere una connotación negativa desde varios aspectos, uno de ellos la generación de una lesión al paciente que puede ser o no reversible, lo que conlleva no sólo repercusiones físicas sino también psicológicas, familiares, sociales, entre otras, constituyendo según Seys et al. (3) al paciente y su familia en la primera víctima de los eventos adversos.

Así también, dentro del marco de los eventos adversos, es necesario e importante el estudio de una segunda víctima, que de acuerdo al proyecto de investigación Segundas y terceras víctimas (4), se define como “Todo profesional, proveedor de servicios sanitarios, que participa en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente, no esperada y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso”. Cabe resaltar que entre los pioneros en asignar este término y significancia fue el Dr Wu (5) en el año 2000 en su artículo Error médico: la segunda víctima, el médico que comete el error también necesita ayuda. Esto indica que al igual que el paciente, la segunda víctima o proveedor de atención en salud también sufre un daño después de la ocurrencia de un evento adverso, esto se encuentra sustentado en el estudio publicado en el año 2015 por Mira JJ et al (6), en donde las respuestas emocionales más comunes de las segundas víctimas fueron: sentimientos de culpa (521, 58.8%), ansiedad (426, 49.6%), revivir el evento, una y otra vez (360, 42.2%), cansancio (341, 39.4%), insomnio (317, 38.0%), dudas persistentes sobre qué hacer en cada caso y si las decisiones clínicas son correctas (284, 32.8%) y aturdimiento, confusión y dificultades para concentrarse en el trabajo (260, 29.9%).

Visto de esta forma, según el panorama anteriormente planteado, resulta necesario que los profesionales de la salud consideren este planteamiento como parte esencial del funcionamiento institucional, no con fines de productividad, sino con la consideración que el personal de salud constituye un eje fundamental del proceso de atención en salud, por lo tanto, debe ser tenido en cuenta dentro del manejo que llevará acabo la institución ante la presencia de un evento adverso.

En concordancia a lo mencionado anteriormente, se decidió realizar una investigación cuantitativa de tipo descriptivo, en la Clínica de Occidente en Bogotá para obtener evidencia científica sobre el impacto de los eventos adversos sobre las segundas víctimas que permitan ser una base de partida de futuras decisiones a nivel institucional.

2.1.PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el efecto de los eventos adversos sobre la segunda víctima en una clínica de Bogotá durante el tercer trimestre del año 2018?

3. ANTECEDENTES

Se realizó búsqueda de artículos en las bases de datos electrónicas (OvidSP, ProQuest Central, Pubmed Central, Science Direct) utilizando los siguientes términos de búsqueda: “medical error OR adverse events AND health care provider AND patient safety”, “medical error OR adverse events AND second victims”, “medical error OR adverse events AND attitude of health personnel” lo cual permitió la identificación y selección de artículos con el fin de establecer un panorama sobre el tema de investigación planteado.

De las listas de referencias de algunos artículos relevantes se realizó una búsqueda manual en las bases de datos enunciadas con el fin de identificar artículos útiles para la presente investigación. En la Tabla 1 se resumen los aspectos más importantes de los artículos seleccionados.

3.1 Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW (7).

The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events Qual Saf Health Care – 2009 Estudio exploratorio cualitativo. El propósito de este artículo es informar los hallazgos de la entrevista con 31 segundas víctimas. La entrevista semiestructurada cubrió datos demográficos, recuento de participantes del evento, síntomas experimentados y recomendaciones para mejorar el apoyo institucional. Cuarenta y tres fueron contactados para la inscripción al estudio, 38 aceptaron participar y 31 completaron las entrevistas. 18 de los participantes (58%) eran mujeres; 10 eran médicos, 11 enfermeras registradas y otros 10 profesionales de la salud. La duración de la experiencia profesional varió entre 6 meses y 36 años (promedio 13.5 años). Tiempo desde que el evento adverso varió de 3 semanas a 44 meses (promedio 14 meses). 17 síntomas psicosociales y seis físicos se informaron 10 o más veces por los 31 participante. Síntomas psicosociales: Frustración: 77%, Disminución de la satisfacción laboral: 71%, Enfado: 68%, Tristeza extrema: 68%, Dificultad para concentrarse: 65%, Flashbacks: 65%, Pérdida de confianza: 65%, Dolor: 65% Remordimiento: 61% Depresión: 55%, Recuerdos repetitivos / intrusivos: 52%, Duda: 52%, Volver a la ansiedad laboral: 48%, Segunda carrera de adivinanzas: 39%., Miedo al daño de reputación: 39%, Excesiva excitabilidad: 35%, Evitar el área de cuidado del paciente: 32%

Independientemente de su sexo, experiencia profesional o años de experiencia, todos los participantes en nuestro estudio recordaron fácilmente el impacto inmediato y continuo de su evento específico de sacudida profesional. Colectivamente, sus cuentas emocionalmente cargadas revelaron una trayectoria de recuperación en gran medida predecible. Nuestro análisis condujo a la identificación y el nombramiento de seis etapas de recuperación y características de la etapa.

3.2. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez Pérez P, et al (6) The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals BMC Health Services Research. – 2015 estudio transversal. Evaluar el efecto de los eventos adversos que ocurren en atención primaria y entornos hospitalarios en España sobre profesionales de la salud (segundas víctimas) en términos personales y profesionales. La población objetivo estaba compuesta por médicos y enfermeras de hospitales y centros de salud de atención primaria en los servicios de salud.

Se llevó a cabo una encuesta en línea, invitando a una muestra de profesionales de la salud seleccionados al azar de estas ocho regiones para participar. Se utilizó muestreo de múltiples etapas, estratificando por nivel de atención (atención primaria y hospital) y región autónoma. El trabajo de campo se llevó a cabo entre mayo y julio de 2014.

El cuestionario utilizado fue desarrollado por consenso entre el equipo de investigación teniendo en cuenta las revisiones publicadas, el estudio del grupo Calité en España y las preguntas utilizadas en los estudios en América del Norte y Noruega.

Experiencia de la segunda víctima

Un total de 1.087 profesionales de la salud completaron los cuestionarios, 610 y 477 trabajando en atención primaria y hospitales, respectivamente. Las mujeres (N=777) constituyeron el 72% de la muestra como se esperaba debido a la relación de género en las profesiones sanitarias. Casi todos los que completaron los cuestionarios tenían, al menos, 3 años de experiencia profesional (97.8%). Un total de 938 (86.3%) de los participantes informaron haber presenciado un incidente de seguridad del paciente dentro de los 5 años previos. Poco más de la mitad, 628 (57.8%), habían informado un evento adverso grave.

Experiencia de segunda víctima

Un total de 381 (62.5%, 95% CI 59-66%) profesionales de la salud en atención primaria y 346 (72.5%, 95% CI 69-77%) en hospitales informaron haber sufrido la experiencia de la segunda víctima (ellos mismos o por medio de colegas) en los últimos 5 años. En atención primaria, los médicos informaron conocer a más personas afectadas que las enfermeras (223, 67,2% frente a 149, 56,2%, $p = 0,008$), mientras que en los hospitales los grupos profesionales informaron tasas similares de casos conocidos de segundas víctimas (162, 77,5% versus 163, 70.9%, $p = 0.140$). Los profesionales de los servicios médicos, quirúrgicos y centrales informaron tasas similares de segundas víctimas en sus áreas respectivas ($p = 0,488$). Casi un tercio indicó que las segundas víctimas no pudieron continuar trabajando después de un evento adverso y requirieron tiempo libre. En atención primaria, las consecuencias relacionadas con el trabajo reportadas para las segundas víctimas fueron similares en los dos grupos profesionales, mientras que en los hospitales, las enfermeras reportaron una mayor tasa de segundas víctimas que tomaron tiempo libre del trabajo y fueron transferidas a diferentes departamentos / unidades.

Las respuestas emocionales más comunes fueron: sentimientos de culpa (521, 58.8%), ansiedad (426, 49.6%), revivir el evento una y otra vez (360, 42.2%), cansancio (341, 39.4%), insomnio (317, 38.0%), dudas persistentes sobre qué hacer en cada caso y si las decisiones clínicas son correctas (284, 32.8%) y aturdimiento, confusión y dificultades para concentrarse en el trabajo (260, 29.9%). Los médicos informaron una mayor intensidad de estos trastornos emocionales en las segundas víctimas (sentimientos de culpa, OR 0,7, IC del 95%: 0,6 a 0,8; revivir el evento, OR 0,7; IC del 95%: 0,6 a 0,8; y ansiedad, OR 0,8; 95 % CI 0,6-0,9). La gran mayoría, 583 (92.3%) encuestados de atención primaria y 430 (90.1%) de hospitales, indicaron que estarían interesados en recibir capacitación específica para enfrentar Seis de cada 10 profesionales de la salud en España conocen la experiencia de la segunda víctima.

La experiencia de las segundas víctimas en España causa culpa y ansiedad, pero con algunos factores adicionales: dudas sobre informar a los pacientes, colegas y gerentes sobre lo sucedido, temor a las consecuencias legales y preocupaciones sobre la pérdida de prestigio. En el contexto español, los médicos se preocupan más que las enfermeras por las consecuencias profesionales negativas de los eventos adversos. También hay diferencias en las secuelas en atención primaria u hospitales. Los profesionales de la salud españoles rara vez reciben capacitación o educación sobre estrategias de afrontamiento para este fenómeno

3.3. Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Torijano ML, Iglesias-Alonso F, et al (8). Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. Rev Calid Asist – 2016, Estudio descriptivo en el que se encuestó a directivos y coordinadores de seguridad de hospitales y atención primaria para conocer qué actividades se estaban llevando a cabo en materia de segundas víctimas, y a profesionales asistenciales para describir su posible experiencia como segundas víctimas, junto a estudios cualitativos para diseñar una guía de acciones recomendadas tras un evento adverso.

Impacto de los eventos adversos en los profesionales sanitarios (segundas víctimas) En este estudio participaron un total de 1.087 profesionales sanitarios con actividad asistencial (50% médicos, 46% enfermeros y 4% otros colectivos) en centros de atención primaria y hospitales de las 8 comunidades autónomas antes mencionadas. Más de la mitad de los profesionales participantes (727, 66,9%) había vivido la experiencia de segunda víctima, bien en primera persona, o bien a través de un colega. El malestar derivado de la participación en un EA se caracterizó por ansiedad, sentimientos de culpa, dudas acerca de cómo informar de lo sucedido al paciente, a los compañeros y a los superiores, miedo a las consecuencias legales y preocupación por la pérdida de prestigio profesional. Solo una minoría de los participantes (192, 17,7%) había recibido formación sobre cómo afrontar este fenómeno.

Los resultados de esta línea de trabajo ofrecen una visión global del fenómeno de las segundas víctimas en nuestro entorno sanitario en términos de impacto, frecuencia y existencia de actuaciones dirigidas a abordar dicho fenómeno.

3.4. Martens J, Van Gerven E, Lannoy K, Panella M, Euwema M, Sermeus W, et al (9). Serious reportable events within the inpatient mental health care: Impact on physicians and nurses. Rev Calid Asist – 2016, Se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal. Seis hospitales psiquiátricos flamencos (Bélgica) participaron en este estudio. Todos los psiquiatras y enfermeras que trabajan en estos hospitales fueron invitados a completar un cuestionario en línea en marzo de 2013. El cuestionario en línea constaba de tres partes. El primero preguntó sobre la información demográfica y relacionada con el trabajo y el segundo preguntó la cantidad de eventos adversos en los que participaron los encuestados. Solo a los participantes, que participaron personalmente en eventos adversos durante toda su carrera o en los últimos seis meses, se les solicitó completar la tercera parte, que exploró el impacto del incidente en el participante. Los datos se ingresaron y analizaron utilizando el Paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS versión 18.0). Los datos fueron analizados usando solo estadística descriptiva.

Tasa de respuesta

Veintiocho psiquiatras y 252 enfermeras completaron el cuestionario en línea. Las características demográficas se enumeran a continuación:

Edad media (DE): 38.5 (10.9)

Años promedio de experiencia laboral (SD): 13.7 (10.3)

Género: Masculino: 79 (28.2%), Hembra: 201 (71.8%)

Trabajo: Psiquiatra: 28 (10.0%), Enfermera psiquiátrica: 252 (90.0%)

Pregunta de investigación 1: ¿Cuál es la prevalencia de los trabajadores de salud mental involucrados en un evento adverso?

En general, 205 de los 280 encuestados (73.2%) ya habían participado personalmente en un evento adverso durante toda su carrera, de los cuales 89 (31.8%) durante los últimos 6 meses.

Pregunta de investigación 3: ¿cuál es el impacto del evento adverso en la carrera profesional del trabajador de salud mental y en la calidad de la atención?

Después de un evento adverso serio, el 42.4% de los trabajadores de salud mental prestaron más atención a los detalles y el 19.2% de ellos incluso cambiaron su actitud laboral para anticipar incidentes futuros. Más de 1 de los 5 encuestados pidieron más consejos de sus colegas, mientras que el 17,5% afirmó estar afectado por el evento adverso. 21 trabajadores de salud mental (12.3%) abandonaron su trabajo luego de un evento adverso. 4 de ellos todavía lo están considerando. Casi el 85.0% de los trabajadores de salud mental declararon que en las primeras 4 h posteriores al evento adverso, no pudieron brindar la misma calidad de atención que antes del evento adverso.

En este estudio, informamos una alta prevalencia de eventos adversos. El 73.2% de los encuestados ya había participado personalmente al menos una vez en un evento adverso durante toda su carrera, de los cuales el 31.8% durante los últimos 6 meses. En nuestro estudio, casi el 18% de los trabajadores de salud mental creían que la calidad de la atención que brindaban se veía afectada negativamente después de experimentar un evento adverso. Una pequeña parte consideró abandonar el trabajo luego de un evento adverso. Para concluir, los hallazgos de nuestro estudio proporcionan información importante sobre la experiencia de los encuestados acerca de la alta prevalencia de eventos adversos en la atención de salud mental para pacientes internados. El impacto en la carrera profesional del trabajador de salud mental no debe subestimarse. El impacto de los eventos adversos se ha cuantificado en intensidad y dura hasta al menos un mes después del incidente. La recomendación sobre el apoyo intensivo a estas segundas víctimas debe tener en cuenta estos datos. En conclusión, las segundas víctimas en la atención de la salud mental deben tomarse en consideración y convertirse en una prioridad de las organizaciones de salud mental.

3.5. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW (10). Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open* – 2016, Estudio de métodos mixtos, que incluye recuentos de frecuencia de encuentros, encuestas de personal y evaluaciones por parte de los equipos de respuesta Resiliencia en situaciones estresantes. Se utilizaron estadísticas descriptivas para resumir las características demográficas y las proporciones de las respuestas a las escalas categóricas, Likert y ordinales. El análisis y la codificación cualitativa se utilizaron para analizar respuestas abiertas de cuestionarios y grupos focales.

Los encuestados en la Encuesta de Evaluación del Personal Organizacional fueron principalmente enfermeras registradas (70.8%, n = 102), y la mayoría de los encuestados

tenían más de 1 año de experiencia laboral en atención médica. Aproximadamente el 70% de los encuestados había participado directamente en un evento adverso no anticipado, y el 57,9% (n = 77) informaron haber tenido problemas, como ansiedad o incapacidad para realizar su trabajo, como resultado de este evento. Más de dos tercios (70.3%, n = 90) se habían acercado para recibir apoyo después del evento.

Profesión, enfermera registrada 70.8%, Farmacéutico 9.7%, Trabajador social clínico 6.9%, Especialista en vida infantil 4.2%, Técnico clínico 2.1%, Terapeuta clínico 1.4%, Médico asistente / personal 0.7%, Administrador 2.1%, Apoyo ambiental 0.7%, Otro 1.4%

Número de años en cuidado de la salud, menos de 1 año 4.9%, 1-5 años 33.1%, 6-10 años 18.3%, 11-20 años 23.2%, 21 años o más 20.4%.

A la pregunta Experimenta cualquier problema, como ansiedad, depresión o preocupación acerca de la capacidad para realizar un trabajo, como resultado de este evento el 57.9% respondió estar de acuerdo. Los trabajadores de hospitales enfrentan muchos desafíos después de la ocurrencia de eventos estresantes relacionados con el paciente. Algunos de estos implican errores médicos, pero la gran mayoría están simplemente relacionados con las tensiones extraordinarias que incumben en el trabajo. Para ayudar a apoyar a estos proveedores y evitar que se quejen o abandonen su profesión clínica y el hospital, las organizaciones deben ofrecer apoyo adicional a sus empleados el volumen de llamadas.

3.6 Van Gerven E, Bruyneel L, Panella M, Euwema M, Sermeus W, Vanhaecht K (11). Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: A repeated measures analysis. *BMJ Open* – 2016, Estudio multicéntrico de informes de médicos, enfermeras y parteras sobre el impacto psicológico de un incidente de seguridad del paciente en el momento del incidente y en el momento de la encuesta. Primero, determinamos qué aspectos situacionales e individuales influyen en el impacto psicológico y el proceso de recuperación después de participación en un incidente de seguridad del paciente. En segundo lugar, examinamos qué aspectos organizacionales, tal como los perciben los profesionales de la salud, reducen el impacto psicológico y estimulan el proceso de recuperación. La Escala de Impacto de Evento (IES) de 15 ítems se usó para medir el impacto psicológico del incidente de seguridad del paciente. De los 1755 encuestados, **913** todavía estaban empleados en el hospital donde habían experimentado su incidente más memorable y completaron por completo el principal instrumento para medir el impacto psicológico. Los datos demográficos y las experiencias de los participantes con proveedores de datos estadísticos fueron testigos en la sala por una parte y personalmente involucrados en el otro lado, dentro de toda su carrera y en los últimos 12 meses. En cuanto a datos demográficos se obtuvo que:

Edad: <25 años: 40, 25-34 años: 186, 35-44 años: 247, 45-54 años: 304, > 54 años : 136.

Género: Masculino: 253, Hembra: 660.

Profesión: Médico: 186, enfermera: 682, Partera: 45

Experiencia: <6 meses: 3, 6 meses-1 año: 15, 1-3 años: 43, 3-5 años: 71, 5-10 años: 101, 10-15 años: 137, 15-20 años: 116, > 20 años :389.

Factores de situación, factores individuales e impacto psicológico

Los incidentes de seguridad del paciente que resultan en daño moderado ($\beta = 6.75$, $p = 0.0001$), daño severo ($\beta = 10.69$, $p < 0.0001$) o muerte ($\beta = 9.78$, $p < 0.0001$) se asocian sistemáticamente con un mayor impacto psicológico sobre el profesional de la salud en comparación con incidentes que no resultan en daño para el paciente. En general, cuando los pacientes habían muerto después de la aparición de un incidente de seguridad del paciente, el impacto psicológico remanente de las enfermeras en el momento de la encuesta era significativamente más alto que el de los médicos (valor $F = 4.91$, $p = 0.0268$). Los médicos midieron los puntajes retrospectivamente más altos que los de las enfermeras cuando los pacientes experimentaron daño moderado después de la ocurrencia de un incidente de seguridad del paciente ($F = 7.08$, $p = 0.0079$). En este estudio multicéntrico, examinamos el impacto de los aspectos individuales, situacionales y organizacionales en el impacto psicológico y la recuperación de un PSI en los médicos. El impacto psicológico disminuye significativamente entre el momento del incidente y el momento de la encuesta. Las características situacionales que influyen en el impacto son el sentido de la responsabilidad y el grado de daño. El daño grave deja el mayor impacto, más que la muerte del paciente. Las características individuales también influyen en el impacto. Se necesitan acciones proactivas y reactivas respaldadas por la organización y su liderazgo para reducir la gravedad del impacto psicológico de los incidentes de seguridad del paciente y acelerar notablemente el proceso de curación de los médicos. A partir de la etapa de reclutamiento, se debe llevar a cabo un cribado efectivo para identificar a los médicos en riesgo, evaluar los recursos personales y las estrategias de supervivencia que se encontró que afectan el impacto y la recuperación en este estudio.

3.7 Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM (12). The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources. *J Patient Saf.* – 2017, El SVEST (29 ítems que representan 7 dimensiones y 2 variables de resultado) fue completado por 303 proveedores de atención médica que participan en la atención directa del paciente. La encuesta recopiló respuestas sobre los síntomas psicológicos y físicos relacionados con las segundas víctimas y la calidad de los recursos de apoyo. De los 983 proveedores de servicios de salud que fueron invitados a participar, 305 (31%) respondieron a la encuesta. Se obtuvo muestra final de 281 participantes.

A medida que las organizaciones de atención médica invierten más recursos en programas para apoyar a las segundas víctimas, es importante que tengan información precisa para fundamentar y guiar el desarrollo de dichos programas. Nuestro estudio proporciona soporte preliminar para el SVEST como un instrumento confiable y válido para obtener esta información. El SVEST puede ser utilizado por los líderes del cuidado de la salud para guiar la implementación de nuevos recursos para la segunda víctima, evaluar la calidad de los

recursos de apoyo y rastrear el desempeño de los programas de la segunda víctima a lo largo del tiempo.

3.8 Han K, Bohnen JD, Peponis T, Martínez M, Nandan A, Yeh DD, Lee J, et al (13). The Surgeon as the Second Victim? Results of the Boston Intraoperative Adverse Events Surgeons' Attitude (BISA) Study. J Am Coll Surg – 2017, encuesta transversal en línea de todos los cirujanos de 3 de los principales hospitales de enseñanza de la misma universidad. Un total de 281 cirujanos recibieron la encuesta. La tasa de respuesta fue 44.8% (n = 126). La edad promedio de los encuestados fue de 49 años, el 77% eran hombres y el 83% realizó > 150 procedimientos / año. La mayoría de los encuestados fueron cirujanos generales (51.5%)

La mayoría de los encuestados (90.4%) informaron haber tratado con evento adverso intraoperatorio (IAE) durante su carrera. Cuando se les preguntó cuántos IAE personales recordaron durante los últimos 12 meses, 32% recordaron 1 IAE, 39% 2 a 5 IAE y 9% > 6 IAE. El impacto emocional de IAE en los cirujanos fue significativo: el 84% de los encuestados informaron una combinación de ansiedad (66%), culpa (60%), tristeza (52%), vergüenza / vergüenza (42%) e ira (29%). Además, los cirujanos en todos los niveles de experiencia encontraron estas emociones negativas. Sin embargo, de aquellos cirujanos que informaron que no tenían ningún sentimiento negativo después de un IAE, el 79% tenían 10 o más años de experiencia como cirujanos. los EAI ocurren más a menudo de lo que se piensa, que los EAI tienen un fuerte impacto emocional en el bienestar de los cirujanos, que los sistemas de apoyo social existentes para las "segundas víctimas" no son óptimos para los cirujanos, y ese miedo al litigio y la ausencia de una clara definición de IAE son dos de las principales barreras para informar los IAE de manera transparente.

4. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que la ocurrencia de un evento adverso causa lesiones u otros tipos de daño o sufrimiento en los pacientes también son la causa de la perturbación en el trabajo, la vida familiar y personal de los profesionales de la salud involucrados en el evento. Estos profesionales se conocen como las segundas víctimas de estos eventos adversos, según lo considera Mira JJ et al. (6). Partiendo de esta base, surge la necesidad de indagar sobre los efectos generados por los eventos adversos en el personal sanitario, pretendiendo entender este fenómeno, así como los resultados obtenidos puedan servir de marco para futuras intervenciones, así como la base para comparación ante futuras investigaciones, puesto que se desconocen estudios con este enfoque a nivel nacional y local, debido a que la información disponible en la revisión de la literatura abarca principalmente a la primera víctima, es decir, al paciente.

A nivel científico, los resultados de esta investigación enriquecerán los conocimientos hasta ahora obtenidos sobre el tema, incrementando la evidencia para el desarrollo de futuros estudios, así como la aplicación de intervenciones que beneficien al personal de salud. Por otra parte, es importante la consideración de que este tema constituye una necesidad en todas las instituciones a nivel internacional y nacional, teniendo en cuenta que todos los esfuerzos empleados para el entendimiento y mejoramiento del trabajador de la salud van a generar mayor confianza en éste, permitiendo que ante la presencia de un evento adverso, éste sienta que es un componente valioso en su institución, que será entendido y soportado emocional y psicológicamente, así como también permitirá que se incentive el reporte con fines no punitivos, considerando de antemano que hace parte de una institución que vela por la seguridad no sólo del paciente sino también del personal de salud.

Para la Universidad El Bosque es de gran importancia que sus futuros especialistas de seguridad del paciente se formen como investigadores en el área de la salud, lo cual contribuye a su reconocimiento a nivel nacional e internacional como una de las instituciones cuyo objetivo es generar conocimientos en torno las necesidades en el área de salud, puesto que es uno de los campos hoy en día más reconocidos. A su vez, para la facultad de enfermería, esta investigación generará compromiso por parte del especialista, el fomento de la seguridad del trabajador de la salud, fomentando la práctica basada en evidencia.

Por consiguiente, este estudio pertenece al grupo de investigación de Complejidad y Salud Pública, con un enfoque cuantitativo, descriptivo, en el que se llevará a cabo la investigación del impacto de los eventos adversos sobre las segundas víctimas en tercer trimestre 2018, generando nuevos conocimientos que fortalezcan las intervenciones del profesional de la salud, enfocado en la generación de evidencia científica que facilite la creación de intervenciones que favorezcan el manejo de los efectos negativos de los eventos adversos en el personal de salud.

5. OBJETIVOS

5.1.OBJETIVO GENERAL

Describir los efectos de los eventos adversos sobre la segunda víctima en la Clínica de Occidente de Bogotá durante el tercer trimestre del año 2018

5.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar las experiencias previas (personales o ajenas) relacionadas con la ocurrencia de eventos adversos y con su impacto sobre las segundas víctimas en una clínica de Bogotá durante el tercer trimestre del año 2018
- ✓ Describir los efectos emocionales de los eventos adversos sobre las segundas víctimas en una clínica de Bogotá durante el tercer trimestre del año 2018
- ✓ Describir las consecuencias laborales de los eventos adversos sobre las segundas víctimas en la Clínica de Occidente de Bogotá durante el tercer trimestre del año 2018
- ✓ Determinar las características sociodemográficas de las segundas víctimas en la Clínica de Occidente de Bogotá durante el tercer trimestre del año 2018.

6. PROPÓSITO

El concepto de "segunda víctima", un proveedor de atención médica experimenta una serie de reacciones emocionales, cognitivas e incluso físicas negativas debido a los eventos adversos de un paciente en el cual se encuentra implicado, no es bien conocido o entendido entre los profesionales de la salud.

Debido a la magnitud que adquiere esta situación, a nivel mundial se está realizando investigaciones sobre dicha problemática, puesto que si no es considerada e intervenida por los profesionales e instituciones de salud, pueden resultar en consecuencias graves para las segundas víctimas. Adicionalmente, siendo trabajadores del área de la salud, los cuales podemos experimentar una situación como la evidenciada anteriormente en los antecedentes, surge la necesidad de generar conocimiento con respecto a esta temática.

En nuestro país, no se evidencian investigaciones con relación a las segundas víctimas, por esta razón, la investigación a realizar sobre los efectos de los eventos adversos en las segundas víctimas constituirá un aporte para instituciones de salud que procuran el bienestar de sus trabajadores, así como también busca incentivar la investigación en esta área poco estudiada en Colombia.

En este orden de ideas, desde la experiencia personal, las instituciones universitarias actualmente no preparan a sus futuros profesionales sobre esta problemática que por lo menos una vez en la vida enfrentarán los trabajadores del área de la salud, razón por la cual, cuando en el campo de trabajo se enfrenta un evento adverso de un paciente, se podrían aumentar las dificultades en el afrontamiento y manejo de ser una segunda víctima.

Considerando a la Universidad El Bosque una entidad promotora de la investigación en Colombia, los resultados de esta investigación propenden ser un pilar en la generación de conocimientos que permitan identificar a las segundas víctimas y a futuro intervenir para ayudar a todos los profesionales de la salud en Colombia que se enfrenten a esta situación, así como también, considerar incorporar esta temática dentro de los marcos educativos universitarios del área de la salud.

7. MARCO TEÓRICO

7.1.SEGURIDAD DEL PACIENTE

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (14), La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud.

Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria (14).

Sumado a lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano (15) define la seguridad del paciente como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.

Lo anterior demuestra que, a nivel mundial y nacional, los esfuerzos por estructurar programas, herramientas y metodologías que permitan proporcionar una atención segura se ha venido estudiando y estructurando desde hace años, con el fin de reducir al mínimo aquellos acontecimientos que impliquen alguna alteración en la integridad física y psicosocial del paciente que se relaciona con el proceso de atención.

7.2.EVENTO ADVERSO

De acuerdo al Ministerio de Salud protección Social Colombiano (16), los eventos adversos son el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Así mismo, clasifica a su vez los eventos adversos en **evento adverso prevenible** como el resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado; y **evento adverso no prevenible** siendo este el resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Esto concuerda con la definición establecida en España Por el Grupo de Investigación de Segundas y terceras víctimas (4) donde establecen que el evento adverso es el daño o complicación no intencionada que resulta de la asistencia sanitaria, y no responde a la enfermedad o al estado subyacente del paciente, y que provoca una prolongación de la estancia hospitalaria, discapacidad en el momento del alta o la muerte. Asu vez, la OMS (1),

en el año 2009 mediante la Clasificación internacional de seguridad del paciente define el evento adverso como evento que causa un daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente.

7.3.SEGUNDA VÍCTIMA

Actualmente, el término segunda víctima es mundialmente reconocido. En España, de acuerdo al Proyecto de investigación de segundas y terceras víctimas (4) se define a la segunda víctima como todo profesional, proveedor de servicios sanitarios, que participa en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente, no esperada y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso.

Dentro de la revisión de la literatura de Seys D, et al (3) identifican que el fenómeno de la segunda víctima fue descrito por primera vez por Wu en 2000. En 2009, Scott et al. introdujo una definición detallada de segundas víctimas, las reacciones comunes pueden ser emocionales, cognitivas y de comportamiento. Después del evento adverso, se informaron cambios defensivos y constructivos en la práctica. El fenómeno de la segunda víctima tiene un impacto significativo en los médicos, colegas y pacientes posteriores (7).

Por su parte Mira JJ. et al (6) en el año 2015 describe que los eventos adversos que causan lesiones u otros tipos de daño o sufrimiento en los pacientes también son la causa de la perturbación en el trabajo, la vida familiar y personal de los profesionales de la salud involucrados en el evento. Estos profesionales se conocen como las segundas víctimas de estos eventos adversos. Dentro de su revisión bibliográfica identificaron que la investigación en este campo se ha llevado a cabo mediante cuestionarios o entrevistas con pequeñas muestras de profesionales.

Ahora bien, de acuerdo a la revisión de la literatura, se puede clasificar los efectos de los eventos adversos en la segunda víctima en dos grupos, los cuales son relevantes para la presente investigación: efectos emocionales y efectos laborales.

7.3.1. Efectos emocionales de los eventos adversos

Mira JJ. Et al (6), realizó la identificación de una serie respuestas emocionales:

Las respuestas emocionales más comunes fueron: sentimientos de culpa (521, 58.8%), ansiedad (426, 49.6%), revivir el evento, una y otra vez (360, 42.2%), cansancio (341, 39.4%), insomnio (317, 38.0%), dudas persistentes sobre qué hacer en cada caso y si las decisiones clínicas son correctas (284, 32.8%) y aturdimiento, confusión y dificultades para concentrarse en el trabajo (260, 29.9%)..

Sumado a lo anterior Han K, et al (13), enuncia también unas respuestas emocionales de las segundas víctimas después de un evento adverso:

El impacto emocional de eventos adversos intraoperatorios en los cirujanos fue significativo: el 84% de los encuestados informaron una combinación de ansiedad (66%), culpa (60%),

tristeza (52%), vergüenza / vergüenza (42%) e ira (29%).). Además, los cirujanos en todos los niveles de experiencia encontraron estas emociones negativas. Sin embargo, de aquellos cirujanos que informaron que no tenían ningún sentimiento negativo después de un evento adverso intraoperatorio el 79% tenían 10 o más años de experiencia como cirujanos. Como informó un cirujano: "todos ocultamos nuestra pena, sufrimos en silencio". El dolor puede ser casi debilitante ".

En este orden de ideas, la revisión de la literatura realizada por Sirriyeh R, et al (17) encontró que:

...un estado de angustia emocional significativa, por ejemplo, vergüenza, culpa, miedo, pánico, conmoción y humillación, inmediatamente después de un error, se planteó constantemente en todos los artículos. Las respuestas psicológicas más amplias, como la duda de sí mismo, la pérdida de confianza y las perspectivas alteradas de las relaciones del paciente y del colega, también se informaron con frecuencia. El impacto de cometer un error fue generalizado. Los estados comunes de angustia emocional, incluida la ansiedad, la depresión y la culpa, a menudo se transfieren a la vida personal

Scott SD, et al, (7) informó síntomas psicosociales por parte de los 31 participantes de su investigación, siendo relevante para la presente investigación únicamente los síntomas psicosociales:

Tabla 1. Síntomas psicosociales presentados por los participantes del estudio de Scott SD et al

Síntomas psicosociales	
Frustración	77%
Disminución de la satisfacción laboral	71%
Enfado	68%
Tristeza extrema	68%
Dificultad para concentrarse	65%
Flashbacks	65%
Pérdida de confianza	65%
Dolor	65%
Remordimiento	61%

Depresión	55%
Recuerdos repetitivos / intrusivos	52%
Duda	52%
Volver a la ansiedad laboral	48%
Segunda carrera de adivinanzas	39%
Miedo al daño de reputación	39%
Excesiva excitabilidad	35%
Evitar el área de cuidado del paciente	32%

Por su parte, en su estudio mixto, Venus E, et al (18), reportó que el impacto emocional de la equivocación solamente se analizó en las entrevistas: una amplia variedad de sentimientos fueron descritos por los internos, siendo la culpabilidad el más frecuente. Dentro de las emociones sentidas por los internos en las entrevistas también se encontraron: reproducción de la escena, preguntas, problemas para dormir, llanto, miedo, vergüenza, orgullo afectado, enfado. Hubo más de una emoción sentida por cada interno entrevistado.

7.3.2. Consecuencias laborales de los eventos adversos

Por su parte Mira JJ. et al (6) en el año 2015 describe que los eventos adversos son la causa de la perturbación en el trabajo. Identificó que cuando hay un evento adverso, los profesionales de la salud cambian su forma de interactuar con los pacientes, responden emocionalmente, se vuelven inseguros y dudan de su juicio profesional; todo esto, a su vez, afecta la calidad de la atención que brindan a otros pacientes. Por otro lado, las consecuencias profesionales varían dependiendo de la duración e intensidad de las consecuencias, siendo casi un tercio de los encuestados en hospitales indicó que las segundas víctimas no pudieron continuar trabajando después de un evento adverso y requirieron tiempo libre. Así también las consecuencias profesionales más comunes para las segundas víctimas fueron: preocupaciones sobre las consecuencias legales de un evento adverso, el daño potencial a su prestigio profesional debido al incidente, tener que pedir perdón a los pacientes y tener que informar a los gerentes.

Dentro de este marco, Sirriyeh R, et al (17) informó que en el lugar de trabajo, los resultados negativos de los eventos adversos en los pacientes conllevaron en las segundas víctimas la

pérdida de reputación profesional, la desconfianza y la buena voluntad hacia los pacientes, y el desapego de los pacientes.

8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de naturaleza cuantitativa donde los resultados son expresados con valores numéricos. Es de tipo descriptivo dado que su objetivo central es describir las características de la población objeto de estudio y evaluar el impacto de los eventos adversos sobre las segundas víctimas de la Clínica de Occidente, sin intervenir o manipular el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales, en la realidad (19). Este estudio es de corte transversal, puesto que intenta analizar el fenómeno en un periodo de tiempo determinado (tercer trimestre 2018).

8.2. VARIABLES

Se relacionan las variables de acuerdo a los objetivos específicos del presente proyecto.

Tabla 2. Matriz de variables

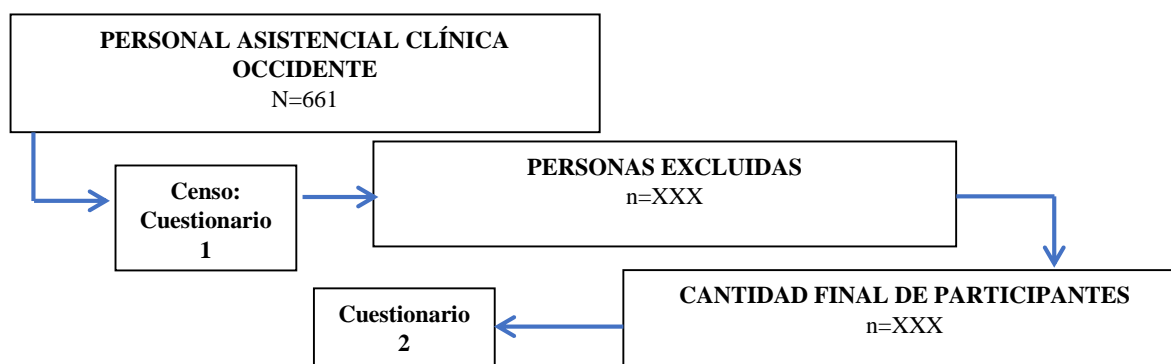
Categoría	Variables
Experiencias previas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conocimiento de la ocurrencia de Casi Errores ❖ Conocimiento de la ocurrencia de eventos adversos ❖ Conocimiento de efectos emocionales ❖ Conocimiento de efectos laborales ❖ Informar al paciente y su familia
Respuestas emocionales y cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Obnubilación, confusión, dificultad de concentración ❖ Sentimiento de culpa ❖ Pesimismo ante la vida ❖ Cansancio ❖ Ansiedad ❖ Insomnio ❖ Revivir el suceso ❖ Ira ❖ Reputación ❖ Duda
Consecuencias laborales	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Baja laboral ❖ Traslados ❖ Abandono de la profesión

Características socio-demográficas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Edad ❖ Sexo ❖ Profesión ❖ Unidad o servicio ❖ Años de experiencia
------------------------------------	---

8.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está constituida por el personal asistencial de la Clínica de Occidente en Bogotá, los cuales corresponden a 661 personas entre médicos (generales y especialistas), enfermeras, auxiliares de enfermería y otros profesionales, a quienes se les realizará un censo con un primer cuestionario creado por las investigadoras para identificar si han estado involucrados en un evento adverso, posteriormente a las personas que contesten positivamente y que accedan a participar en la investigación, se les aplicará el segundo cuestionario.

Diagrama de flujo de obtención de los participantes del estudio a quienes se les aplicará el segundo cuestionario.



8.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

8.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Personal asistencial que hayan estado involucrados en un evento adverso.
- ✓ Personal asistencial que acceda a participar voluntariamente del desarrollo de la investigación.
- ✓ Personal asistencial que labore en la Clínica de Occidente en los diferentes servicios ofertados por la institución.

8.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Personal asistencial que hayan estado involucrados y accedan a participar voluntariamente en la investigación pero que no respondan el cuestionario proporcionado en su totalidad.

8.5.PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó de la siguiente forma: Inicialmente se realizó un censo con un primer cuestionario creado por las investigadoras con dos preguntas al total de la población: 1. Ha estado involucrado en un evento adverso durante el desarrollo de su profesión? 2. Desea participar voluntariamente en esta investigación? (Ver anexo I)

Seguidamente, las personas que contestaron positivamente a las preguntas del cuestionario I, se les indicó que contesten el segundo y principal cuestionario denominado CUESTIONARIO PARA PROFESIONALES DE HOSPITALES creado por el Proyecto de Investigación Segundas y Terceras Víctimas de España. La recolección de la información se llevó a cabo durante el tercer trimestre del año 2018 con el fin de identificar los efectos de los eventos adversos en las segundas víctimas.

8.6.INSTRUMENTO

El CUESTIONARIO PARA PROFESIONALES DE HOSPITALES que se aplicó fue desarrollado por el equipo de investigación Segundas y Terceras Víctimas de España teniendo en cuenta las revisiones publicadas en otros países a nivel mundial. De acuerdo a sus creadores las pruebas que se realizaron al cuestionario fueron de validez facial, comprensión y aceptabilidad. No existe ficha técnica del cuestionario porque no buscaron medir ningún constructo en particular, sino que lo que hicieron fue explorar diferentes situaciones y experiencias en relación con el fenómeno de la segunda víctima.

El cuestionario consta originalmente de 9 bloques y 51 preguntas, pero con el fin de abarcar únicamente los efectos emocionales de los eventos adversos en la segunda víctima, se solicitó permiso vía electrónica, el cual fue concedido por los creadores del instrumento en España para utilizar únicamente los bloques de preguntas IV, VI, VII, VIII, y IX (28 preguntas), que de acuerdo a las investigadoras son las que tienen mayor relación con los objetivos del presente estudio. No se realizaron modificaciones a las preguntas del cuestionario. (Ver Anexo II)

8.7.PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados de la aplicación del instrumento se tabularon y analizaron de forma sistemática utilizando el programa Microsoft Excel. Se presentaron distribuciones de frecuencia para cada una de los ítems a través de tablas y gráficos de barras. Se utilizó estadística cuantitativa,

la cual tiene por objetivo identificar datos, valores y puntuaciones obtenidos en cada variable según la frecuencia con que se presentaran en cada uno de los ítems.

8.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación se realizó teniendo en cuenta las normas éticas para la investigación de la resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993 (20), el cual garantiza la total privacidad y no divulgación de los resultados propios del paciente. La investigación se realizó bajo los principios éticos de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos, su bienestar y protección de la privacidad del sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

De acuerdo al tipo de riesgo de la investigación, esta se clasifica en una investigación sin riesgo según el artículo 11 de la resolución N° 008430 de 1993 puesto que no se realizó ninguna intervención o modificación de la parte biológica, fisiológica, psicológica o social de los individuos que participan en el estudio: se realizó la aplicación de una encuesta.

Así también como lo define la resolución anteriormente mencionada en los artículos 6, 15 y 16, el consentimiento Informado constituye el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Para lo cual se estructuró un consentimiento informado (Anexo III) especificando la justificación y el objetivo de la investigación. Se les informó a los participantes la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, la seguridad de que no serán identificados, que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad así también, que las respuestas proporcionadas no generarán consecuencias laborales ni reputacionales.

Para el uso de la encuesta que se aplicó, se le envió un correo al grupo de Proyecto de Investigación Segundas y Terceras Víctimas, explicándoles el propósito de la investigación y la solicitud de autorización, obteniendo la aprobación para su aplicación en esta investigación.

Con respecto a la autorización para la realización de la investigación en la Clínica de Occidente, a través de la Universidad El Bosque se envió una carta solicitando el permiso para el desarrollo de la investigación en dicha institución, quien aprobó la ejecución de la investigación permitiendo la obtención de información institucional y la realización de las encuestas a la población objeto durante el tiempo establecido. Una vez concluida la investigación, se proporcionará a la institución los resultados obtenidos con el fin de que estos sean socializados con el personal en el momento que la institución lo considere pertinente.

9. CRONOGRAMA

SEMANAS ACTIVIDADES	MESES 2018																															
	ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMB RE				OCTUBRE				NOVIEMB RE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planteamiento del protocolo de investigación	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	
Asesoría directora de investigación						■					■			■		■			■			■			■		■		■		■	
Presentación del protocolo de investigación															■																	

SEMANAS ACTIVIDADES	MESES 2018																															
	ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMB RE				OCTUBRE				NOVIEMB RE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación del protocolo de investigación al comité de académico de postgrados																																
Realización de correcciones indicadas por el comité																																
Aprobación del protocolo de investigación por el comité																																

SEMANAS ACTIVIDADES	MESES 2018																															
	ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMB RE				OCTUBRE				NOVIEMB RE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Desarrollo de la investigación en la institución (Aplicación de cuestionarios)																																
Tabulación de la información y estructuración del informe final																																
Presentación al comité del informe final de investigación																																

SEMANAS ACTIVIDADES	MESES 2018																												2019							
	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Asesoría directora de investigación																																				
Sustentación																																				
Presentación de resultados a la Clínica de Occidente																																				

10. PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS			
TIPO	CANTIDAD (h)	VALOR UNITARIO	SUBTOTAL
Directora del proyecto	50	\$60,000.00	\$ 3,000,000.00
Estudiantes	680	\$20,000.00	\$ 13,600,000.00
TOTAL	RECURSOS HUMANOS		\$ 16,600,000.00

RECURSOS MATERIALES			
TIPO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	SUBTOTAL
Servicio de internet	6.5 meses	\$ 65,000.00	\$ 422,500.00
Lapiceros	100 unid	\$ 500.00	\$ 50,000.00
Impresión instrumento 1	740 pág	\$ 50.00	\$ 37,000.00
Impresión de instrumento 2	2100 pág	\$ 50.00	\$ 105,000.00
Impresión de consentimiento informado	350 pág	\$ 50.00	\$ 17,500.00
Impresión y empastado del anteproyecto	1	\$25,000.00	\$ 25,000.00
TOTAL	RECURSOS MATERIALES		\$ 657,000.00

OTROS RECURSOS			
TIPO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	SUBTOTAL
Transporte: Vuelos	8	\$600,000.00	\$ 4,800,000.00
Transporte: Terrestre	50	\$ 40,000.00	\$ 2,000,000.00
TOTAL	OTROS RECURSOS		\$ 6,800,000.00

PRESUPUESTO GLOBAL	
TIPO	SUBTOTAL
Recursos humanos	\$ 16,600,000.00
Recursos materiales	\$ 657,000.00

Otros recursos		\$ 6,800,000.00
TOTAL	PROYECTO	\$ 24,057,000.00

11. RESULTADOS

La recolección de la información se realizó a través del cuestionario para profesionales diseñado por el Proyecto de Investigación Segundas y Terceras Víctimas de España, el cual fue aplicado a las personas identificadas como población objeto por medio del censo realizado. Se censaron un total de 661 personas que cumplían los requisitos de ser personal asistencial que laborara en la Clínica de Occidente a quienes se les aplicó el cuestionario 1. De acuerdo a los criterios de inclusión se obtuvo un total de 235 participantes a los cuales se les aplicó el segundo cuestionario. La población objeto quedó conformada por 197 participantes, puesto que fueron los que completaron el cuestionario 2 en su totalidad.

11.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Con relación a la caracterización sociodemográfica para el presente estudio se analizaron los siguientes parámetros: edad, sexo, profesión, unidad o servicio y años de experiencia, los cuáles hacían parte del cuestionario para profesionales.

En la población objeto del presente estudio, como se observa en la tabla, predominó el rango de edad comprendido entre los 31 y 50 años con un 60.9%, seguido por 27,9% al rango de 30 años o menos y finalmente sólo el 11.2% de las segundas víctimas afirmaron tener edades entre los 51 y 70 años. Con respecto al género, se observa que más de la mitad del personal asistencial (68.5%) eran mujeres, siendo el porcentaje de hombres el 31.5%.

Por otra parte, lo que respecta al aspecto laboral en cuanto a profesión, el mayor porcentaje de los participantes encuestados se dedicaban a ser auxiliares (enfermería) en un 34.5%, seguido por el personal de enfermería (profesional) con un 22.8% y médicos en tercer lugar con un 22.8%. De acuerdo al servicio al cual pertenecían, el mayor porcentaje informó pertenecer a otro servicio (Hospitalización, entre otros) con un 52.8%, seguido de servicios médicos con un 22.8% y en tercer lugar servicio quirúrgico con un 16.8%.

Tabla 3 Distribución por edad, sexo, profesión, unidad o servicio y años de experiencia de las segundas víctimas de la Clínica de Occidente.

EDAD		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HASTA LOS 30 AÑOS	55	27,9%
ENTRE 31 Y 50 AÑOS	120	60,9%
ENTRE 51 Y 70 AÑOS	22	11,2%
GÉNERO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	62	31,5%
MUJER	135	68,5%
PROFESIÓN		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MÉDICO/A	45	22,8%
ENFERMERO/A	50	25,4%
AUXILIAR	68	34,5%
OTRO	34	17,3%
UNIDAD O SERVICIO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MÉDICOS	51	25,9%
QUIRÚRGICOS	33	16,8%
CENTRALES	9	4,6%
OTROS	104	52,8%
AÑOS DE EXPERIENCIA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE 1 AÑO	5	2,5%
ENTRE 1 Y 3 AÑOS	27	13,7%
MÁS DE 3 AÑOS	165	83,8%

Fuente: Cuestionario para profesionales, Proyecto de Investigación Segundas y Terceras Víctimas

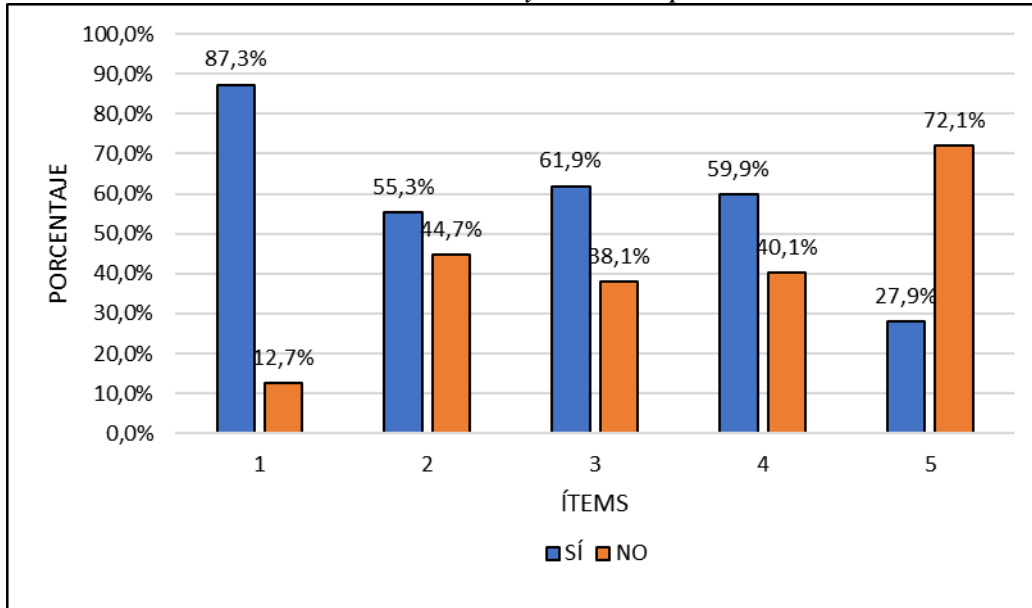
Finalmente, lo que corresponde a los años de experiencia laboral, el mayor porcentaje del personal asistencial refirió tener más de 3 años de experiencia con un 83.8%, seguido del rango entre 1 a 3 años con un 13.7% y con menos de un año de experiencia se ubicó el 2.5% de las segundas víctimas.

11.2. EXPERIENCIAS PREVIAS (PERSONALES O AJENAS) RELACIONADAS CON LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS Y CON SU IMPACTO.

La población objeto de estudio en la presente investigación evidenció que en los ítems evaluados con relación al haber experimentado o conocido casos de eventos adversos y su impacto (5 ítems), el 80% de los ítems obtuvieron como mayor porcentaje una respuesta positiva. Sólo el último ítem de este aspecto obtuvo como mayor porcentaje una respuesta negativa. En la gráfica 1 se observan los porcentajes de respuesta por ítem para este apartado.

En orden descendente de mayor a menor porcentaje de respuesta por ítems se observa lo siguiente: el 87.3% de los participantes refirieron que sí al ítem 1 He conocido casos en mi hospital de situaciones que cabe considerarlas como casi errores (incidente que podría haber causado daño a un paciente pero que finalmente se corrigió a tiempo); en segundo lugar, el ítem 5 en donde el 72.1% de los participantes refirieron que no al ítem que indicaba que Personalmente han tenido la experiencia de tener que informar a un paciente (o sus familiares) que ha sufrido un evento adverso; Seguido del ítem 3 que refería que He conocido casos de profesionales que lo han pasado muy mal emocionalmente a raíz del evento adverso de un paciente en donde el 61.9% informó que sí como respuesta; en cuarto lugar se ubicó el ítem 4 con una respuesta positiva por parte del 59.9% de los participantes cuando se les preguntó He conocido casos de profesionales que han sufrido problemas laborales a causa de un evento adverso; por último se ubicó el 2 ítem He conocido casos de eventos adversos con consecuencias graves para uno o varios pacientes donde el 55.3% de la población de estudio refirió que sí.

Gráfica 1 Experiencias previas (personales o ajenas) relacionadas con la ocurrencia de eventos adversos y con su impacto.



Fuente: Cuestionario para profesionales, Proyecto de Investigación Segundas y Terceras Víctimas

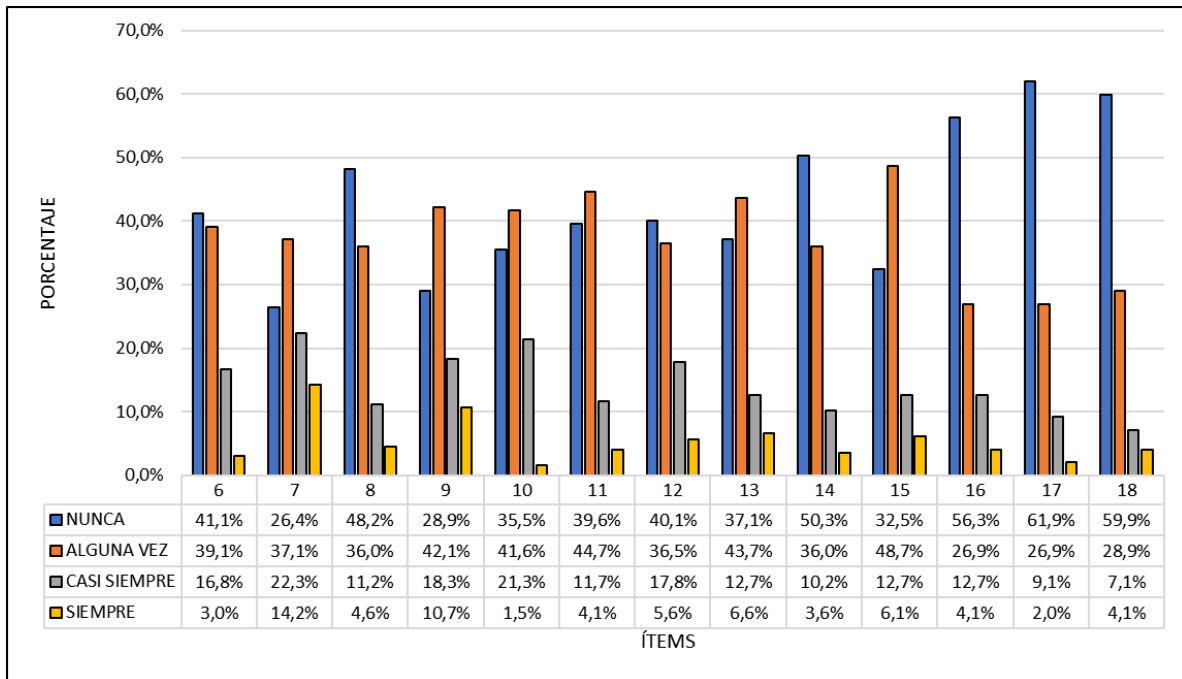
11.3. EFECTOS DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS

11.3.1. EFECTOS EMOCIONALES

El personal asistencial que labora en la Clínica de Occidente calificó cada una de los 13 ítems que correspondían a los efectos emocionales después de un evento adverso. Se evidenció que la categoría con mayor porcentaje promedio de respuesta fue Nunca, con un promedio de respuesta de 42.9%, seguido de Alguna vez con promedio de 37.60%, en tercer lugar Casi siempre con 14.10% y finalmente Siempre con 5.40%. Los 6 porcentajes más altos de respuesta por ítem correspondieron los 4 primeros a la categoría Nunca con los ítems: 17: Pérdida de la reputación profesional entre los pacientes con un 61.9%; ítem 18 Cuestionarse si continuar en la profesión o abandonarla con un 59.9%; en tercer lugar el ítem 16: Pérdida de la reputación profesional entre los compañeros; ítem 14: Ira y cambios de humor en la casa con 50.3%; en quinto lugar de porcentaje de respuesta se observó la categoría Alguna vez en el ítem 15: Dudas constantes sobre lo que se tiene que hacer en cada caso y si las decisiones clínicas son las correctas con un porcentaje de 48.7%; y en sexto lugar nuevamente se presentó la categoría Nunca con el ítem 8: Pesimismo ante la vida, tristeza con un 48.2%.

Con respecto a la totalidad de ítems enfocados a los efectos emocionales en la segunda víctima como consecuencia de un evento adverso, se evidencia que los mayores porcentajes de respuesta al realizar la sumatoria de los porcentajes de las categorías positivas (alguna vez, casi siempre y siempre), de 9 de los 13 ítems indican la presencia de dichos efectos en porcentajes que oscilan del 51.8% al 73.6%. En la Gráfica 1 se presenta de forma detallada los porcentajes de respuesta por cada ítem que evaluaba los efectos emocionales de los eventos adversos en las segundas víctimas.

Gráfica 2 Efectos emocionales de los eventos adversos en la segunda víctima.



Fuente: Cuestionario para profesionales, Proyecto de Investigación Segundas y Terceras Víctimas

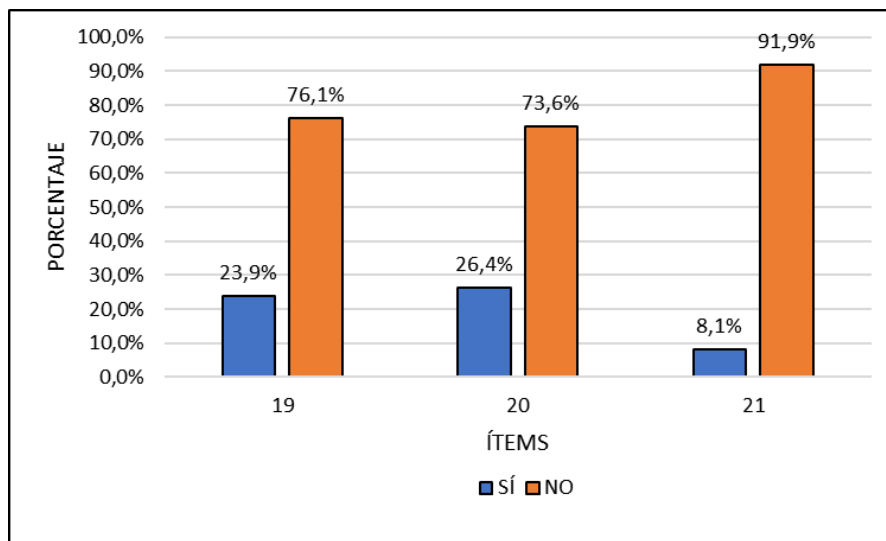
De acuerdo la sumatoria realizada de las categorías positivas de respuesta alguna vez, casi siempre o siempre en cuanto a la presentación de los efectos emocionales serían en orden descendente los siguientes los siguientes ítems: 7 sentimiento de culpa 73,6%, 9 cansancio 71,1%, 15 dudas constantes sobre lo que se tiene que hacer en cada caso y si las decisiones clínicas son las correctas 67,5%, 10 ansiedad 64,5%, 13 ira y cambios de humor en el trabajo 62,9%, 11 insomnio, dificultades para disfrutar sueño reparador 60,4%, 12 revivir el suceso una y otra vez 59,9%, 6 obnubilación, confusión, dificultad para concentrarse en la tarea en los días siguientes al evento adverso 58,9%, 8 pesimismo ante la vida, tristeza 51,8%, 14 ira y cambios de humor en la casa 49,7%, 16 pérdida de la reputación profesional entre los compañeros 43,7%, 18 cuestionarse si continuar en la profesión o abandonarla 40,1%, 17 pérdida de la reputación profesional entre los pacientes 38,1%.

Con respecto a los efectos emocionales que de acuerdo participantes nunca presentaron, en orden descendente los siete primeros serían los siguientes ítems: 17 pérdida de la reputación profesional entre los pacientes 61,9%; 18 cuestionarse si continuar en la profesión o abandonarla 59,9%, 16 pérdida de la reputación profesional entre los compañeros 56,3%, 14 ira y cambios de humor en la casa 50,3%, 8 pesimismo ante la vida, tristeza 48,2%, 6 obnubilación, confusión, dificultad para concentrarse en la tarea en los días siguientes al evento adverso 41,1%, 12 revivir el suceso una y otra vez. 40,1%.

11.3.2. CONSECUENCIAS LABORALES DE LOS EVENTOS ADVERSOS SOBRE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS.

De acuerdo a los resultados obtenidos en cuanto a las consecuencias laborales después de un evento adverso a un paciente se observa que el 100% de los ítems de este apartado indican como mayor porcentaje que no han presentado consecuencias laborales, evidenciándose en orden descendente de acuerdo al porcentaje por ítems de la siguiente forma: ítem 21 Ha abandonado la profesión el 91.9%, en segundo lugar se encuentra el ítem 19 Ha necesitado una baja laboral y por último el ítem 20 Ha solicitado traslado de servicio, unidad o centro de trabajo con el 73.6% siendo negativas todas las respuestas. En la gráfica 3 se observa de forma más detalladas las respuestas por ítem de este apartado.

Gráfica 3 Consecuencias laborales de los eventos adversos sobre las segundas víctimas

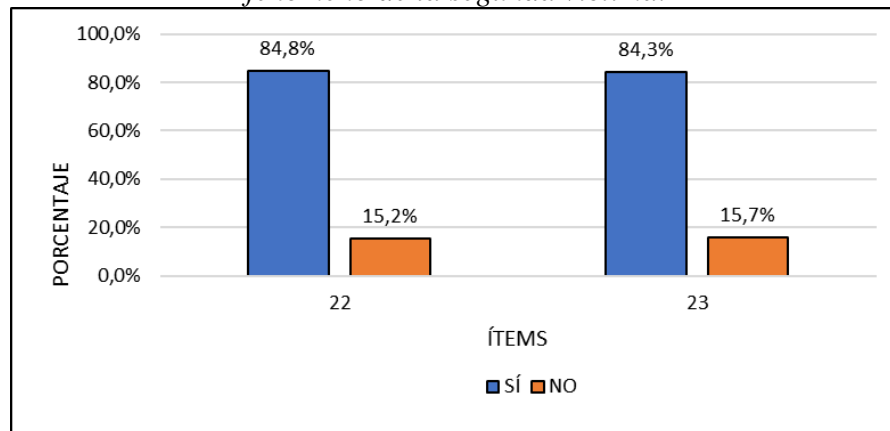


Fuente: Cuestionario para profesionales, Proyecto de Investigación Segundas y Terceras Víctimas

11.4. INTERÉS EN RECIBIR FORMACIÓN ESPECÍFICA EN OPEN DISCLOSURE Y AFRONTAMIENTO DEL FENÓMENO DE LA SEGUNDA VÍCTIMA

Un apartado dentro del cuestionario correspondía al interés por parte de la población objeto de estudio en recibir información en relación al conocimiento y afrontamiento del fenómeno de la segunda víctima, en el cual, los más altos porcentajes de los dos ítems indicaron que la mayoría de los encuestados desean obtener información con respecto a este tema. Los ítems 22 Afrontar mejor las consecuencias de los eventos adversos en los profesionales y 23 Saber cómo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso puntuaron cada una de forma positiva con 84%.

Gráfica 4 Interés en recibir formación específica en open disclosure y afrontamiento del fenómeno de la segunda víctima.



Fuente: Cuestionario para profesionales, Proyecto de Investigación Segundas y Terceras Víctimas

12. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

12.1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

En la caracterización sociodemográfica predominó el rango de edad de 31 y 50 años lo que corresponde al adulto medio, resultados similares se encontraron en el estudio de Martens J et al (9) realizado en Bélgica en el año 2016 en el cual se encontró que la edad media de la población estudiada fue de 38.5 años, encontrándose este promedio de edad entre el intervalo con mayor porcentaje obtenido en la presente investigación. De igual forma se observó la anterior situación en el estudio titulado ¿The Surgeon as the Second Victim? Results of the Boston Intraoperative Adverse Events Surgeons' Attitude (BISA) Study, realizado en EEUU por Han K et al (13) en el que la edad promedio de los participantes fue de 49 años.

Por otra parte los resultados obtenidos en el estudio realizado en el año 2016 por Van Gerven E et al (11) en Bélgica en el que se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje de la población, es decir el 33.30% se encontraba en el rango de edad de 45 a 54 años, lo cual no puede ser correlacionado con los resultados obtenidos en la presente investigación puesto que este rango no coincide con el evaluado en este estudio.

En lo que respecta al género de la población objeto de la Clínica de Occidente, se evidenció que correspondió en su mayoría al género femenino. Estos resultados son congruentes con los obtenidos por Mira JJ et al (6) en su estudio The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals realizado en España en donde las mujeres constituyeron el 72% de la muestra. Así mismo en Reino Unido Scott SD et al (7) en su estudio The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events el 58% de los participantes eran mujeres. Adicionalmente Martens J et al (9) y Van Gerven E et al (11) ambos realizados en Bélgica en el año 2016 obtuvieron como mayor porcentaje el género femenino con el 71.8% y 72.29% respectivamente. Contrario a lo anteriormente observado, en el estudio realizado Han K et al (13) en EEUU en el año 2017, obtuvo como mayor porcentaje al género masculino con el 77%.

En cuanto a la profesión de los participantes, se evidenció que la que obtuvo mayor porcentaje fue Auxiliar (de enfermería), seguido de enfermero/a y en tercer lugar médico. De acuerdo a lo anterior se observa que a pesar de no referirse directamente a enfermeras profesionales como tal el mayor porcentaje obtenido en la presente investigación, el primer y segundo lugar en cuanto a porcentajes corresponden al cuerpo de enfermería de la Clínica de Occidente. Por lo anteriormente dicho, se podría considerar congruentes los siguientes estudios donde el mayor porcentaje correspondió al personal de enfermería como se evidencia a continuación: Scott SD et al (7) de Reino Unido realizado en el 2009 con un 35.48% enfermeras registradas y 32.26% eran médicos; Martens J et al (9) de Bélgica en el

2016 con un 90% de enfermeras psiquiátricas y sólo un 10% de Psiquiatras. Así también en el 2016 en Bélgica Van Gerven E et al (11) obtuvo que el 74.70% fueron enfermeras, seguido de 20.37% Médicos y Parteras el 4.93%; Burlison JD et al (12) en EEUU en el 2017 reportó Enfermera registrada el 44.1%, Médico asistente/personal el 24% y Farmacéutico el 24%. Del mismo modo en EEUU en el 2016 Edrees H et al (10) inform que las Enfermeras registradas correspondieron al 70.8%, seguido por Farmacéutico con un 9.7% y Trabajador social clínico en un 6.9%. En contraposición, un estudio realizado en España en el año 2016 por Carrillo I et al (8) obtuvo que el 50% de los encuestados fueron médicos, seguido de enfermeros en un 46% y 4% correspondió a otros colectivos, siendo estos resultados diferentes a los obtenidos en la presente investigación.

Lo que corresponde al servicio o unidad al cuál pertenecían los encuestados, en orden descendente fueron otros servicios, seguido de servicios médicos, quirúrgicos y en último lugar centrales. De acuerdo a la revisión de la literatura realizada, no se encontraron artículos que reflejaran resultados sobre los servicios o unidades a los cuales pertenecían los participantes.

Por último, la característica sociodemográfica relacionada con los años de experiencia, se obtuvo en la presente investigación que predominó más de 3 años de experiencia, seguido de entre 1 y 3 años, y por último menos de un año. Resultados similares se encontraron en diversos estudios como el de Scott SD et al (7) en Reino Unido en su estudio titulado The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events en donde la experiencia profesional promedio fue de 13.5 años; así también Martens J et al (9) en Bélgica en 2016 en donde el promedio de años experiencia laboral fue de 13.7. Por su parte Van Gerven E et al (11) en su estudio titulado Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: A repeated measures análisis en 2016 indicó que el mayor porcentaje en cuanto a años de experiencia fue del 42.61% para > 20 años, seguido de 10-15 años con 15% y de 15-20 años con 12.71%, siendo congruentes estos resultados con la presente investigación.

Ahora bien, resultados del presente estudio en su mayoría fueron congruentes con los demostrados por otras investigaciones, confirmándose algunas realidades sociales como lo es el de la feminización del cuidado existente a lo largo de la historia hasta la actualidad, en donde existe la asociación de la mujer con el rol del cuidado, por su mayor capacidad de afectividad y generosidad. Sumado a lo anterior, en lo que respecta a la edad que prevaleció en el presente estudio, la población se encuentra en lo que se podría considerar la etapa productiva del ser humano, en donde prima la necesidad una estabilidad económica así como la lucha por la obtención de una calidad de vida que satisfaga los proyectos personales.

En el mismo orden de ideas, el cuerpo de enfermería constituye en número la mayor cantidad de trabajadores del área de la salud en la Clínica de Occidente, siendo la enfermera la persona quien más interactúa con el paciente y por lo cual constituye un papel protagónico en esta

institución. Así también, al considerar la experiencia laboral de los participantes de la presente investigación, el predominio de más de tres años en tan alto porcentaje indica que la Clínica de Occidente considera que los conocimientos y capacidades adquiridos a través del tiempo son un factor valioso y que prima en la selección del personal que hace o quiere hacer parte de esta institución, pudiéndose considerar como un valor agregado en el proceso de atención segura.

12.2. EXPERIENCIAS PREVIAS (PERSONALES O AJENAS) RELACIONADAS CON LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS Y CON SU IMPACTO.

Con respecto a las experiencias previas relacionadas con los eventos adversos y su impacto, se evidenció el predominio del **sí** en los ítems 1 He conocido casos en mi hospital de situaciones que cabe considerarlas como casi errores (incidente que podría haber causado daño a un paciente pero que finalmente se corrigió a tiempo), 2 He conocido casos de eventos adversos con consecuencias graves para uno o varios pacientes, 3 He conocido casos de profesionales que lo han pasado muy mal emocionalmente a raíz del evento adverso de un paciente y 4 He conocido casos de profesionales que han sufrido problemas laborales a causa de un evento adverso. Similares resultados se evidenciaron en el estudio de Mira JJ et al (6) titulado *The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals* en el año 2015 donde el 86.3% de los participantes informaron haber presenciado un incidente de seguridad del paciente dentro de los 5 años previos; así como también poco más de la mitad, el 57.8% habían informado un evento adverso grave. Este estudio identificó de igual forma que un total de 381 (62.5%, 95% CI 59-66%) profesionales de la salud en atención primaria y 346 (72.5%, 95% CI 69-77%) en hospitales informaron haber sufrido la experiencia de la segunda víctima (ellos mismos o por medio de colegas) en los últimos 5 años.

En el mismo orden de ideas, en España en el 2016, Carrillo I et al (8) obtuvo en su estudio que más de la mitad de los profesionales participantes (727, 66,9%) habían vivido la experiencia de segunda víctima, bien en primera persona, o bien a través de un colega. De igual forma Martens J et al (9) en su estudio *Serious reportable events within the inpatient mental health care: Impact on physicians and nurses* ese mismo año en Bélgica identificó que el 73.2% de los encuestados ya habían participado personalmente en un evento adverso durante toda su carrera, de los cuales el 31.8% fue durante los últimos 6 meses. Por su parte Edrees H et al (10) en el 2016 y Han K et al (13) en el 2017 identificaron que aproximadamente el 70% de los encuestados había participado directamente en un evento adverso no anticipado y el 90.4% informaron haber tratado con evento adverso intraoperatorio (IAE) durante su carrera respectivamente.

En lo que respecta al ítem 5 Personalmente he tenido la experiencia de tener que informar a un paciente (o sus familiares) que ha sufrido un evento adverso en el que predominó el **no**, no se encontraron estudios que permitieran correlacionarlos con el resultado obtenido en la presente investigación.

En base a lo anterior, se puede inferir que en la Clínica de Occidente a nivel general, existe un conocimiento sobre la connotación que tiene un evento adverso tanto para la vida de un paciente, así como el impacto que este genera en el profesional de la salud. Así también es importante resaltar el elevado porcentaje de conocimiento que se tiene sobre segundas víctimas en esta institución. Esto indica no sólo que existen profesionales del área de la salud convertidos en segundas víctimas, sino que también se puede considerar una pauta para el inicio de la estructuración de programas a nivel institucional que propendan por el apoyo a estos profesionales que pueden a futuro tener efectos negativos a nivel emocional y laboral que si no son intervenidas a tiempo pueden afectar la calidad de vida de los trabajadores del área de la salud, así como verse afectado el proceso de atención.

12.3. EFECTOS DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS

12.3.1. EFECTOS EMOCIONALES

Los resultados de la presente investigación con relación a los efectos emocionales en la segunda víctima revelaron que en el 69.2% de los ítems (9 de 13) más del 50% de los encuestados refirieron haber presentado u observado dichos efectos después de un evento adverso de un paciente. En comparación con el estudio realizado por Van Gerven E et al (11) en Bélgica en el 2016 donde se obtuvo que los incidentes de seguridad del paciente que resultan en daño moderado ($\beta = 6.75$, $p = 0.0001$), daño severo ($\beta = 10.69$, $p < 0.0001$) o muerte ($\beta = 9.78$, $p < 0.0001$) se asocian sistemáticamente con un mayor impacto psicológico sobre el profesional de la salud en comparación con incidentes que no resultan en daño para el paciente; por lo cual se identifican similitudes en ambas investigaciones. A pesar de que la presente investigación no midió el impacto psicológico, si se puede inferir que un evento adverso de un paciente genera un efecto emocional negativo en el personal asistencial, lo cual afecta su salud emocional y mental, así como lo indica Martens J et al (9) en Bélgica en el 2016, en donde el 17,5% de los participantes afirmó estar afectado por el evento adverso y casi el 85.0% de los trabajadores de salud mental declararon que en las primeras 4 h posteriores al evento adverso, no pudieron brindar la misma calidad de atención que antes del evento adverso.

En cuanto a los efectos emocionales estudiados en la presente investigación, se observa que los que se presentaron o fueron observados por los participantes (realizando la sumatoria de

las categorías positivas) con porcentajes mayores al 50% en orden descendente fueron: sentimiento de culpa; cansancio; dudas constantes sobre lo que se tiene que hacer en cada caso y si las decisiones clínicas son las correctas; ansiedad; ira y cambios de humor en el trabajo; insomnio, dificultades para disfrutar sueño reparador; revivir el suceso una y otra vez; obnubilación, confusión, dificultad para concentrarse en la tarea en los días siguientes al evento adverso; pesimismo ante la vida, tristeza. En concordancia con lo anterior, Mira JJ et al (6) en su estudio *The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals* en el 2015 evidenció similares resultados, donde las respuestas emocionales más comunes fueron: sentimientos de culpa (521, 58.8%), ansiedad (426, 49.6%), revivir el evento una y otra vez (360, 42.2%), cansancio (341, 39.4%), insomnio (317, 38.0%), dudas persistentes sobre qué hacer en cada caso y si las decisiones clínicas son correctas (284, 32.8%) y aturdimiento, confusión y dificultades para concentrarse en el trabajo (260, 29.9%).

Por su parte también Han K et al (13) evidenció en el 2017 en EEUU que el impacto emocional de evento adverso intraoperatorio en los cirujanos fue significativo: el 84% de los encuestados informaron una combinación de ansiedad (66%), culpa (60%), tristeza (52%), vergüenza (42%) e ira (29%). Además, los cirujanos en todos los niveles de experiencia encontraron estas emociones negativas. Al igual que Carrillo I, et al (8) en su estudio *Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales en 2016* donde el malestar derivado de la participación en un evento adverso se caracterizó por ansiedad, sentimientos de culpa, dudas acerca de cómo informar de lo sucedido al paciente, a los compañeros y a los superiores, miedo a las consecuencias legales y preocupación por la pérdida de prestigio profesional.

En el mismo orden de ideas, Scott SD et al (7) en su investigación realizada en 2009 en Reino Unido, identificó que los participantes informaron como síntomas psicosociales los siguientes: Enfado: 68%, Tristeza extrema: 68%, Dificultad para concentrarse: 65%, Flashbacks: 65%, Pérdida de confianza: 65%, Remordimiento: 61% Depresión: 55%, Recuerdos repetitivos / intrusivos: 52%, Duda: 52%, ansiedad laboral: 48%. Así como Edrees H et al (10) en su estudio titulado *Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study* en el 2016 a la pregunta *Experimenta cualquier problema, como ansiedad, depresión o preocupación acerca de la capacidad para realizar un trabajo, como resultado de este evento* el 57.9% respondió estar de acuerdo.

En este orden de ideas, la presencia de efectos emocionales en las segundas víctimas a causa de eventos adversos de los pacientes es una realidad soportada por la evidencia. Este fenómeno el cual en Colombia no ha sido estudiado ni existe evidencia científica que soporte como se presenta este en el resto del país implica una necesidad de investigación a gritos. Como se observó en este estudio, la presencia de efectos emocionales negativos como el sentimiento de culpa; cansancio; dudas constantes sobre lo que se tiene que hacer en cada caso y si las decisiones clínicas son las correctas; ansiedad; ira y cambios de humor en el

trabajo, entre otros, implican que las instituciones de salud del país deben tener a consideración este fenómeno dentro de sus programas al beneficio de los trabajadores del área de la salud, deben como fin propender dentro del marco la salud laboral la mitigación de las consecuencias que los eventos adversos pueden ocasionarle al personal asistencial. Es necesario incorporar redes de apoyo dentro de la institución que permitan la identificación de aquellos que por alguna situación se han visto involucrado en el evento adverso de un paciente, no con fines punitivos, sino con fines de solidaridad, comprensión, y soporte a estas personas que como se ha evidenciado anteriormente, constituyen una víctima más del proceso de atención.

12.3.2. CONSECUENCIAS LABORALES DE LOS EVENTOS ADVERSOS SOBRE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS.

Con respecto a las consecuencias laborales generadas por un evento adverso de un paciente, se evidenció como predominio la ausencia de estas en todos los ítems según lo referido por la mayoría de los participantes en donde predominó en orden de mayor a menor como respuestas negativas: el abandono de la profesión, la necesidad una baja laboral y la solicitud de traslado de servicio, unidad o centro de trabajo, de acuerdo a lo anterior, similares resultados se obtuvieron en el estudio de Scott SD et al (7) 2009 en donde bajo porcentaje de los encuestados, es decir, 32% refirieron evitar el área de cuidado del paciente. Así también Martens J et al (9) en su investigación titulada Serious reportable events within the inpatient mental health care: Impact on physicians and nurses en el 2016 informaron que después de un evento adverso serio 21 trabajadores de salud mental (12.3%) abandonaron su trabajo luego de un evento adverso y 4 de ellos todavía lo estaban considerando. Sumado a lo anterior Burlison JD et al (12) en EEUU en 2017 el porcentaje de encuestados que experimentaron intenciones de rotación relacionadas con la segunda víctima fue del 9.6%, y el porcentaje de encuestados que tuvieron un ausentismo relacionado con la segunda víctima fue del 7.1%.

Por otra parte, Mira JJ et al (6) en su estudio realizado en España en el 2015 informó que casi un tercio indicó que las segundas víctimas no pudieron continuar trabajando después de un evento adverso y requirieron tiempo libre. En atención primaria, las consecuencias relacionadas con el trabajo reportadas para las segundas víctimas fueron similares en los dos grupos profesionales, mientras que en los hospitales, las enfermeras reportaron una mayor tasa de segundas víctimas que tomaron tiempo libre del trabajo y fueron transferidas a diferentes departamentos / unidades.

12.4. INTERÉS EN RECIBIR FORMACIÓN ESPECÍFICA EN OPEN DISCLOSURE Y AFRONTAMIENTO DEL FENÓMENO DE LA SEGUNDA VÍCTIMA

En lo que respecta al interés por parte de la población objeto en recibir información sobre saber cómo afrontar mejor las consecuencias de los eventos adversos en el personal de salud así sobre cómo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso se observó que hay un interés general por estos temas, evidenciado por el elevado porcentaje de interesados. Resultados similares se observaron en la investigación realizada en el 2015 por Mira JJ et al (6) titulada The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals en el 2015 en donde la gran mayoría, 583 (92.3%) de los encuestados de atención primaria y 430 (90.1%) de hospitales, indicaron que estarían interesados en recibir capacitación específica para enfrentar mejor el impacto de los eventos adversos entre los profesionales.

13. CONCLUSIONES

- En el perfil sociodemográfico, la mayoría de las segundas víctimas de este estudio pertenecían al género femenino, con edades comprendidas entre 31 y 50 años; a nivel de profesión, se observó predominio del personal de enfermería (Auxiliar y profesionales) seguido de los médicos. Prevalció la categorización de otros en cuarto al servicio en el que laboraban y como experiencia laboral se evidenció que se destacó una experiencia mayor a tres años.
- Las experiencias previas ya sea de forma personal o ajenas con respecto a la ocurrencia de los eventos adversos y su impacto en las segundas víctimas fue positivo en el 80% de los ítems evaluados, lo cual indica que las el personal asistencial de la Clínica de Occidente tiene conocimiento del concepto de evento adverso, así como el discernimiento de que estos se han presentado en su institución y la implicación que esto tienen en las segundas víctimas.
- Los efectos emocionales negativos que predominaron en el personal asistencial de la Clínica de Occidente después de un evento adverso de un paciente fueron sentimiento de culpa; cansancio; dudas constantes sobre lo que se tiene que hacer en cada caso y si las decisiones clínicas son las correctas; ansiedad; ira y cambios de humor en el trabajo; insomnio, dificultades para disfrutar sueño reparador; revivir el suceso una y otra vez; obnubilación, confusión, dificultad para concentrarse en la tarea en los días siguientes al evento adverso y pesimismo ante la vida, tristeza; lo que implica que siendo evidente la existencia de este fenómeno en la institución, puede considerarse esta la base para el inicio de intervenciones que favorezcan a las segundas víctimas.
- El personal asistencial de la Clínica de Occidente indicó que no perciben la existencia de consecuencias laborales generadas por un evento adverso de un paciente como abandono de la profesión, la necesidad una baja laboral y la solicitud de traslado de servicio, unidad o centro de trabajo, obteniendo estos ítems bajos porcentajes de calificación.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. El marco conceptual para la clasificación internacional de seguridad del paciente. [Internet]. Versión 1.1. Ginebra: OMS; 2009 [Actualizado: 2018, Citado: 18 abril 2018]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica [Internet]. España: OMS. 2010 [Citado 16 abril de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
3. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review. *Eval Health Prof* [Internet]. 2012 [Citado: 17/04/2018]; 36 (2): 135 – 162. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22976126>
4. Segundas y terceras víctimas. Definiciones [Internet]. España: FISABIO; 2014 [Consultado 14 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.segundasvictimas.es/definiciones>
5. Wu AW. Medical error: the second victim. the doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* [Internet]. 2000 [Citado 14 abril 2018]; 320:726–727. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.unbosque.edu.co/pmc/articles/PMC1117748/>
6. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez Pérez P, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2015 [Citado 16/04/2018]. 15:151: DOI 10.1186/s12913-015-0790-7. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0790-7>
7. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2009 [Citado 07 de junio de 2018]; 18(5): 325-330. Disponible en: <https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/docview/1778826273/3D7AED18586B45B3PQ/1?accountid=41311>
8. Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Torijano ML, Iglesias-Alonso F, et al. Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2016 [Citado 12 de junio de 2018];31(S2):3-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.unbosque.edu.co/science/article/pii/S1134282X16300628>
9. Martens J, Van Gerven E, Lannoy K, Panella M, Euwema M, Sermeus W, et al. Serious reportable events within the inpatient mental health care: Impact on physicians and nurses. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2016 [Citado 12 de junio de 2018];31(S2): 26-33. Disponible en: <https://www-clinicalkey->

- es.ezproxy.unbosque.edu.co/#!/content/playContent/1-s2.0-S1134282X16300422?returnurl=https%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1134282X16300422%3Fshowall%3Dtrue&referrer=
10. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [Citado 12 de junio de 2018]; 6 (9): e011708. doi:10.1136/bmjopen-2016-011708. Disponible en: <https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/docview/1824821829/fulltext/AEF34C85080C431CPQ/1?accountid=41311>
 11. Van Gerven E, Bruyneel L, Panella M, Euwema M, Sermeus W, Vanhaecht K. Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: A repeated measures analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [Citado 20 junio de 2018]; 6(8): e011403. doi:10.1136/bmjopen-2016-011403. Disponible en: <https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/central/docview/1815972024/4749F5D5305F4106PQ/1?accountid=41311>
 12. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources. *J Patient Saf* [Internet]. 2017 [Citado 13 de abril de 2018]; 13(2):93-102. Disponible en: https://ovidsp-tx-ovid-com.ezproxy.unbosque.edu.co/sp-3.28.0a/ovidweb.cgi?&S=NMPEFPDOJODDNBDNNCFKFAGCNCNKAA00&Link+Set=S.sh.22%7c1%7csl_10
 13. Han K, Bohnen JD, Peponis T, Martínez M, Nandan A, Yeh DD, Lee J, et al. The Surgeon as the Second Victim? Results of the Boston Intraoperative Adverse Events Surgeons' Attitude (BISA) Study. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2017 [Citado 05 de junio de 2018]; 224 (6): 1048-1056. Disponible en: <https://doi-org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1016/j.jamcollsurg.2016.12.039>
 14. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: OMS. 2008 [Citado 16 abril de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/patient_safety/es/
 15. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del Paciente [Internet]. Colombia: Minsalud. 2008 [Citado 16 abril de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
 16. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del Paciente y la atención segura [Internet]. Colombia: Minsalud. 2008 [Citado 16 abril de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
 17. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Qual Saf Health Care*

- [Internet]. 2010 [Citado 07 de junio de 2018]; 19 (6): e43. doi:10.1136/qshc.2009.035253. Disponible en: <https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/docview/1778844698/fulltext/86973C92B0F14BCDPQ/1?accountid=41311>
18. Venus E, Galam E, Aubert J, Nougairde M. Medical errors reported by french general practitioners in training: Results of a survey and individual interviews. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2012 [Citado 08 junio de 2018]; 21(4): 279 – 286. Disponible en: <https://search-proquest-com.ezproxy.unbosque.edu.co/central/docview/1778806283/8458211248374270PQ/1?accountid=41311>
19. García G. [Homepage en internet]. España: Nure Investigación; c2004. [citado 26 abril 2015]. [Aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/BLOQUEIII/DocbIII/Estudios%20d escriptivos.pdf>
20. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No 008430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet]. Santa Fé de Bogotá: El Ministerio; 1993 [Citado 10 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

ANEXOS

14.1. ANEXO I. CUESTIONARIO I



CUESTIONARIO I. SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Este cuestionario tiene el fin de seleccionar personal asistencial que haya tenido alguna experiencia de eventos adversos y que desee hacer parte de la investigación que será desarrollada por dos estudiantes de la especialización de Seguridad del paciente de la Universidad El Bosque la cual tiene como objetivo: Describir los efectos de los eventos adversos sobre la segunda víctima en la Clínica de Occidente de Bogotá durante el tercer trimestre del año 2018. Sus respuestas no acarrearán ningún tipo de injerencia laboral o personal, puesto que no se divulgarán datos personales y su participación es únicamente voluntaria.

1. ¿Ha estado involucrado en un evento adverso durante el desarrollo de su profesión?

A. SÍ

B. NO

2. ¿Desea participar voluntariamente en esta investigación?

A. SÍ

B. NO

Si contesta sí a las dos preguntas, le será entregado el CUESTIONARIO II para su diligenciamiento.

Gracias.

Información de contacto de las investigadoras:

LIZA MAGDIEL SANDOVAL TAMI. Directora de calidad y auditoría interna - Referente de seguridad del paciente Sociedad Médica Los Samanes. Cel: 3224002981. Correo: liza_sandoval@hotmail.com. Dirección: Av 12E N°4-30 Barrio Quinta Oriental, Cúcuta, Norte de Santander.

GINA LUCÍA CHAMORRO VILLARREAL. Referente de seguridad del paciente Clínica de Occidente. Cel: 3007380365. Correo: lucia_0205@hotmail.com.ar. Dirección: Avd Americas no. 71C 29, Bogotá D.C., Bogotá. Seleccione la respuesta que considere adecuada para cada pregunta.

14.2. ANEXO II: CUESTIONARIO II



CUESTIONARIO II: CUESTIONARIO PARA PROFESIONALES DE HOSPITALES

Cuestionario originario del equipo de investigación Segundas y Terceras Víctimas de España.

Los eventos adversos tienen en las segundas víctimas consecuencias emocionales, profesionales, familiares, incluso en aquellos casos en los que la causa del evento adverso es un fallo del sistema o cuando el evento adverso no era prevenible.

Este cuestionario corresponde a una selección de preguntas del cuestionario original que consta de 51 preguntas agrupadas en 9 bloques. Con el fin de responder a la pregunta de esta investigación: ¿Cuál es el efecto de los eventos adversos sobre la segunda víctima en una clínica de Bogotá durante el tercer trimestre del año 2018?, se seleccionaron sólo 5 bloques con 28 preguntas, lo cual fue avalado por sus creadores.

Instrucciones: Seleccione la respuesta que considere adecuada para cada pregunta.

I. En los últimos 5 años...	
Pregunta	Puntuación
1. He conocido casos en mi hospital de situaciones que cabe considerarlas como casi errores (incidente que podría haber causado daño a un paciente pero que finalmente se corrigió a tiempo).	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
2. He conocido casos de eventos adversos con consecuencias graves para uno o varios pacientes.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
3. He conocido casos de profesionales que lo han pasado muy mal emocionalmente a raíz del evento adverso de un paciente.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
4. He conocido casos de profesionales que han sufrido problemas laborales a causa de un evento adverso.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
5. Personalmente he tenido la experiencia de tener que informar a un paciente (o sus familiares) que ha sufrido un evento adverso.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

II. En el caso que usted o algún profesional que conozca, se haya visto involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves, indique si ha observado los siguientes síntomas:	
Pregunta	Puntuación

6. Obnubilación, confusión, dificultad para concentrarse en la tarea en los días siguientes al evento adverso.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Alguna vez <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> Siempre
7. Sentimiento de culpa.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Alguna vez <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> Siempre
8. Pesimismo ante la vida, tristeza.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Alguna vez <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> Siempre
9. Cansancio.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Alguna vez <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> Siempre
10. Ansiedad.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Alguna vez <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> Siempre
11. Insomnio, dificultades para disfrutar sueño reparador.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Alguna vez <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> Siempre
12. Revivir el suceso una y otra vez.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Alguna vez <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> Siempre
13. Ira y cambios de humor en el trabajo.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Alguna vez <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> Siempre
14. Ira y cambios de humor en la casa.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Alguna vez <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> Siempre
15. Dudas constantes sobre lo que se tiene que hacer en cada caso y si las decisiones clínicas son las correctas.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Alguna vez <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> Siempre
16. Pérdida de la reputación profesional entre los compañeros.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Alguna vez <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> Siempre
17. Pérdida de la reputación profesional entre los pacientes.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Alguna vez

	<input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> Siempre
18. Cuestionarse si continuar en la profesión o abandonarla.	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Alguna vez <input type="radio"/> Casi siempre <input type="radio"/> Siempre

III. En el caso que usted o algún profesional que conozca, se haya visto involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves, indique:	
Pregunta	Puntuación
19. Ha necesitado una baja laboral.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
20. Ha solicitado traslado de servicio, unidad o centro de trabajo.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
21. Ha abandonado la profesión.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

IV. Señale si estaría interesado en recibir alguna información específica para:	
Pregunta	Puntuación
22. Afrontar mejor las consecuencias de los eventos adversos en los profesionales.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
23. Saber cómo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

V. Por último, indique:	
Pregunta	Puntuación
24. Edad	<input type="radio"/> Hasta los 30 años <input type="radio"/> Entre 31 y 50 años <input type="radio"/> Entre 51 y 70 años
25. Sexo	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
26. Profesión	<input type="radio"/> Médico/a <input type="radio"/> Enfermero/a <input type="radio"/> Auxiliar <input type="radio"/> Otro
27. Unidad o servicio	<input type="radio"/> Médicos <input type="radio"/> Quirúrgicos <input type="radio"/> Centrales <input type="radio"/> Otros
28. Años de experiencia	<input type="radio"/> Menos de 1 año <input type="radio"/> Entre 1 y 3 años <input type="radio"/> Más de 3 años

Ante cualquier duda o inquietud relacionada con la presente investigación, puede dirigirse a las investigadoras quienes contestarán todas sus preguntas.

Información de contacto de las investigadoras:

LIZA MAGDIEL SANDOVAL TAMI. Directora de calidad y auditoría interna - Referente de seguridad del paciente Sociedad Médica Los Samanes. Cel: 3224002981. Correo: liza_sandoval@hotmail.com. Dirección: Av 12E N°4-30 Barrio Quinta Oriental, Cúcuta, Norte de Santander.

GINA LUCÍA CHAMORRO VILLARREAL. Referente de seguridad del paciente Clínica de Occidente. Cel: 3007380365. Correo: lucia_0205@hotmail.com.ar. Dirección: Avd Americas no. 71C 29, Bogotá D.C., Bogotá. Seleccione la respuesta que considere adecuada para cada pregunta.

14.3. ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universidad El Bosque

Comité Institucional de Ética en Investigaciones

Formulario de Consentimiento Informado

Parte 1: Información acerca de la Investigación.

- Título de la investigación: EFECTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS SOBRE LA SEGUNDA VÍCTIMA EN UNA CLINICA DE BOGOTÁ DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2018
- Nombre de las investigadoras: LIZA MAGDIEL SANDOVAL TAMI – GINA LUCÍA CHAMORRO VILLAREAL

- ¿Por qué se está haciendo esta investigación?

El concepto de "segunda víctima", un proveedor de atención médica experimenta una serie reacciones emocionales, cognitivas e incluso físicas negativas debido a los eventos adversos de un paciente en el cual se encuentra implicado, no es bien conocido o entendido entre los profesionales de la salud.

Debido a la magnitud que adquiere esta situación, a nivel mundial se está realizando investigaciones sobre dicha problemática, puesto que, si no es considerada e intervenida por los profesionales e instituciones de salud, pueden resultar en consecuencias graves para las segundas víctimas. Adicionalmente, siendo trabajadores del área de la salud, los cuales podemos experimentar una situación como la descrita, surge la necesidad de generar conocimiento con respecto a esta temática. Por lo cual el objetivo de esta investigación es describir los efectos de los eventos adversos sobre la segunda víctima en la Clínica de Occidente de Bogotá durante el tercer trimestre del año 2018.

- ¿En qué consiste esta investigación?

El presente estudio es de naturaleza cuantitativa, de tipo descriptivo, y de corte transversal, puesto que intenta analizar el fenómeno en un periodo de tiempo determinado (tercer trimestre 2018). La población está constituida por el personal asistencial que labora en la clínica de Occidente que acceda a participar voluntariamente de la investigación y que hayan estado involucrados o presenciado un evento adverso y/o incidente.

La investigación se realizará de la siguiente forma: la recolección de la información será inicialmente mediante la aplicación de una encuesta de una sola pregunta formulada por las investigadoras al total de la población: Ha vivenciado o presenciado un evento adverso y/o incidente durante el desarrollo de su profesión? Seguidamente, las personas que contesten positivamente a la pregunta, se les indicará que de forma voluntaria contesten la segunda y principal encuesta denominada CUESTIONARIO PARA PROFESIONALES DE HOSPITALES del Proyecto de Investigación Segundas y Terceras Víctimas de España.

- ¿Qué tengo que hacer si participo en esta investigación?
Si de forma voluntaria accede a participar en esta investigación, deberá únicamente contestar los cuestionarios proporcionados, los cuales no contienen diligenciamiento de datos personales, sino preguntas relacionadas con el tema de la investigación: efectos de los eventos adversos en la segunda víctima. Una vez contestado el cuestionario no es necesario proporcionar algún tipo de información adicional ni tampoco será necesario el diligenciamiento de más encuestas.

- ¿Cuántas personas participarán en esta investigación?
En esta investigación participará de forma voluntaria todo el personal asistencial que labora en la Clínica de Occidente.

- ¿Cuánto tiempo estaré en esta investigación?
La participación que usted realizará en esta investigación estará limitada al tiempo que dure el diligenciamiento de la encuesta que le será proporcionada por las investigadoras.

- ¿Puedo retirarme de la investigación de manera voluntaria en cualquier momento?
Debe tener claridad de que la participación dentro de esta investigación la realizará de forma voluntaria, si en algún momento, usted desea retirar su participación antes de firmar este consentimiento informado, o después, es totalmente válido y será respetada su decisión sin realizarle algún tipo de cuestionamiento por parte de las investigadoras.

- ¿Qué pasa si me retiro de la investigación?
Al decidir retirarse de la investigación, no habrá ningún tipo de reprimenda o cuestionamiento. Como se ha indicado anteriormente, su participación es únicamente voluntaria.

- ¿Cuáles son los riesgos o incomodidades asociados a esta investigación?

De acuerdo a la clasificación del tipo de riesgo en investigación, esta se clasifica en una investigación sin riesgo según el artículo 11 de la resolución N° 008430 de 1993, puesto que no se realizará ninguna intervención o modificación de la parte biológica, fisiológica, psicológica o social de los individuos que participan en el estudio: se realizará la aplicación de una encuesta.

- ¿Obtendré algún beneficio al participar en esta investigación?
Si accede a participar en esta investigación debe tener claro que no obtendrá algún tipo de beneficio económico o material. A cambio de su participación en el estudio recibirá la satisfacción de contribuir al desarrollo de la investigación en salud.

- ¿Cómo se va a manejar la privacidad y confidencialidad de mis datos personales?
Esta investigación se realiza bajo los principios éticos de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos, su bienestar y protección de su privacidad, es decir, al usted participar de forma voluntaria en este proyecto, las investigadoras se comprometen a velar por la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, así como también puede tener la seguridad de que durante toda la investigación, sus datos de identificación no serán revelados.

- ¿Tiene algún costo mi participación en esta investigación?
Si accede de forma voluntaria a participar en esta investigación, puede tener la tranquilidad de que no tendrá que hacer algún tipo de inversión económica o material, puesto que sólo consistirá en el diligenciamiento de dos cuestionarios, lo cual le tomará un tiempo aproximado de 15 minutos

- ¿Cuáles son mis derechos como sujeto de investigación?
Al acceder a participar en este proyecto de investigación, debe tener la tranquilidad de que esta se rige por el respeto a los derechos de los participantes o sujetos de investigación: **confidencialidad y privacidad** en cuanto al manejo de datos de identificación en relación a sus respuestas en el cuestionario aplicado, es decir, serán publicadas los resultados de las encuestas aplicadas, pero sin correlacionar en algún momento con la identificación de los respondientes.

Derecho a abstenerse de participar en la investigación sin tener que dar alguna justificación o razón. Como se ha indicado anteriormente, el cuestionario será aplicado únicamente a las personas que accedan de forma voluntaria a contestar el mismo.

Así también, tiene el **derecho a que sus preguntas se respondan** a su completa satisfacción antes de firmar este documento o en cualquier momento después de firmarlo.

- ¿Cómo y en qué momento voy a conocer los datos finales de la investigación?
Una vez se haya finalizado el proyecto de investigación, se informará a la institución los resultados con el fin de que estos ayuden al planteamiento de futuras medidas que ayuden a solventar y amortiguar los efectos de los eventos adversos en las segundas víctimas. La Clínica de Occidente, de acuerdo a su cronograma, a través de las investigadoras o sus directivos, dará a conocer a todo el personal institucional los resultados de la investigación.

- ¿Qué hago si tengo alguna pregunta o problema?
Durante todo su proceso de participación dentro de la investigación, le serán contestadas todas las preguntas sobre el proyecto o los resultados del mismo por parte de las investigadoras y si lo considera pertinente o no le son solventadas sus inquietudes, podrá consultar también al comité de ética de la institución.
 - Información de contacto de las investigadoras:
LIZA MAGDIEL SANDOVAL TAMI. Directora de calidad y auditoría interna - Referente de seguridad del paciente Sociedad Médica Los Samanes. Cel: 3224002981. Correo: liza_sandoval@hotmail.com. Dirección: Av 12E N°4-30 Barrio Quinta Oriental, Cúcuta, Norte de Santander.

GINA LUCÍA CHAMORRO VILLARREAL. Referente de seguridad del paciente Clínica de Occidente. Cel: 3007380365. Correo: lucia_0205@hotmail.com.ar. Dirección: Avd Americas no. 71C 29, Bogotá D.C., Bogotá.

Parte 2: Formulario de Firmas.

He sido invitado(a) a participar en el estudio EFECTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS SOBRE LA SEGUNDA VÍCTIMA EN UNA CLINICA DE BOGOTÁ DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2018. Entiendo que mi participación consistirá en el diligenciamiento de dos cuestionarios. He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de Consentimiento Informado recibiré una copia del mismo (partes 1 y 2).

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar y se que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Nombre del Participante	Firma del Participante y Fecha
-------------------------	--------------------------------

Tutor legal del Participante	Firma del Tutor legal y Fecha
------------------------------	-------------------------------

Investigador principal	Firma del Investigador y Fecha
------------------------	--------------------------------

Nombre del Testigo (I)	Firma del Testigo (I) y Fecha
------------------------	-------------------------------

Nombre del Testigo (II)	Firma del Testigo (II) y Fecha
-------------------------	--------------------------------