

**IMPACTOS FÍSICOS, EMOCIONALES, PSICOLÓGICOS, PROFESIONALES Y
ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS TRAS UN
EVENTO ADVERSO: REVISIÓN SISTEMÁTICA A NIVEL MUNDIAL 2010-2021**

Trabajo de grado
Para optar por el título de Especialista en Auditoría en Salud

Lina Andrea Quevedo Barreto
Tatiana María Rodríguez Montes
Yeimy Julieth Rodríguez Roperó

Mery González Delgado
Asesor Metodológico y temático

Fundación Universitaria del Área Andina
Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte
Especialización Auditoría en Salud
Bogotá
2021

Tabla de contenido

1.	Introducción	10
2.	Planteamiento del Problema	13
3.	Justificación	17
4.	Objetivo.....	22
4.1	General	22
4.1.2	Específicos.....	22
5.	Metodología	23
5.1	Estrategia de Búsqueda.....	23
5.1. 2	Selección de los Estudios.....	25
5. 1.3	Extracción de datos.....	26
5.2	Análisis Bibliométrico.....	28
5.3	Factor de Impacto.....	29
5.4	Factor de desempeño.....	29
6.	Capítulo I.....	31
	Características sociodemográficas de los profesionales de salud que se relacionan como segundas víctimas.....	31
7.	Capitulo II.....	46
	Prevalencia de segundas víctimas a nivel mundial.....	46
8.	Capítulo III.....	52
	Impacto psicológico y emocional en las segundas víctimas.....	52

9.	Capítulo IV.....	55
	Efectos a nivel profesional de segundas víctimas.....	55
10.	Capítulo V.....	58
	Estrategias a nivel de organización para abordar el impacto de eventos adversos en segundas víctimas.....	58
11	Discusión.....	67
12	Conclusiones.....	70
13	Referencias.....	72

Tabla de figuras

Figura 1 Diagrama de flujo del estudio. Proceso de seleccion de los estudios...	27
Figura 2 Mapa con numero de publicaciones por país sobre el impacto psicológico, emocional y profesional de las segundas victimas a nivel mundial.....	28

Tabla de tablas

Tabla 1 Revision de base de datos.....	23
Tabla 2 Caracteristicas sociodemograficos de las segundas victimas	32
Tabla 3 Prevalencia de las segundas victimas	46
Tabla 4 Impacto psicosocial y emocional de las segundas vitimas	55
Tabla 5 Efectos a nivel profesional de las segundas victimas	58
Tabla 6 Datos de Estrategias.....	58

Con inmenso cariño dedicado a nuestras familias padres, hijos, esposos, por su
paciencia y gran apoyo durante es te proceso.

Resumen

Introducción: Dentro de la atención de salud tras un evento adverso severo en la atención al paciente, el trabajador de la salud involucrado se convierte en segunda víctima lo que genera impacto en su vida a nivel psicológico emocional y laboral afectando sus relaciones laborales y familiares.

Objetivo: Analizar los impactos físicos, emocionales, psicológicos, profesionales y estrategias de intervención de las segundas víctimas tras un evento adverso a nivel mundial en los últimos once años a la luz de la literatura.

Método: Revisión sistemática de la literatura con metodología prisma, próspero registro ID304371, utilizando las bases de datos: Science Direct, ProQuest, PubMed, Google académico; se emplearon algoritmos de búsqueda con descriptores decs, mesh y lenguaje libre.

Resultados: La prevalencia de segundas víctimas como consecuencia de los eventos adversos es alta y afecta a los profesionales de la salud independientemente de su edad, profesión o experiencia. La mayoría de los estudios refieren que los profesionales manifiestan haber sido segundas víctimas en algún momento de su vida, frente a los impactos psicológicos el estrés, ansiedad y trastornos del sueño son los más frecuentes. A nivel laboral las principales repercusiones son la pérdida de confianza en sí mismo, querer rotar de lugar de trabajo y en los casos más severos cambiar de profesión.

Conclusión: Los eventos adversos pueden presentarse en cualquier momento de la atención al paciente, sin importar edad, sexo, experiencia laboral o profesión como tal del trabajador de la salud. Así mismo los profesionales de la salud que son segundas víctimas, desarrollan un gran impacto psicológico y emocional, dentro de los más frecuentes, se encuentran ansiedad y culpa los cuales afectan su vida personal, laboral y familiar. Es necesario generar intervenciones de forma inmediata en los casos de crisis para las segundas víctimas, se sugiere que el profesional tenga la oportunidad de estar en un lugar tranquilo y específico para recuperarse después del evento adverso. Se debe promover apoyo psicosocial para mitigar los impactos psicológicos, emocionales y profesionales de la segunda víctima.

Palabras Clave: Seguridad del Paciente, Errores Médicos, Personal de Salud, Prevalencia

Abstract

Introduction: Within health care, after a severe adverse event in patient care, the health worker involved becomes a second victim, which generates an impact on his life at a psychological, emotional and work level, affecting his work and family relationships.

Objective: To analyze the physical, emotional, psychological, professional impacts and intervention strategies of second victims after an adverse event worldwide in the last eleven years in light of the literature.

Method: Systematic review of the literature with prism methodology, thriving registry ID304371, using the following databases: Science Direct, ProQuest, PubMed, Google Scholar; Search algorithms with decs, mesh and free language descriptors were used.

Results: The prevalence of second victims as a consequence of adverse events is high and affects health professionals regardless of their age, profession or experience. Most studies refer that professional's state that they have been second victims at some point in their lives. Regarding the psychological impacts, stress, anxiety and sleep disorders are the most frequent. At the labor level, the main repercussions are loss of self-confidence, wanting to rotate workplaces and, in the most severe cases, change professions.

Conclusion: Adverse events can occur at any time of patient care, regardless of age, sex, work experience or profession as such of the health worker. Likewise, health professionals who are second victims, develop a great psychological and emotional impact, among the most frequent, are anxiety and guilt that affect their personal, work and family life. It is necessary to generate immediate interventions in crisis cases for second victims, it is suggested that the professional has the opportunity to be in a quiet and specific place to recover after the adverse event. Psychosocial support should be promoted to mitigate the psychological, emotional and professional impacts of the second victim.

Keywords: Patient Safety, Medical Errors, Health Personnel, Prevalence

1. Introducción

En la actualidad, la seguridad del paciente se ha convertido en un tema de gran interés a nivel mundial en el campo de la salud, debido a que un gran porcentaje de los pacientes hospitalizados en las diferentes instituciones prestadoras de salud presentan eventos adversos, estos sin duda aumentan los casos de morbilidad, mortalidad y los costos en la atención clínica (Marcos, 2017; Parra et al., 2012).

En este sentido es fundamental promover la calidad en el área de atención asistencial, que es el nivel en la obtención de resultados óptimos en salud no solo para el individuo sino para la población en general, gracias a ese conocimiento científico del que se dispone según el Institute of Medicine (IOM) de los Estados Unidos (EEUU) (Marcos, 2017).

Es por esto que hoy en día, existe una gran preocupación por la seguridad del paciente, lo cual ha llevado al desarrollo de múltiples estudios y estrategias encaminadas a la prevención y reducción de eventos adversos que puedan presentarse, es así como organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la salud (OPS), el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, y diferentes instituciones, organismos internacionales se han enfocado en establecer estrategias, programas, medidas asistenciales y legales frente a la seguridad del paciente (Marcos, 2017; Carvajal et al., 2017; Parra et al., 2012; Aranaz-Andrés, Aibar-Remón, Limón-Ramírez, Amarilla, Restrepo, Urroz, Sarabia, García-Corcuera, et al., 2011;)

Por otra parte, cabe destacar que en países latinoamericanos como Colombia no son indiferentes a este tema, por esto el Ministerio de la Protección Social creó la Política Nacional de Seguridad del Paciente en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, la cual tiene como objetivo principal evitar, prevenir, reducir y analizar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos, para contar con instituciones que presten servicios de salud de forma segura y de calidad, donde también se brinde educación al paciente y sus familias como parte de la cultura de seguridad del paciente (Ministerio de la Protección Social, 2008; Contreras et al., 2017; Parra et al., 2012)

En efecto, tras la ocurrencia de un evento adverso, en la atención hospitalaria se pueden presentar dos víctimas; la primera víctima es el paciente y su familia y la segunda víctima es el trabajador de la salud involucrado en este acto (Seys, Scott, et al., 2013 b; Martín Delgado María Cruz, 2020; Quillivan et al., 2016; Burlison et al., 2017)

En tal sentido países como España se han establecido grupos de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas que han realizado estudios, como el del contexto de la atención primaria, donde estudian el impacto de los eventos adversos no sólo en los pacientes, sino en el propio profesional y en las instituciones donde se presentaron (Torijano-Casalengua et al., 2016; Carvajal, 2017).

Frente al tema de segundas víctimas, ha sido reportado por diferentes estudios la prevalencia, en esta medida los impactos psicosociales emocionales y físicos que más reportan han sido descritos como: angustia, stress, hipervigilancia, culpa, afectando su desempeño en el área de trabajo notablemente, queriendo en algunos casos dejar su

trabajo (Van Gerven, Elst, et al., 2016; Seys, Wu, et al., 2013; Rando et al., 2017; Harrison et al., 2015; Jiménez et al., 2018; Joesten et al., 2015; Martens et al., 2016)

Por lo anteriormente expuesto, la presente revisión tiene como objetivo analizar los impactos físicos, emocionales, psicológicos, profesionales y estrategias de intervención de las segundas víctimas tras un evento adverso, a nivel mundial a la luz de la literatura en los últimos once años.

2. Planteamiento del Problema

Sin duda alguna, muchos de los trabajadores de la salud eligen su carrera por vocación, en la que prima velar por la vida de su paciente dando un adecuado diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en lo posible, disminuyendo al máximo que este paciente tenga un sufrimiento prolongado. Sin embargo, durante la atención médica pueden ocurrir incidentes con el paciente lo que hace que el profesional en salud desarrolle inseguridad en sí mismo y en su labor (Torijano-Casalengua et al., 2016; Harrison et al., 2015; Mohamadi-Bolbanabad et al., 2019; Finney et al., 2021).

En efecto, en la gran mayoría de casos el profesional de la salud involucrado en un error médico se cuestiona así mismo generando sentimientos de inconformidad, frustración frente a su quehacer clínico y académico de su área (Rodríguez Rodríguez et al., 2020; Martens et al., 2016; Knudsen et al., 2021), el profesional de salud desarrolla sentimientos y afectaciones psicológicas convirtiéndose en la segunda víctima tras el evento adverso.

De este modo la segunda víctima inmersa en esta situación desencadena toda una serie de secuelas emocionales derivadas del evento adverso como son: agotamiento, ansiedad, culpa, dificultad para concentrarse, temor a las acciones legales en su contra, y la repetición de un error médico, entre otras. Es tanto, lo que puede llegar a afectar que muchos profesionales no pueden seguir laborando, algunos requieren licencias por algún tiempo o pueden llevar al abandono de la profesión (Pérez et al., 2019; Gazoni et al., 2012; Choi et al., 2020; Gupta et al., 2019). Además, de la repercusión que conlleva a su vida personal y por ende a su entorno familiar.

Algunos estudios revelan que el impacto físico, emocional, psicológico y profesional del evento adverso puede ser duradero a través del tiempo en los empleados de la salud y en ciertos casos, nunca se recuperan por completo (Ullström et al., 2014; Strametz et al., 2021; Rinaldi et al., 2016; Gazoni et al., 2012).

De esta forma, el padecimiento de la segunda víctima es distinto al del paciente y su familia ya que encierra un impacto negativo al profesional sanitario, bloqueando su desempeño clínico, generando inseguridad en su práctica y calidad de la atención, incrementando así la probabilidad de más errores debido a su estado, con consecuencias no solo al paciente, así mismo como profesional, sino a todo el sistema de salud (Mira & Lorenzo, 2016; Pinto et al., 2014)

Se calcula, que al menos la mitad del personal de salud a nivel mundial ha sido una vez en su vida segunda víctima, por lo cual se hace indispensable brindar el apoyo necesario para que supere esta etapa (Seys, Wu, et al., 2013a; Mira, Lorenzo, et al., 2015; O'Beirne et al., 2012; Van Slambrouck et al., 2021)

Por ende, varios estudios se han enfocado en la seguridad del paciente, debido a todo lo que acarrea un evento adverso y su impacto en las víctimas, los incidentes en la seguridad del paciente, se han convertido en un problema de salud pública, más si se tiene en cuenta que alrededor de estos eventos adversos el 50% son prevenibles. Datos de España sobre incidencia de eventos adversos, refieren que el 15% de los profesionales de salud están involucrados en la ocurrencia de un evento adverso, lo que es una cantidad considerable (Aranaz et al., 2013; Strametz et al., 2021; Yan et al., 2021)

Por otra parte, la presencia de estrategias de apoyo para las segundas víctimas en el sector de la salud ha sido menos considerada, algunos estudios revelan que los proveedores de atención médica se quejan sobre la insuficiencia de las intervenciones y mecanismos de apoyo proporcionados por la organización a las segundas víctimas (Krzan *et al.*, 2015; Brunelli *et al.*, 2021; Rinaldi *et al.*, 2016; Knudsen *et al.*, 2021).

Se han encontrado muchos estudios de segundas víctimas que abordan la prevalencia de síntomas psicosociales y físicos a nivel internacional, sin embargo, en Latinoamérica estos son limitados. (Scott *et al.*, (2010); Rinaldi *et al.*, (2016), Burlison *et al.*, (2017) Mohamadi-Bolbanabad *et al.*, 2019)

No obstante, el Hospital Clínico de la Universidad de Missouri es uno de los centros que cuenta con programas de atención a segundas víctimas los cuales sirven de referencia a otros, puesto que abordan las seis etapas que puede presentar el personal sanitario que sufre un evento adverso (Torijano-Casalengua *et al.*, 2016; Marcos, 2017)

Sin duda alguna, es necesario el desarrollo de programas y estrategias de apoyo al profesional de salud tras un evento adverso, de forma que le sea fácil de informar abiertamente lo sucedido, donde haya un aprendizaje y no haya secuelas físicas o psicológicas de lo ocurrido, de forma que pueda continuar con su vida laboral, y por ende personal (Carvajal, 2017).

Por lo anterior, y a pesar de lo frecuente que se genera este fenómeno, se puede observar un gran desconocimiento frente al término que se establece de segundas víctimas (Magaldi *et al.*, 2021). Esta monografía, aborda una revisión de literatura consultada en diferentes bases de datos como insumo para el análisis de los impactos

físicos, emocionales, psicológicos, profesionales y estrategias de intervención de las segundas víctimas tras un evento adverso.

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los impactos físicos, emocionales, psicológicos, profesionales y estrategias de intervención de las segundas víctimas tras un evento adverso, a nivel mundial a la luz de la literatura en los últimos once años?

3. Justificación

La ocurrencia de los eventos adversos donde se ve involucrado el profesional de la salud ha creado la necesidad de reconocer cuales son los principales impactos psicológicos, emocionales y profesionales que se puedan presentar en las segundas víctimas y su prevalencia a nivel mundial , así como los programas e intervenciones que se han establecido para el apoyo desde las instituciones a las segundas víctimas, lo cual contribuirá al fortalecimiento de las normas a nivel de los países latinoamericanos especialmente Colombia, y de esta forma generar programas con resultados óptimos donde el diseño de sus estrategias se adapten con éxito a las condiciones de cada una de las instituciones de salud en el contexto latinoamericano .

Es necesario resaltar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró, que cada año son muchos los pacientes que quedan incapacitados o mueren debido a una atención insegura que hayan recibido en una institución prestadora de servicios de salud, lo que llevó a encaminar acciones hacia su prevención, o mitigar sus efectos cuando se presenten, en el 2004 la OMS dio origen a la Alianza mundial para la seguridad del paciente, enfatizando en la investigación para la notificación de eventos adversos y así lograr prevenirlos (Zárate-Grajales et al., 2017). Con la creación de esta alianza se generan seis metas internacionales, las cuales encaminan a todos los actores del sistema a generar estrategias para el cumplimiento de ellas

Es así como hoy en día, existen centros internacionales con programas de gestión del impacto de los EA y ayuda a los profesionales implicados como: Johns Hopkins Medicine. Caring For the Caregiver, Missouri University Health Care. For You Team Caring for our Own, Second Victim Foundation, Australian Commission on Safety and

Quality in Health Care. Open Disclosure, Proyecto FISS PI 13/0473 y PI 13/01220: Impacto de los eventos adversos en los profesionales sanitarios: segundas y terceras víctimas (Torijano-Casalengua et al., 2016; Parra et al., 2012).

La OMS también ha liderado y fomentado la agenda de seguridad del paciente con apoyo político y ayuda de los ministerios de salud, líderes y representantes de organizaciones internacionales, como por ejemplo en los diferentes países por medio de las Cumbres Ministeriales sobre Seguridad del Paciente; de igual forma ha promovido la creación de la Red Mundial de Seguridad del Paciente y la Colaboración Mundial sobre Seguridad del Paciente, donde se hace énfasis en la necesidad de la participación de los propios pacientes en las políticas y mejoramientos de la atención en salud; por otro lado, se estableció el programa Pacientes en Defensa de su Seguridad para promover la participación de los pacientes y sus familias (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022; Parra et al., 2012).

En tal sentido, es vital promover que los países latinoamericanos generen investigación sobre programas de seguridad del paciente y segundas víctimas en salud, debido a que la mayoría de la información existente corresponde a países como Estados Unidos y países de Europeos (Aranaz-Andrés, Aibar-Remón, Limón-Ramírez, Amarilla, Restrepo, Urroz, Sarabia, García-Corcuera, et al., 2011; Marcos, 2017).

Cabe resaltar que en Colombia se han establecido los paquetes institucionales alrededor de 27 formulados con metodología de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) sobre seguridad del paciente, los cuales deben ser implementados por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (Ministerio de salud y Protección Social, 2015), donde aportan herramientas para brindar una atención más segura de mejor calidad y

proteger al paciente de errores que puedan suceder durante la atención y que puedan ser evitables, estableciendo así una cultura de seguridad del paciente (García Casanova et al., 2014).

En esta medida, otro de los avances del país, frente a los paquetes instruccionales en los que se encuentran: Prevención del cansancio del profesional cuyo objetivo es: “fortalecer en todos los trabajadores de la salud el conocimiento técnico sobre el cansancio del personal de salud, así como las competencias y habilidades para su prevención, reducción y/o detección temprana, por medio de la aplicación de prácticas seguras”, el paquete de Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes tiene como objetivo “Desarrollar y fortalecer destrezas, habilidades y competencias para el adecuado proceso de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes”. (Ministerio de Salud y Protección social, 2015), aspectos fundamentales que podrían orientar la intervención a las segundas víctimas.

Aunado a estas estrategias dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en lo concerniente a el sistema de habilitación regulado por Resolución 3100 del 2019 y de acreditación regulado por la Resolución 2082 de 2014, comprenden como estándares el programa de seguridad del paciente en las IPS que quieran ingresar al sistema, incluso desde la Resolución 256 de 2016, que aborda el sistema de información para la calidad en salud también comprende indicadores para la medición de la dimensión de seguridad del paciente entre los que contempla la notificación de eventos adversos de manera obligatoria por parte de las IPS (Ministerio de Salud y Protección social [Resolución 256], 2016) .

De la misma forma, el Sistema de Seguridad y Salud del trabajo, con el programa de higiene y seguridad más el programa de seguridad del paciente debe tener programas frente a la ocurrencia de estos eventos y mitigación del riesgo psicosocial, acciones de choque y seguimiento frente al mismo (Blanco-Vargas, 2019)

Teniendo en cuenta lo anterior, el panorama solo habla desde la perspectiva del Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud del trabajo de la prevención del riesgo psicosocial que estaría relacionado con los impactos psicoemocionales y sociales. La norma colombiana obliga a que todas las entidades sin importar el sector de trabajo deben realizar la medición del riesgo psicosocial de sus trabajadores. A esto se une la Política Nacional de Seguridad del Paciente en donde se promulga el reporte, análisis y gestión de los eventos adversos mediante planes de acción. Sin embargo, a pesar de todo esto aún no se cuenta con programas de apoyo a las segundas víctimas como tal.

Por otro lado, diferentes estudios demuestran que uno de los principales miedos de los profesionales de la salud en cuanto al reporte de eventos adversos hace referencia a las acciones legales que puedan emprender en su contra, lo cual puede llevar al desprestigio de su carrera y vida laboral. Es así como muchos profesionales que han logrado superar un evento adverso complejo aproximadamente el 15 % visualiza la posibilidad de abandonar su empleo (Kappes et al., 2021; Choi et al., 2020; Martens et al., 2016; Rinaldi et al., 2016).

Por lo tanto , es primordial el establecimiento de acciones y seguimientos psicológicos en conjunto con la institución de salud donde plantean tener un comité interdisciplinario que pueda abordar toda esta situación durante y después del evento adverso dando siempre acompañamiento al profesional, dicho comité debe velar por

minimizar la probabilidad que ocurran estos eventos adversos, capacitando y documentando a sus profesionales, fortaleciendo la cultura de seguridad del paciente, donde se promueva y vele por no culpar al profesional fomentando una cultura no punitiva, equitativa, donde el trabajador de la salud reciba un trato justo, respetuoso, tolerante y de acompañamiento durante todo el proceso. (Blanco-Vargas, 2019; Mira et al., 2017; Han et al., 2017; McLennan et al., 2015).

Conforme a lo mencionado, se hace realmente fundamental conocer sobre esta situación para poder realizar futuras intervenciones, realizar una revisión de los posibles impactos emocionales, legales y profesionales a nivel mundial sobre las segundas víctimas y su prevalencia que son el insumo para generar programas de soporte o apoyo a estos miembros del equipo de salud.

De acuerdo a lo ya expuesto, en esta monografía se realiza una revisión de literatura, de la información encontrada en las diferentes bases de datos seleccionadas con el fin de analizar los impactos físicos, emocionales, psicológicos, profesionales y estrategias de intervención de las segundas víctimas tras un evento adverso y de esta manera contribuir con un aporte a la salud al generar una recopilación de lo evidenciado, esto permite que el personal de salud reconozca el término de segundas víctimas e identifique el efecto e impacto a los cuales está expuesto y sobre todo generar conocimiento en el tema y ver desde otra perspectiva que es un fenómeno más frecuente de lo que se piensa.

4. Objetivo

4.1 General

Analizar los impactos físicos, emocionales, psicológicos, profesionales y estrategias de intervención de las segundas víctimas tras un evento adverso, a nivel mundial en los últimos once años a la luz de la literatura.

4.1.2 Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los profesionales de salud que se relacionan como segundas víctimas.
- Establecer la prevalencia de segundas víctimas a nivel mundial a la luz de la literatura en el periodo de estudio.
- Determinar el impacto psicológico y emocional en las segundas víctimas luego de ocurrir un evento adverso en el periodo de estudio.
- Describir los efectos a nivel profesional de segundas víctimas tras un evento adverso en el periodo de estudio.
- Reconocer las estrategias a nivel de organización para abordar el impacto de eventos adversos en segundas víctimas en el periodo de estudio.

5. Metodología

5.1 Estrategia de Búsqueda

Se realizó una revisión sistemática de la literatura empleando los criterios de la metodología Prisma (Page et al., 2021), obteniendo 42 artículos para dar respuesta a la pregunta del estudio. Se usaron descriptores Decs, Mesh y lenguaje libre con el fin de construir los algoritmos en idioma inglés, español y portugués” y así poder realizar la búsqueda en las siguientes bases de datos: Science Direct, ProQuest, PubMed y Google Académico. También se realizó el registro de la revisión sistemática en Prosperó con el código de registro ID 304371(Tabla 1).

Tabla 1. Revisión de base de datos

Nombre de la base de datos: ProQuest PubMed Google académico ScienceDirect

Años consultados: 2010-2021

Términos de búsqueda:

Lenguaje libre:

Prevalencia de segundas víctimas, segunda víctima, evento adverso, seguridad del paciente, impacto psicológico, impacto profesional, incidencia, error médico, Apoyo.

Descriptores DeCs:

- Prevalence AND medical errors AND medical staff OR health personnel
- Patient safety AND medical errors
- Patient safety AND medical errors AND Medical staff
- Patient safety AND medical errors AND Medical staff AND emotions

Descriptores Mesh:

- Prevalence or incidence and second victims and medical staff or health personnel
- Adverse events AND patient safety incident
- Impact AND second victim
- Psychological impact AND patient safety
- Patient safety AND second victim
- Experiences AND second victim
- Medical error AND impact
- Adverse events AND personal impact

Resultados:	Idioma (s):	Español ingles portugués	Español e ingles	Español e ingles	Español e ingles
	Cualquier campo:	169 022	377 153	19.000	89754
	Materia (Major Topic):	3646	7167	1.535	5881
	Título:	11	29	16	28
	Seleccionados:	7	24	4	7

Fuente: Elaboración propia

5.1. 2 elección de los Estudios

Se tuvieron en cuenta estudios en texto completo los cuales se incluyeron si cumplían con las siguientes condiciones: 1. Búsqueda de artículos delimitada al idioma (artículos en inglés, español y portugués) 2. Limitados a los últimos 11 años (periodo entre 2010 y 2021), 3. Sin límite geográfico (a nivel mundial) 4. Relacionados con la temática impacto en las segundas víctimas tras un evento adverso. 5. Aplicado a trabajadores de la salud, 6. Artículos cuya metodología sea estudios transversales, de casos y controles, descriptivos o de cohorte. El evento de interés del presente estudio fue revisar la literatura disponible en bases de datos sobre impactos físicos, emocionales, psicológicos y profesionales de las segundas víctimas tras un evento adverso, a nivel mundial en los últimos once años a la luz de la literatura. Todos los estudios seleccionados debían contener resultados frente a los objetivos planteados para este trabajo.

Los criterios de exclusión fueron: 1. Artículos que no sean en idioma ni inglés español o portugués, 2. Estudios cuya población solo sean administrativos en salud. 3. estudios que no correspondan al periodo entre 2010 y 2021. 4. Artículos de estudios cualitativos

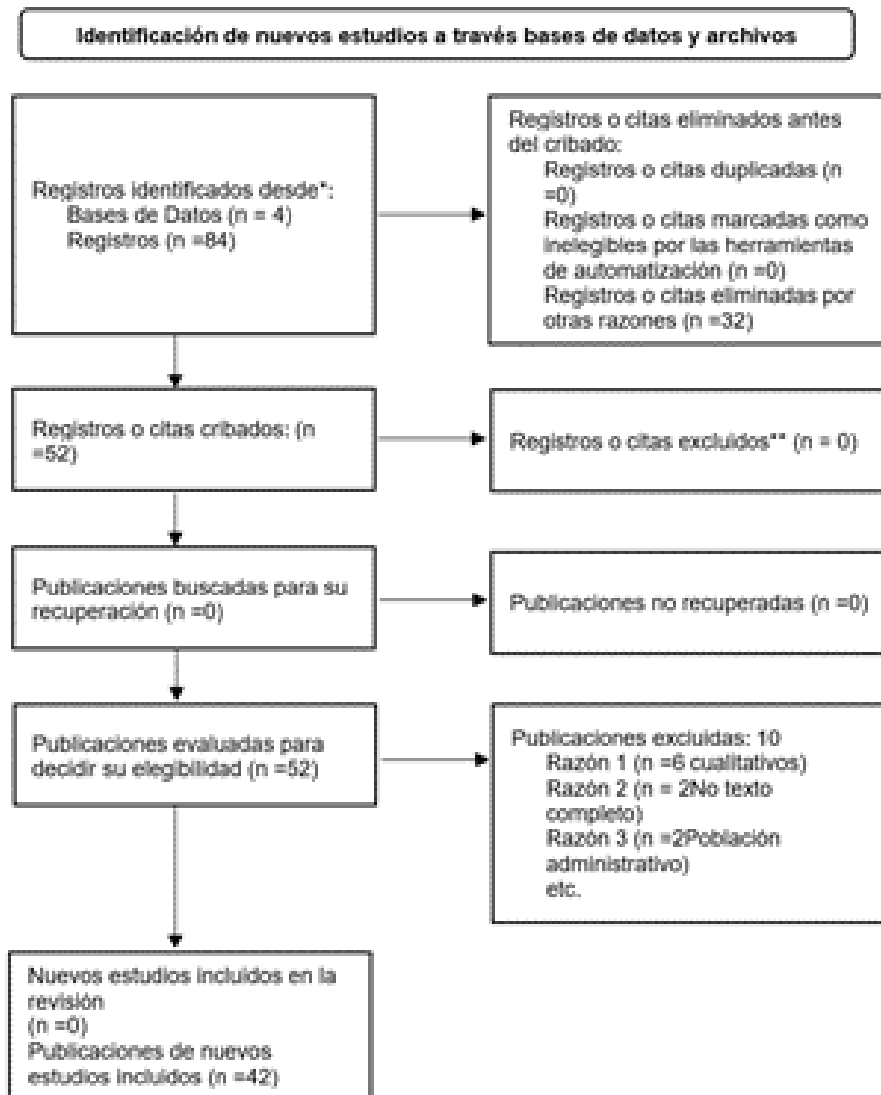
5. 1.3 Extracción de datos

Para la extracción de datos de los artículos seleccionados, se utilizó una matriz de sistematización que incluía los siguientes datos: Año de publicación, Nombre del artículo, Referencia APA, Objetivo al que responde, Link del drive, Nombre de la revista, Cuartil, citación según Google Académico y Scopus, volumen, Serie, Número de página, link del artículo, DOI del artículo, ISSN de la revista, algoritmo de búsqueda, descriptores empleados, bases de datos consultadas, Tipo de estudio, población, muestra, tipo de muestreo, enfoque, instrumento de recolección de información, metodología de recolección de información, plan de análisis, objetivo del estudio, resultados, variables medidas en el estudio, similitudes , diferencias y conclusiones. Los datos fueron registrados en una matriz por parte de las tres investigadoras, ante cualquier discusión o duda sobre la inclusión o no de alguno de los artículos, se resolvió con el asesor metodológico y temático quien tomó la decisión final.

Se realizó un análisis bibliométrico, que incluyó los años y los países con más publicaciones; factor de impacto de las revistas utilizadas e indicador de desempeño de las publicaciones. Posteriormente se identificaron las características sociodemográficas de los profesionales de salud que se relacionan como segundas víctimas, prevalencia, impacto psicológico, emocional y profesional de las segundas víctimas a nivel mundial, así como las estrategias a nivel de organización para abordar el impacto de eventos adversos en segundas víctimas.

En la revisión de los estudios realizados se escogieron 42 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, tras ser evaluados en texto completo. Los 84 artículos excluidos no utilizaron las metodologías referidas o no evaluaron los criterios requeridos.

Figura 1. Diagrama de flujo del estudio. Proceso de selección de los estudios

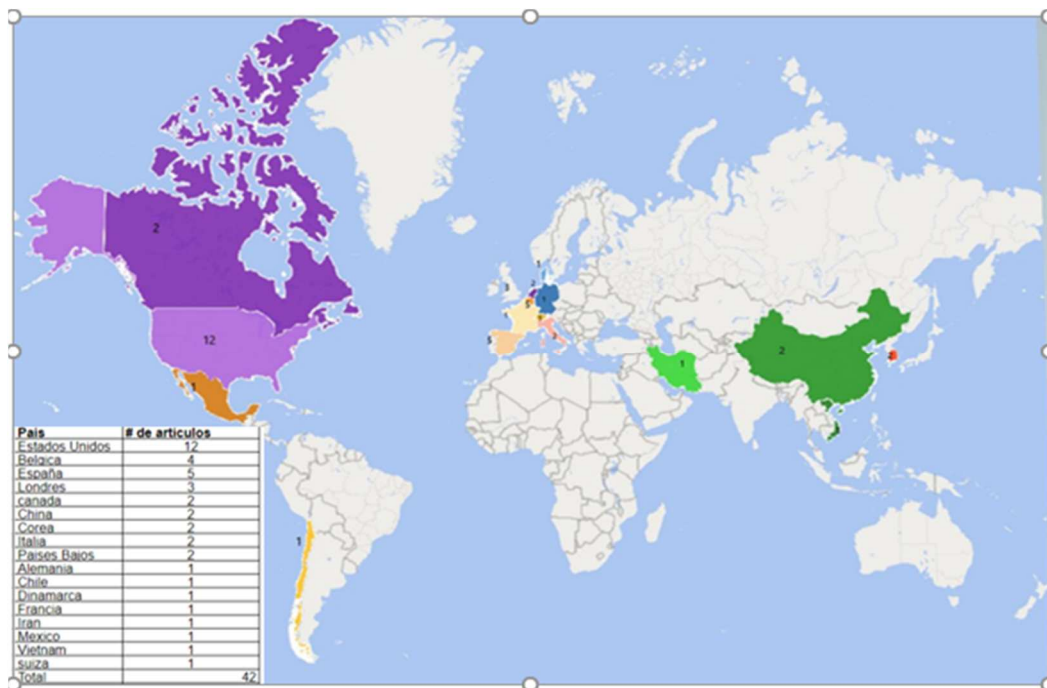


Fuente: Elaboración propia

5.2 Análisis Bibliométrico

Se encontró que el periodo con menor artículos publicados corresponde al 2012-2014 con 7 artículos 17%, seguido del periodo de 2018-2021 con 15 artículos publicados 36% y el periodo con mayores artículos publicados corresponde a el periodo comprendido entre 2015-2017 con 20 artículos publicados 47%. Se identificó el país con mayor número de publicaciones fue Estados Unidos con 12 artículos, seguidos de España y Bélgica (con 5 y 4 publicaciones respectivamente), posteriormente Londres con 3 publicaciones, Canadá, China, Corea Italia y Países Bajos con 2 artículos cada uno y finalmente Alemania, Chile, Dinamarca, Francia, Irán, México, Vietnam y Suiza cada uno con 1 publicación (*Figura 2*).

Figura 2. Mapa con número de publicaciones por país sobre el impacto psicológico, emocional y profesional de las segundas víctimas a nivel mundial



Fuente: Elaboración propia

5.3 Factor de Impacto

Los artículos que se tuvieron en cuenta para esta revisión corresponden a diversas revistas, teniendo en cuenta la clasificación de impacto Scimago Journal & Country Rank y Publindex se encontraron 22 revistas en Q1 (Vanhaecht et al., 2019; Mira, et al.,2017; Pinto et al., 2014; Rodríguez & Scott, 2018), 6 en Q2 (Brunelli et al., 2021; O'Beirne et al., 2012; Pyo et al.,2020), 7 en Q3 (Rinaldi et al., 2016; Kobe et al., 2019; Magaldi, et al., 2021; Martens, et al., 2016), 1 en Q4 (Panella et al.,2016) y 6 artículos que no tienen registro ni en Scimago & Country Rank ni Publindex (Jiménez et al., 2018; Salazar et al., 2020; Quillivan et al., 2016). En esta revisión no se encontraron registros de los artículos en Publindex

5.4 Factor de Desempeño

Se encontró citados en Google académico: 1 art con 179 citas (Edrees et al., 2016), 1 art con 136 citas (Gazoni et al., 2012;), 1 art. Con 129 citas (Burlison et al., 2017), 1 art. Con 123 citas (Mira, Lorenzo, et al., 2015); de 120 a 80 citas 3 art. (Quillivan et al., 2016; Harrison et al.,2015;Mira, Carrillo, et al., 2015) de 79 a 50 citaciones 5 art. (Harrison et al., 2014; Han, et al., 2017; Joesten et al., 2015), de 49 a 20 citaciones 9 art. (Panella et al., 2016; Dukhanin et al.,2018; Venus et al., 2012), de 19 a 9 citaciones art. 9 (Aranaz et al., 2013; Kerkman, et al.,2019; Brunelli et al., 2021), de 9 a 1 citaciones art. 9 (Strametz, et al., 2021; Mohamadi-Bolbanabad et al., 2019; Yan et al., 2021) y hay 3 artículos que no presentan citaciones ni en Google académico ni Scopus (Magaldi et al., 2021; Knudsen et al., 2021; Salazar et al., 2020)

En Scopus se encuentra citados: 1 art. Con 148 citas (Gazoni et al., 2012), 1 art. Con 143 (Edrees et al., 2016), 1 art. Con 96 citaciones (Harrison et al., 2015), de 79- 60 citas 2 art. (Joesten et al., 2015; Mira, Carrillo, et al., 2015;), de 59 a 40 citas 4 art., (Quillivan et al., 2016; van Gerven, Elst, et al., 2016; O'Beirne et al., 2012) De 39 A 20 citas, 6 art., (Harrison et al., 2014; Mira et al., 2017; McLennan et al., 2015), de 19 a 10 citas, 7 art. (Brunelli et al., 2021; Rodriguez & Scott, 2018; Zhang et al., 2019), de 9 A 10 citas 10 artículos (Gupta et al., 2019; Pyo et al., 2020; Yan et al., 2021) y sin cita por Scopus 10 artículos (Salazar et al., 2020; Jiménez et al., 2018; Burlison et al., 2017).

6. Capítulo I

Características sociodemográficas de los profesionales de salud que se relacionan como segundas víctimas

En la revisión se reporta frente a las características sociodemográficas de los profesionales que son segundas víctimas, la edad varía entre 25 a 45 años, el sexo femenino presenta la mayor prevalencia de segundas víctimas (13,3% - 98,9%) (Choi et al., 2020; Edrees et al., 2016; Kerkman et al., 2019; Mira et al., 2015; Zhang et al., 2019). Así mismo, los años de experiencia de las segundas víctimas se da a partir de los 10 años de experiencia el cual varía entre 13,8% a 100% (Harrison et al., 2014; Joesten et al., 2015; Magaldi et al., 2021; Mohamadi-Bolbanabad et al., 2019b; Van Gerven et al., 2016). Frente al estado civil se encuentra en su mayoría las segundas víctimas con pareja 23,4% - 91,7% (Gupta et al., 2019; Mohamadi-Bolbanabad et al., 2019a; Ms et al., 2021; Pinto et al., 2014; Zhang et al., 2019). Es importante destacar que la profesión es una variable importante encontrando en los estudios que es más alto en profesionales de enfermería el cual (varía entre 14,6% a 94,2%) (Knudsen et al., 2021; Martens et al., 2016; Mohamadi-Bolbanabad et al., 2019a; Quillivan et al., 2016). Otros estudios indicaron que, en cuanto a la Raza, la Blanca se encuentra entre un 51% y 97% (Winning et al., 2018; Gupta et al., 2019). Frente al tamaño de la clínica, la mediana se encuentra en un 73%. (Tabla 2)

Tabla 2. Características sociodemográficas de las segundas víctimas

Referencia del artículo	No. de la Muestra	Nombre de la variable	Categorías de la Variable	%	Promedio	Media	Mediana	DS	Frecuencia	Valor de P
Mohamadi-Bolbanabad, A., Moradi, G., Piroozi, B., Safari, H., Asadi, K., Mohammadi, H., Afkhamzadeh, A. (2019)	338	Sexo	Femenino Experiencia de segunda víctima	90,0					107	
			Femenino No experiencia de segunda víctima	10,1				12		
			Masculino Experiencia de segunda víctima	90,9				50	0,837	
			Masculino No Experiencia de segunda víctima	9,1				5	0,837	
		Edad	<30 Experiencia de segunda víctima	90	33,6	8,4	71	0,314		
			<30 No experiencia de segunda víctima	9			7	0,314		
			30-45 Experiencia de segunda víctima	88,7			55			
			30-45 No experiencia de segunda víctima	11,3			7			
			>45 Experiencia de segunda víctima	100			19			
			>45 No experiencia de segunda víctima	0,0			0			
		Estado Civil	Casado Experiencia de segunda víctima	91,7			44			
			Casado No experiencia de segunda víctima	8,3			4			
			Soltero Experiencia de segunda víctima	89,7			113	0,694		
			Soltero No experiencia de segunda víctima	10,3			13	0,694		
		Experiencia Laboral (Años)	<10 Experiencia de segunda víctima	86,2	9,4	8	94	0,094		
			<10 No Experiencia de segunda víctima	13,8			15	0,094		
			10-20 Experiencia de segunda víctima	94,7			36			
			10-20 No experiencia de segunda víctima	5,3			2			
			>20 Experiencia de segunda víctima	100			20			
			>20 No experiencia de segunda víctima	0,0			0			
		Categoría Ocupacional	Médico Experiencia de segunda víctima	84,6			44	0,246		
			Médico No experiencia de segunda víctima	15,4			8	0,246		
			Enfermera Experiencia de segunda víctima	92,0			80			
			Enfermera No experiencia de segunda víctima	8,0			7			
Partera Experiencia de segunda víctima	94,3				33					
Partera No experiencia de segunda víctima	5,7				2					
Harrison, R., Lawton, R., & Stewart, K. (2014).	1.755	Años de práctica	<2 años	0,5				9		
			2-10 años	7,6			129			
			>10 años	89,7			1527			
			Retirados	2,2			38			

<i>Vanhaecht, K., Seys, D., Schouten, L., Bruyneel, L., Coeckelberghs, E., Panella, M., & Zeeman, G. (2019).</i>	Edad	<25 años	0,1				2		
		25-34 años	3,5				59		
		35-44 años	32				534		
		45-54 años	37,9				632		
		55-64 años	12,1				385		
		>65 años	3,4				56		
	Sexo	Femenino	62,2				1037		
		Masculino	37,8				630		
	4369	Sexo	Femenino médicos	55,5				898	
			Femenino enfermeras	92				2531	
	Años de Experiencia	Médicos			11,2	±8,8			
		Enfermeras			18.1	± 12.1			
	Tipo de departamento	Quirúrgico médicos	35,4				540		
		Quirúrgico enfermeras	2				751		
		No quirúrgico médicos	59,8				910		
		No quirúrgico enfermeras	58,3				1506		
		Quirúrgico y no quirúrgico médicos	4,8				73		
		Quirúrgico y no quirúrgico quirúrgicos	12,6				327		
<i>Burlison, J., Scott, S., Browne, E., Thompson, S., Hoffman J., (2017) .</i>	281	Posición del personal	Enfermera titulada	44,1				124	
			Asistente médico/enfermera	3,2				9	
			Enfermero/a (Profesional con licencia/Práctica con licencia.	3,2				9	
			Auxiliar de atención al paciente/hospitalización/C ompañero de cuidados	1,4				4	
			Médico de guardia/de plantilla	8,5				24	
			Médico residente/médico en formación	1,1				3	
			Farmacéutico	8,5				24	
			Dietista	0,7				2	
			Auxiliar de unidad	0,4				1	
			Terapeuta respiratorio	0,4				1	
			Terapeuta físico, ocupacional o del habla	1,4				4	
			Técnico (Electrocardiografía, laboratorio, radiología)	5,3				15	
			Gestión	8,2				23	
			Otros	13,5				38	
		Duración en años por hospital, unidad de trabajo y especialidad	<1 año hospital	11				30	
			1 a 5 años hospital	30				84	
			6 a 10 años hospital	22				61	
			11 a 15 años hospital	19				54	
			16 a 20 años hospital	6				18	
			21 + años hospital	11				32	
<1 año unidad de trabajo			15				41		
1 a 5 años unidad de trabajo			39				110		
6 a 10 años unidad de trabajo			22				61		
11 a 15 años unidad de trabajo			14				39		
16 a 20 años unidad de trabajo	5				15				

		21 + años unidad de trabajo	5					14	
		<1 año especialidad	4					11	
		1 a 5 años especialidad	22					62	
		6 a 10 años especialidad	19					54	
		11 a 15 años especialidad	15					41	
		16 a 20 años especialidad	13					37	
		21 + años especialidad	27					75	
Mira,J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez, P., Olivera, G., Iglesias, F., Zavala, E., , J., Vitaller, J., Nuño Solínis, R., Astier, P., (2015). MaderueloF ernández	1087	Grupo profesional	Enfermeras en Atención Primaria	43,4				265	
			Otros en Atención Primaria	2,1				13	
			Doctores en Hospital	43,8				209	
			Enfermeras en Hospital	48,2				230	
			Otros en Atención Hospital	7,9				38	
		Edad	< 30 años en Atención Primaria	1,6				10	
			31-50 años en Atención Primaria	50,8				310	
	51-70 años en Atención Primaria		47				287		
	No sabe o no responde en Atención Primaria		0,5				3		
	< 30 años en Hospital		4,4				21		
	31-50 años en Hospital		58,7				280		
	51-70 años en Hospital		36,1				172		
	No sabe o no responde en Hospital		0,8				4		
	Sexo	Masculino en Atención Primaria	24,8				151		
		Femenino en Atención Primaria	73,9				451		
		No sabe o no responde en Atención Primaria	1,3				8		
		Masculino en Hospital	30,4				145		
		Femenino en Hospital	68,3				326		
		No sabe o no responde en Hospital	1,3				6		
	Experiencia Profesional	< 1-3 años en Atención Primaria	0,5				3		
		> 3 años en Atención Primaria	98,9				603		
		No sabe o no responde en Atención Primaria	0,7				4		
		< 1-3 años en Hospitalización	2,9				14		
		> 3 años en Hospitalización	96,4				460		
		No sabe o no responde en Hospitalización	0,6				3		
	Servicio (departamento /unidad, etc.)	Médico en Hospital	38,8				185		
		Quirúrgico en Hospital	19,3				92		
Central en Hospital		17,2				82			
Otros en Hospital		22				105			
No sabe o no responde en Hospitalización		2,7				13			
27	Profesión	Médicos	56				15		
		Enfermeros	44				12		
	Tipo Entidad	Trabajadores Hospitalarios	48				13		

Maderuelo, J., Pérez Perez, P., Torijano, M., Zavala, E., Scott, S. (2017)	20	Sexo	Mujeres	70					14
			Hombres	30					6
		Edad	19-66 años			41			
		Profesión	Médicos	45					9
			Personal de Enfermería	30					6
			Odontólogos	25					5
		Experiencia laboral	1-35 años			14			
Salazar, C., Vidal, M., Mena, S., Aedo, D., Veliz, J., Farfan, F., Solis, I., Sakurada, A. (2020)	191	Género	Masculino	33,3					64
			Femenino	66,6					127
		Edad	< 30 años	19					36
			31-50 años	56					107
			>51 años	24					46
		Años en la institución	< 1 año	4,7					9
			1 a 3 años	11					21
			> 3 años	83,7					160
		Estamento	Médicos/as	32,5					62
			Técnicos/as Enfermería	29,3					56
			Enfermeras/os	10,5					20
			Auxiliares de servicio	9,4					18
			Kinesiólogos/as	3,7					7
			Tecnólogos/as Médicos	3,7					7
			Psicólogos/as	2,6					5
			Matronas/es	2,1					4
			Odontólogos/as	1,6					3
			Nutricionistas	1					2
			Fonoaudiólogos/as	1					2
			Químicos/as Farmacéuticos	1					2
			Terapeuta ocupacional	1					2
		Bioquímicos/as	0,5					1	
Quillivan, R. R., Burlison, J. D., Browne, E. K., Scott, S. D., Hoffman, J. M. (2016).	358	Especialidad	Enfermera titulada	94,2					146
			Enfermera (profesional con licencia/práctica con licencia.	5,8					9
		Antigüedad (años)	< 1	4,5					7
			1-5	18,1					28
			6-10	24,5					38
			11-15	12,9					20
			16-20	14,8					23
			≥ 21 años	25,2					39
		Tenencia de la unidad de trabajo (años)	< 1	16,1					25
			1-5	39,4					61
			6-10	25,2					39
			11-15	9,7					15
			16-20	5,8					9
			≥ 21 años	3,9					6
		Permanencia en el hospital (años)	< 1	10,3					16
			1-5	32,3					50
			6-10	23,9					37
			11-15	18,1					28

Van Gerven, E.,
Bruyneel, L.,
Panella, M.,
Euwema, M.,
Sermeus, W.,
Vanhaecht, K. (2016).

		16-20	5,8				9	
		≥ 21 años	9				14	
	Horas de trabajo por semana	< 20	1,3				2	
		20-39	49,7				77	
		40-59	47,7				74	
		60-79	0,6				1	
		80-99	0,6				1	
913	Tipo de hospital (Involucrados personalmente en un incidente relacionado con la seguridad del paciente en toda su carrera)	Agudos	70,4				643	
		Psiquiátrico	11,5				105	
		Rehabilitación	1,5				14	
	Edad (Involucrados personalmente en un incidente relacionado con la seguridad del paciente en toda su carrera)	<25 años	3,1				28	
		25-34 años	17,4				159	
		35-44 años	23,1				211	
		45-54 años	26,8				245	
		>54 años	13				119	
	Género (Involucrados personalmente en un incidente relacionado con la seguridad del paciente en toda su carrera)	Masculino	23,8				217	
		Femenino	59,7				545	
	Profesional (Involucrados personalmente en un incidente relacionado con la seguridad del paciente en toda su carrera)	Médico	18,1				165	
		Enfermera	61,4				561	
		Matrona	3,9				36	
	Experiencia (Involucrados personalmente en un incidente relacionado con la seguridad del paciente en toda su carrera)	< 6 meses	0,2				2	
		6 meses - 1 año	1				9	
		1-3 años	3,1				28	
		3-5 años	6,7				61	
		5-10 años	9,6				88	
		10-15 años	13,4				122	
15-20 años		10,6				97		
>20 años		35,4				323		
En formación (Involucrados personalmente en un incidente)	No	80				730		
	Sí	3,5				32		

relacionado con la seguridad del paciente en toda su carrera)								
Cargo Directivo (Ha estado involucrado personalmente en un incidente relacionado con la seguridad del paciente en toda su carrera)	No	53,8					471	
	Si	29,6					259	
Tipo de hospital (Involucrados personalmente en un incidente relacionado con la seguridad del paciente en los últimos 12 meses)	Agudos	31,4					287	
	Psiquiátrico	6					55	
	Rehabilitación	0,7					6	
Edad (Involucrados personalmente en un incidente relacionado con la seguridad del paciente en los últimos 12 meses)	<25 años	2,3					21	
	25-34 años	9,1					83	
	35-44 años	1,1					10	
	45-54 años	10,7					98	
	>54 años	4,9					45	
Género (Involucrados personalmente en un incidente relacionado con la seguridad del paciente en los últimos 12 meses)	Masculino	11					100	
	Femenino	27,2					248	
Profesional (Involucrados personalmente en un incidente relacionado con la seguridad del paciente en los últimos 12 meses)	Médico	8,5					78	
	Enfermera	27,6					252	
	Matrona	2					18	
Experiencia (Involucrados personalmente en un incidente)	< 6 meses	0,1					1	
	6 meses - 1 año	1,1					10	
	1-3 años	2,1					19	
	3-5 años	3,9					36	

<i>Winning, A. M., Merandi, J. M., Lewe, D., Stepney, L., Liao, N. N., Fortney, C. A., Gerhardt, C. A. (2018).</i>	relacionado con la seguridad del paciente en los últimos 12 meses)	5-10 años	5				46		
		10-15 años	5,4				49		
		15-20 años	5				46		
		>20 años	13,8				126		
	En formación (Involucrados personalmente en un incidente relacionado con la seguridad del paciente en los últimos 12 meses)	No	36,5				333		
		Si	1,6				15		
	Cargo Directivo (Involucrados personalmente en un incidente relacionado con la seguridad del paciente en los últimos 12 meses)	No	24,3				213		
		Si	13,7				120		
	88	Edad			40	11,8		28.3	
		Genero	Femenino	93	82				
		Raza	Blanca	97	85				
		Tipo de empleo	Tiempo completo	70	62				
Tiempo en la institución		Años	10,87	12,6					
Profesión		enfermera registrada y enfermera práctica con licencia					11.3		
		enfermera de práctica avanzada					9.1		
		médicos					5.1		
	terapeutas (terapeuta respiratorio, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta)					2.1			
691	Sexo	Mujer Atención Primaria	98,9				525		
		Hombre Atención Primaria	1,1				6		
		Mujer Atención secundaria y terciaria	97,1				135		
		Hombre Atención secundaria y terciaria	2,9				4		
		Mujer Grupo restante	95,2				20		
		Hombre Grupo restante	4,8				1		
		Mujer Total	98,4				680		
		Hombre total	1,6				11		
	Edad	20-24 Atención Primaria	4				21		
		25-34 Atención Primaria	46,9				249		
		35-44 Atención Primaria	25,2				134		
		45-54 Atención Primaria	16,4				87		
		55-65 Atención Primaria	7,2				38		
		65 + Atención Primaria	0,4				2		
		20-24 Atención secundaria y terciaria	0				0		

		25-34 Atención secundaria y terciaria	31,7					44		
		35-44 Atención secundaria y terciaria	32,4					45		
		45-54 Atención secundaria y terciaria	23,7					33		
		55-65 Atención secundaria y terciaria	12,2					17		
		65 + Atención secundaria y terciaria	0					0		
		20-24 Grupo restante	0					0		
		25-34 Grupo restante	19					4		
		35-44 Grupo restante	42,9					9		
		45-54 Grupo restante	28,6					6		
		55-65 Grupo restante	9,5					2		
		65 + Grupo restante	0					0		
		20-24 Total	3					21		
		25-34 Total	43					297		
		35-44 Total	27,2					188		
		45-54 Total	18,2					126		
		55-65 Total	8,2					57		
		65 + Total	0,3					2		
	Años en la práctica, media (rango intercuartil)	Atención primaria		11						
		Atención secundaria y terciaria		9						
		Grupo restante		10						
		Total		10						
<i>Han, K., Bohnen, J., Peponis, T., Martinez, M., Nandan, A., Yeh, D., Lee, J., Demoya, M., Velmahos, G., Kaafarani, H.(2017)</i>	126	Sexo	Hombre	76,9				97		
			Mujer	21,4				27		
			No responde	1,5				2		
	Institución	Hospital A	3,9					5		
		Hospital B	38					48		
		Hospital C	57,9					73		
	Edad	Rango 33 a 81 años			49,4					
	Años de experiencia	<5	19,8					25		
		5 a 9	14,2					18		
		10 a 14	17,4					22		
15 a 19		10,3					13			
20 a 25		15,8					20			
>25		21,4					27			
No responde	0,7					1				
<i>Pinto, A., Faiz, O., Bicknell, C., Vincent, C.(2014)</i>	24	Hijos	Si	55						
		Genero	Hombres	77						
		Nacionalidad	Británicos	77						
		Estado Civil	Casados	68						
		Tiempo institución	Años			6,2				
<i>Martens, J., Van Gerven, E., Lannoy, K., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., De Hert, M., Vanhaecht K.(2016)</i>	280	Edad			38,5		10,9			
		Años de experiencia laboral			13,1		10,3			
		Género	Masculino	28,2					79	
			Femenino	71,8					201	
		Puesto de trabajo	Psiquiatra	10					28	
			Enfermero/a psiquiátrico/a	90					252	
33	profesión	Enfermeras	61				20			

<i>Rinaldi, C., Leigh, F., Vanhaecht, K., Donnarumma, C., Panella M. (2016)</i>		Médicos	18				6		
		Parteras	12				4		
		Otros	9				3		
	Años en la profesión	Enfermeras			8,2				
		Médicos			10,7				
		Parteras			5,5				
		Otros			9,3				
Genero	Femenino	61				20			
<i>Finney, R., Torbenson, E., Riggan, K., Weaver, A., Long, M., Allyse, M., Rivera Chiauzzi, E. (2021).</i>	115	Años de trabajo en el departamento de obstetricia y ginecología (Segunda víctima en los últimos 12 meses)	< 5 años	40,9			9	0,89	
			5 - 15 años	27,3			6	0,89	
			> 15 años	31,8			7	0,89	
<i>Knudsen, T., Abrahamsen, C., Jørgensen, J., Schrøder, K. (2021).</i>	171	Género	Masculino	17,5			30		
			Femenino	82,5			141		
	Profesión	Enfermeras	14,6				25		
		Jefes de enfermería	2,9				5		
		Parteras	43,3				74		
		Psicólogos	39,2				67		
	Experiencia	0-4 años	28,1				48		
		5-9 años	25,2				43		
Mayor a 10 años		45,6				78			
Sin experiencia		1,2				2			
<i>Yan, L., Tan, J., Chen, H., Yao, L., Li, Y., Zhao, Q., Xiao, M. (2021)</i>	1357	Edad	<20 años	19,3			262		
			20	64,6			876		
			30	11,3			154		
			≥40	4,8			65		
	Estado civil	Casado	23,4				318		
		No casado	75,3				1022		
	Género	Femenino	87,3				1185		
		Masculino	12,7				172		
	Profesión	Médico	10,5				143		
Enfermera		86,5				1174			
Otros		2,9				40			
<i>Brunelli, M., Estrada, S., Celano, C. (2018).</i>	452	Nivel educativo	Enfermera profesional	50,2			227		
			Licenciado en ciencias de la enfermería	47,8			216		
<i>O'Beirne, M., Sterling, P., Palacios Derflingher, L., Hohman, S., Zwicker, K. (2012).</i>	19	Profesión	Médicos	49					
			Enfermeras	51					
<i>Harrison, R., Lawton, R., Perlo, J., Gardner, P., Armitage, G., Shapiro, J. (2015).</i>	165	Profesión	Médicos	45,28					
			Enfermeras	54,71					
	País: Reino Unido	Médicos	48,41						
		Enfermeras	51,58						
	País: Estados Unidos	Médicos	42,44						
		Enfermeras	57,55						
	Experiencia	Médicos consultores	41,66						
Médicos subalternos		58,33							
Enfermeras practicantes		33,79							
Enfermeras registradas		66,2							

<i>Joesten, L., Cipparrone, N., Okuno Jones, S., DuBose, E. (2015).</i>	365	Profesión	Enfermeras	68,3					
			Medico osteópata	10					
			Otro	19,7					
			Datos perdidos	2					
	Género	Masculino	15						
		Femenino	82,5						
	Experiencia	Mayor 16 años	80						
Menos de 16 años		20							
<i>McLennan, S., Engel Glatter, S., Meyer, A., Schwappach, D., Scheidegger, D., Elger, B. (2015).</i>	542	Sexo	Hombre	56					
			Mujer	44					
<i>Choi, E., Pyo, J., Lee, W., Jang, S., Park, Y., Ock, M., Lee, S. (2020).</i>	492	Género	Masculino	4,5					
			Femenino	95,5					
	Edad	20 años	39,6						
		30 años	49,6						
		40 años	8,1						
		más de 50 años	2,7						
	Experiencia después de la adquisición de la licencia	Menor a cinco años	22,7						
		5 a 10 años	35,2						
10 a 20 años		37,2							
Mayor a 20 años		4,9							
<i>Harrison, R., Sharma, A., Walton, M., Esguerra, E., Onobrakpor, S., Nghia, B., Chinh, N. (2019).</i>	497	Experiencia	< 2 años	16,99			84		
			2-10 años	54,96			273		
			> 10 años	28,17			140		
		Edad	< 25 años	11,07			55		
			25-34 años	59,56			296		
			35-44 años	21,53			107		
			45-54 años	6,44			32		
			55-64 años	1,41			7		
		Sexo	Masculino	39,64			197		
			Femenino	60,36			300		
		Especialidad	Anestesia	23,94			119		
			Ortopedia	13,88			69		
			Urgencias	11,67			58		
			Columna vertebral	6,43			32		
Cirugía	6,44				32				
Otros	37,64				187				
<i>Kobe, C., Blouin, S., Moltzan, C., Koul, R. (2019).</i>	178	Duración en el trabajo	1-5 años	13			24		
			6-10 años	21			37		
			Más de 11 años	66			117		
	Tamaño de la clínica	Pequeña (1-2 unidades)	8			14			
		Mediana (3-9 unidades)	73			130			
		Grande > 10 unidades	19			34			
	Puesto de trabajo	Radioterapeuta	74			131			
		Otros	16			28			
		Director de RT	6			11			
		Supervisor de RT	4			8			
	Provincia	Columbia Británica	17			30			
		Praderas (AB, SK, MB)	40			70			
		Ontario	21			37			
		Quebec	2			4			

Rodriguez, J., y Scott, S. (2018).

77	Tipos de titulación profesional de los participantes	Provincias atlánticas	19				34	
		Enfermero/a colegiado/a	55,84				43	
		Enfermero/a profesional						
		Médico/Médica	18,18				14	
		Enfermero/a de práctica avanzada/ Asistente médico)	6,49				5	
		Farmacéutico	2,6				2	
		Administración sanitaria	2,6				2	
		Otros (Profesionales de la salud aliados, Técnicos, Trabajador Social, Consejero, estudiante de medicina).	11,69				9	
	Pregunta omitida	2,6				2		
	Años de experiencia en atención sanitaria	Menos de un año	1,3				1	
		1-3 años	3,9				3	
		4-6 años	7,79				6	
		7-9 años	5,19				4	
		10-15 años	15,58				12	
		Más de 15 años	63,64				49	
		Omisión de la pregunta	2,6				2	
	Rol clínico en el momento del evento adverso	Proveedor de atención directa	48,05				37	
		Supervisor	13				10	
		Función de apoyo	7,79				6	
		Compañero/Observador	5,19				4	
		Otros (apoyo clínico, instructor, Educador)	6,49				5	
Pregunta omitida		19,48				15		
844	Género (Muestra involucrada en un ISP durante su formación)	Hombres	39,4				52	
		Mujer	38,2				272	
	Género (Implicado en una ISP en los últimos 6 meses)	Hombres	27,3				36	
		Mujer	24,4				174	
	Edad (Muestra involucrada en un ISP durante su formación)	<18 años	0				0	
		18–25 años	37				264	
		26–35 años	43,1				31	
		36–50 años	54				27	
		> 50 años	33,3				2	
	Edad (Implicado en una ISP en los últimos 6 meses)	<18 años	0				0	
		18–25 años	23,1				165	
		26–35 años	33,3				24	
		36–50 años	38				19	
		> 50 años	33,3				2	
	Título en enfermería (Muestra involucrada en un ISP durante su formación)	Primer año	5,7				16	
		Segundo año	46,3				100	
		Tercer año	58,9				152	
		Clases nocturnas y aprendizaje a distancia	56,7				34	
	Título en enfermería (Implicado en una ISP en los últimos 6 meses)	Primer año	4,3				12	
		Segundo año	33,8				73	
		Tercer año	32,6				84	
Clases nocturnas y aprendizaje a distancia		45				27		

Van Slambrouck, L., Verschueren, R., Seys, D., Bruyneel, L., Panella, M., Vanhaecht, K. (2021).

<i>Magaldi, M., Perdomo, J., López Baamonde, M., Chanzá, M., Sanchez, D., Gomar, C. (2021).</i>	Título avanzado Muestra involucrada en un ISP durante su formación)	Geriatría	100				1		
		Cuidados intensivos y cuidados de urgencia	70,6				12		
		Oncología	100				1		
		Enfermera de cirugía	50				1		
		Gestión de los cuidados	100				1		
		Pediatría y neonatología	66,7				6		
		Título avanzado (Implicado en una ISP en los últimos 6 meses)	Geriatría	0				0	
			Cuidados intensivos y cuidados de urgencia	58,8				10	
			Oncología	100				1	
			Enfermera de cirugía	0				0	
			Gestión de los cuidados	100				1	
			Pediatría y neonatología	22,2				2	
	329	Genero (Profesionales sanitarios)	Hombres	19,6				43	
			Mujeres	80,4				176	
		Trabajo (Profesionales sanitarios)	Staff anestesiología	30,6				67	
Enfermería			69,4				152		
Tipo de hospital (Profesionales sanitarios)		Público tercer nivel	89,9				197		
		Público comarcal	9,1				20		
		Privado	1				2		
Años de experiencia (Profesionales sanitarios)		< 5 años	9,6				21		
		5-10 años	19,2				42		
		> 10 años	71,2				156		
Género (Residentes en formación)		Hombres	42,7				47		
		Mujeres	57,3				63		
Tipo de hospital (Residentes en formación)		Público tercer nivel	82,7				91		
		Público comarcal	17,3				19		
		Privado	0				0		
Año de residencia (Residentes en formación)	R1 - R2	56,4				62			
	R3 - R4	43,6				48			
267	Edad	Años			32,5		± 6,04		
	Años trabajados en el hospital				10				
	Género	Mujeres	95,1				254		
		Hombres	4,9				13		
	Nivel de estudios	Secundaria Profesional	3				8		
		Formación Profesional	31,1				83		
		Grado o superior	65,9				176		
	Estado civil	Casado	72,7				194		
		Soltero	27,3				73		
	Unidad de trabajo	Medicina interna	50,6				135		
		Cirugía	11,6				31		
		Urgencias	13,1				35		
		Intensivos	13,9				37		
		Otros	10,9				29		
	895	Género	Hombres	65,3				584	
Mujeres			34,7				311		
Edad		20 años	19,9				178		
		30 años	77,1				690		
		40 años	1,7				15		
		Más de 50 años	1,3				12		
<i>Pyo, J., Choi, E. Y., Lee, W., Jang, S., Park, Y. K., Ock, M.,</i>									

<i>Lee, S. I. (2020).</i>		Tiempo desde la obtención de la licencia médica	< 5 años	21,7				194	
			5-9 años	67,4				603	
			10-19 años	9,2				82	
			≥ 20 años	1,8				16	
<i>Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H., Wu, A. W. (2016).</i>	30	Género	Hombres	86,7				26	
			Mujeres	13,3				4	
		Disciplina	Enfermería	63,3				19	
			Administrativo	10				3	
	Seguridad del paciente		6,7				2		
	Vida Infantil		6,7				2		
	Medicina interna		3,3				1		
	Trabajo Social		3,3				1		
	Terapia respiratoria		3,3				1		
	Capellán		3,3				1		
	Departamento y Unidad	Pediatría	50				15		
		Medicina de adultos	30				9		
		Seguridad del paciente	10				3		
		JHH -Johns Hopkins Hospital.	6,7				2		
		Especialista en trasplante de médula ósea	3,3				1		
	Profesión	Enfermera titulada	70,8				102		
		Farmacéutico	9,7				14		
		Trabajador social clínico	6,9				10		
		Especialista en vida infantil	4,2				6		
		Técnico clínico	2,1				3		
		Terapeuta clínico	1,4				2		
		Médico de guardia/personal	0,7				1		
		Administrador	2,1				3		
		Apoyo ambiental	0,7				1		
		Otros	1,4				2		
	Número años en Salud	<1 año	4,9				7		
		1 - 5 años	33,1				47		
		6- 10 años	18,3				26		
		11 - 20 años	23,2				33		
		21 años o más	20,4				29		
<i>Gupta, K., Lisker, S., Rivadeneira, N., Mangurian, C., Linos, E., Sarkar, U. (2019).</i>	5782	Años de práctica	0 - 4 años	46				916	<0,0 1
			5- 9 años	50				1104	
			10 - 14 años	54				511	
			>= 15 años	52				322	
	Raza	Blanco no hispano	51				2041	<0,0 1	
		Negro no hispano	51				108		
	Etnia	Asiático	47				370		
		Hispano	46				201		
	Estado Civil	No casado actualmente, nunca casado o divorciado	48				151	0,54	
		Casado	50				2706	0,08	
	Especialidad médica	Anestesia	48				89	0,48	
		Dermatología	38				39	0,01	
		Medicina de urgencias	60				308	<0,0 1	
		Medicina familiar	52				491	0,1	
		Medicina interna	46				593	<0,0 1	

		Neurología	37					52	<0,0 1
		Obstetricia-ginecología	62					443	<0,0 1
		Oftalmología	42					40	0,11
		Patología	36					34	<0,0 1
		Pediatría	48					556	0,12
		Psiquiatría	33					105	<0,0 1
		Radiología	47					51	0,88
		Cirugía	57					158	0,02
		Otros	57					35	0,33

Fuente: Elaboración propia.

7. Capítulo II

Prevalencia de segundas víctimas a nivel mundial

Prevalencia en profesionales de la salud en un evento adverso. De acuerdo a la información revisada la prevalencia de las segundas víctimas se da entre un 4,6% y 90,2% (Harrison et al., 2015; Mohamadi-Bolbanabad et al., 2019a; Van Gerven et al., 2016; Vanhaecht et al., 2019). De esta manera otros estudios evaluaron la prevalencia en los últimos 6 meses la cual varía entre (4,6% - 54%) (Martens et al., 2016; Pinto et al., 2014; Vanhaecht et al., 2019). De igual manera, en los estudios revisados se encontró que la severidad del evento puede generar daño permanente que varía entre 0,4% y 22,4% (O'Beirne et al., 2012). Así mismo, la severidad puede llegar hasta muerte, siendo los profesionales doctores los que más presentan dicha severidad, la cual (varía entre un 8% a 42,4%) (Rodríguez & Scott, 2018; Vanhaecht et al., 2019). Además, se ve reflejado en los estudios realizados que uno de los lugares donde se presentan más acontecimientos son los hospitales con un porcentaje de 77,9% (Rodríguez, J., y Scott, S, 2018). (Tabla 3)

Tabla 3. Prevalencia de segundas víctimas

Referencia del artículo	No. de la Muestra	Nombre de la variable	Categorías de la Variable	%	OR	Frecuencia	Valor de P	Intervalo de confianza (95%)	
								Límite inferior	Límite superior
Mohamadi-Bolbanabad, A., Moradi, G., Piroozi, B., Safari, H., Asadi, H., Nasser, K., Mohammadi, H., Afkhamzadeh, A. (2019).	338	Experiencia de segunda víctima	Si	90,2		157			
			No	9,8		17			
		Historia de error médico en el último año	Si	51,5		174	0,47		
			No	48,5		164			

Harrison, R., Lawton, R., & Stewart, K. (2014).	1755	Tipos de acontecimientos experimentados por los participantes	Acontecimiento adverso con daño grave para el paciente	51,5	748			
			Suceso adverso con daño menor al paciente	55,6	813			
			Casi accidente con potencial de daño grave al paciente	61	892			
			Casi accidente con posible daño menor al paciente	55,1	806			
			Ninguno de ellos	10,7	157			
Vanhaecht, K., Seys, D., Schouten, L., Bruyneel, L., Coeckelberghs, E., Panella, M., & Zeeman, G. (2019).	4369	Incidentes de seguridad del paciente durante toda la carrera	Ningún daño (Doctores)	12,2	197			
			Daño Temporal (Doctores)	23	372			
			Daño permanente (Doctores)	22,4	363			
			Muerte (Doctores)	42,4	687			
			Ningún daño (Enfermera)	33,1	911			
			Daño Temporal (Enfermera)	34	936			
			Daño permanente (Enfermera)	10,7	293			
			Muerte (Enfermera)	22,2	610			
			Ningún daño (General)	25,4	1108			
			Daño Temporal (General)	29,9	1308			
			Daño permanente (General)	15	656			
			Muerte (General)	29,7	1297			
		Incidentes de seguridad del paciente durante los 6 meses anteriores	Ningún daño (Doctores)	36,6	342			
			Daño Temporal (Doctores)	33,5	313			
			Daño permanente (Doctores)	13,7	128			
			Muerte (Doctores)	16,3	152			
			Ningún daño (Enfermera)	59,9	865			
			Daño Temporal (Enfermera)	27,5	397			
			Daño permanente (Enfermera)	4,6	66			
			Muerte (Enfermera)	8	116			
			Ningún daño (General)	50,7	1207			
			Daño Temporal (General)	29,8	710			
			Daño permanente (General)	8,2	194			
			Muerte (General)	11,3	268			
Strametz, R., Koch, P., Vogelgesang, A., Burbridge, A., Rösner, H., Abloeschner, M., Huf, W., Ettl, B., Raspe, M. (2021)	555	Prevalencia global de las segundas víctimas	Si, un evento	27	141			
			Si, varios eventos	32	173			
			Nunca	41	220			
		Prevalencia en 12 meses de segundas víctimas	Si	61	190			
			No	39	120			
Mira, J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L.,	1087	Frecuencia de los incidentes de seguridad del paciente	Informes de incidentes de seguridad (cuasi accidentes) en Atención Primaria	76,2	465			

Silvestre, C., Pérez, P., Olivera, G., Iglesias, F., Zavala, E., MaderueloF ernández, J., Vitaller, J., Nuño Solinís, R., Astier, P., (2015).			Informes de eventos adversos graves para uno o más pacientes en Atención Primaria	47	287			
			Informes de incidentes de seguridad (cuasi accidentes) en Hospital	92	439			
			Informes de eventos adversos graves para uno o más pacientes en Hospital	75,4	341			
Van Gerven, E., Bruyneel, L., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., Vanhaecht, K. (2016).	913	Ha estado involucrado personalmente en un incidente relacionado con la seguridad del paciente	En toda su carrera	83,5	762			
			En los últimos 12 meses	38,1	348			
Han, K., Bohnen, J., Peponis, T., Martinez, M., Nandan ,A., Yeh,D., Lee, J., Demoya, M., Velmahos, G., Kaafarani, H.(2017)	126	Número de EAI recordadas en los últimos 12 meses	1	32				
			2 a 5	39				
			> 6	9				
Pinto, A., Faiz, O., Bicknell, C., Vincent, C.(2014)	47	Involucrados en complicaciones medicas	cirujanos	60				
		Ha estado involucrado personalmente en un incidente relacionado con la seguridad del paciente	3 meses	54				
			entre 3 y 6 meses	17				
			mas de seis meses	17				
Martens, J., Van Gerven, E., Lannoy, K., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., De Hert, M., Vanhaecht, K. (2016).	280	Involucrado personalmente en un evento adverso dentro de toda su carrera	Psiquiatras	85,7	24			
			Enfermeras	71,8	181			
			Total	73,2	205			
		Involucrado personalmente en un evento adverso en los últimos 6 meses	Psiquiatras	64,3	18			
			Enfermeras	28,2	71			
			Total	31,8	89			
		Fue testigo de un evento adverso evento adverso en la sala en los últimos 6 meses	Psiquiatras	25	7			
			Enfermeras	28,2	71			
			Total	27,9	78			
Finney, R., Torbenson, E., Riggan, K., Weaver, A., Long, M., Allyse, M., Rivera Chiauuzi, E. (2021).	115	Alguna vez se ha sentido como una segunda víctima después de un Evento adverso de seguridad del paciente	Si	47,8	55			
			No	51,3	59			
			No respondió	0,9	1			
		En los últimos 12 meses, se sintió como una segunda víctima después de un evento adverso de seguridad del paciente	Si	19,1	22			
			No	79,1	91			
			No respondió	1,7	2			

Yan, L., Tan, J., Chen, . H., Yao, L., Li, Y., Zhao, Q., Xiao, M. (2021)	1357	Número de incidentes en seguridad del paciente	1	53,4		187			
			2 a 5	44,3		155			
			> 5	2,3		8			
O'Beirne, M., Sterling, P., Palacios Derflingher, L., Hohman, S., Zwicker, K. (2012).	19	Informes de incidentes	Incidentes de médicos	58					
			Informes enfermeras	42					
		Severidad del daño	Ninguna	55,9					
			Moderado	24,4					
			Severo	8,8					
			No reportado	9					
			No estoy seguro	1,3					
		Duración del daño	Ninguna	64,7					
			Temporal	21,8					
Permanente	0,4								
No reportado	12,2								
Harrison, R., Lawton, R., Perlo, J., Gardner, P., Armitage, G., Shapiro, J. (2015).	165	Involucrados en errores médicos último año	Todos los participantes (médicos y enfermera)	100					
		Errores informados	Algún daño	43,5					
			Daño mayor	8,3					
			Posible, probable o casi daño	60,4					
		Ha estado involucrado personalmente en un incidente relacionado con la seguridad del paciente	Último 6 meses	29,2					
			6 meses y 5 años	44,6					
Mas de 5 años	27,4								
Joesten, L., Cipparrone, N., Okuno Jones, S., DuBose, E. (2015).	365	En los últimos 3 años, ¿alguna vez ha estado involucrado directamente en un evento de seguridad del paciente dentro de este hospital	Si	73					
			No	27					
McLennan, S., Engel Glatzer, S., Meyer, A., Schwappach, D., Scheidegger, D., Elger, B. (2015).	542	Involucrados en errores médicos	Experimentado directamente (enfermeras)	60,4					
			Experimentado indirectamente (enfermeras)	39,6					
Choi, E., Pyo, J., Lee, W., Jang, S., Park, Y., Ock, M., Lee, S. (2020).	492	Tiempo de los incidentes en la atención memorables	Menor a un mes	7,1					
			1 a 6 meses	13,8					
			6 meses a un año	13,2					
			1 a 5 años	41,7					
			Mayor a un año	24,2					
		Existencias de errores médicos	Si	60,4					
No	24,2								
No sabe	15,4								
Kobe, C., Blouin, S., Moltzan, C., Koul, R. (2019).	178	Papel en el incidente clínico	Directamente implicado en el incidente	73					
			Observador	22					
			Otro	5					
Venus, E., Galam, E.,	70	¿Ha cometido un error?	Si	97		68			
			No	3		2			

Aubert, J. P., Nougairède, M. (2012).		¿Cuántos errores?	1	14	8			
			2 a 5	71	41			
			> 5	15	9			
		¿En qué semestre?	Primero	19	11			
			Segundo	16	9			
			Tercero	20	12			
			Cuarto	17	10			
			Quinto	7	4			
			Sexto	12	7			
			Más del Sexto	9	5			
		¿Demora desde que cometió el último error?	< 3 meses	36	21			
			3-6 meses	17	10			
			6-12 meses	17	10			
			Hace más de 12 meses	30	17			
		¿Dónde?	Oncología	2	1			
			Geriatría	10	6			
			Medicina interna	24	14			
Pediatría	9		5					
Curso de práctica privada	19		11					
Urgencias	26		15					
Otros	10		6					
Rodriguez, J., y Scott, S. (2018).	77	Acontecimiento adverso Entorno clínico Ubicación	Hospital	77,9	60			
			Centro quirúrgico ambulatorio	5,19	4			
			Clínica ambulatoria	3,9	3			
			Centro de enfermería especializada	2,6	2			
			Hogar de ancianos	2,6	2			
			Prehospitalario	2,6	2			
			Pregunta omitida	5,19	4			
		Daño al paciente secundario a un evento clínico adverso	Ningún daño	16,9	13			
			Daño temporal	14,3	11			
			Daño permanente	16,9	13			
			Muerte	29,9	23			
			Omitió la pregunta	22,1	17			
		Van Slambrouck, L., Verschueren, R., Seys, D., Bruyneel, L., Panella, M., Vanhaecht, K. (2021).	844	Involucrado en un incidente de seguridad del paciente	Involucrada en un ISP durante su formación	38,4	324	
Implicado en una ISP en los últimos 6 meses	24,9				210			
Magaldi, M., Perdomo, J., López Baamonde, M., Chanzá, M., Sanchez, D., Gomar, C. (2021).	329	Responsables de un IRSP (Incidente relacionado con la seguridad del paciente).	Enfermeras	69,7	106			
			Médicos especialistas	97	65			
			Residentes	79	87			

Pyo, J., Choi, E. Y., Lee, W., Jang, S., Park, Y. K., Ock, M., Lee, S. I. (2020).	895	Características de la experiencia en ISP de los participantes	Experiencia de la ISP	24,8		222			
			Experiencia directa						
			Experiencia indirecta, como ser testigo o escuchar sobre un colega involucrado en una ISP	46,6		417			
			Experiencia directa e indirecta	28,6		256			
Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H., Wu, A. W. (2016).	144	Implicado directamente en un acontecimiento adverso imprevisto	Si	66,4		95			
Panella, M., Rinaldi, C., Leigheb, F., Donnarumma, C., Kul, S., Vanhaecht, K., Di Stanislao, F., (2016)	1313	Ser segunda victima	Si		1,88		0	1,37	2,56
			No		1				
Van Gerven, E., Vander Elst, T., Vandebroek, S., Dierickx, S., Euwema, M., Sermeus, W., De Witte, H., Godderis, L., Vanhaecht, K. (2016).	5788	Implicados en un incidente relacionado con seguridad del paciente por sexo	Masculino	11,8		180			
			Femenino	8,2		351			
		Implicados en un incidente relacionado con seguridad del paciente por profesión	Medico	14,1		168			
			Enfermería	7,9		363			
		Implicados en un incidente relacionado con seguridad del paciente por edad	< 25	13,9		39			
			25-34	10,7		164			
			35-44	8,8		137			
			45-54	7,7		130			
			>54	8,4		61			
		Implicados en un incidente relacionado con seguridad del paciente por ocupación de los puestos de trabajo	< 10	11,2		200			
			10 - 19	9,8		144			
			20 - 29	7,4		112			
			> 29	7,4		75			
Implicados en un incidente relacionado con seguridad del paciente por entorno hospitalario	Agudos	9,4		491					
	Psiquiátrico	7		40					
Implicados en un incidente relacionado con seguridad del paciente	Total de implicados	9,2		531					

Fuente: Elaboración propia.

8. Capítulo III

Impacto psicológico y emocional en las segundas víctimas

Los impactos psicológicos y emocionales que mayor presencia tienen en los profesionales de salud que se convierten en segundas víctimas después de presentado un Evento adverso es la alteración del sueño el cual varía entre 10,8% y 51,7% con una media entre 2,2 y 2,5 (Gazoni et al., 2012; Mira et al., 2015; Mohamadi-Bolbanabad et al., 2019a; Vanhaecht et al., 2019). Seguido de impactos importantes como los recuerdos repetitivos que varían entre 23,3% y 85% con una media entre 2,2 y 2,6 (Mohamadi-Bolbanabad et al., 2019a; Rinaldi et al., 2016; Vanhaecht et al., 2019). Frente a la ansiedad como otro impacto presentado varía entre 8% y 81,5% (Harrison et al., 2014; Kerkman et al., 2019; McLennan et al., 2015). En esta medida, otro de los impactos importantes para resaltar es la culpa con una media de 2,9 y una variación entre (8,43% - 72% (Gazoni et al., 2012; Kobe et al., 2019; Mira et al., 2015; Salazar et al., 2020). Es importante destacar que algunos estudios evidencian impactos que afectan la salud física en un 76,06% y la salud mental en un 83,7% (Harrison et al., 2019). Finalmente, se puede evidenciar en los estudios consultados que este tipo de eventos causan en el personal estrés (Brunelli, M., et al, 2018; Van Slambrouck, et al, 2021; Vanhaecht, K., et al, 2019; Winning A. et., 2018). (Tabla 4)

Tabla 4. Impacto psicosocial y emocional de las segundas víctimas

Referencia del artículo	No. de la Muestra	Nombre de la variable	Categorías de la Variable	%	Media	DS	Frecuencia	Mín.- Máx.	Concordancia	Valor de P
Harrison, R., Lawton, R., & Stewart, K. (2014).	1.755	Resultados personales y profesionales de un adverso o un cuasi accidente	Menor confianza en la capacidad como médico	63,2			886			
			Dificultad para dormir	59,9			840			
			Menor satisfacción en el trabajo	48,5			681			
			Afectación de las relaciones con los colegas	25,5			358			
			Deterioro de la reputación profesional	20,1			282			
			Otras consecuencias personales o profesionales	15,8			221			
			Negativa hacia uno mismo (por ejemplo, vergüenza, culpabilidad o sentirse incompetente)	27,3			399			
			Más confianza en sus capacidades (por ejemplo, sentirse eficaz, eficiente o competente) eficaz, eficiente o competente)	7,5			110			
			Decidido a mejorar (por ejemplo, sintiéndose decidido, con recursos o fuerte)	80,6			1179			
Mira, J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez, P., Olivera, G., Iglesias, F., Zavala, E., Maderuelo Fernández, J., Vitaller, J., Nuño Solinis, R., Astier, P., (2015).	1087	Consecuencias profesionales observadas en las segundas víctimas	Requerir una baja laboral Doctores en Atención Primaria	27,8			74			1
			Solicitud de traslado a otro departamento/unidad o centro de salud Doctores en Atención Primaria	15,4			41			0,288
			Abandono de la profesión Doctores en Atención Primaria	3			8			1
			Requerir una baja laboral Enfermeras en Atención Primaria	27,7			52			1
			Solicitud de traslado a otro departamento/unidad o centro de salud Enfermeras en Atención Primaria	18,8			36			0,288
			Abandono de la profesión Enfermeras en Atención Primaria	2,6			5			1
			Requerir una baja laboral Doctores en Hospital	13,7			25			0,02
			Solicitud de traslado a otro departamento/unidad o centro de salud Doctores en Hospital	9,9			18			0
			Abandono de la profesión Doctores en Hospital	1,7			3			1
			Requerir una baja laboral Enfermeras en Hospital	24,2			43			1
			Solicitud de traslado a otro departamento/unidad o	25,1			45			0,288

			centro de salud Enfermeras en Hospital							
			Abandono de la profesión Enfermeras en Hospital	1,7			3			1
Martens, J., Van Gerven, E., Lannoy, K., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., De Hert, M., Vanhaecht K.(2016)	280	Impacto del evento adverso en la carrera profesional del trabajador de salud mental y en la calidad de la atención	Dejar su trabajo después de un evento adverso	12,3			21			
			Calidad de la atención afectada en las primeras 4 horas	85						
			Calidad de la atención afectada durante un mes	18						
Brunelli, M., Estrada, S., Celano, C. (2018).	452	efecto en el trabajo	Ausentismo	2,6						
			Rotación del área de trabajo	5,8						
Harrison, R., Lawton, R., Perlo, J., Gardner, P., Armitage, G., Shapiro, J. (2015).	165	rendimiento en el lugar de trabajo	Disminución del rendimiento médicos	9,35						
			Aumento del rendimiento enfermeras	31,16						
			Otro	59,49						
McLennan, S., Engel Glatter, S., Meyer, A., Schwappach, D., Scheidegger, D., Elger, B. (2015).	542	impacto en su salud	Afectar su capacidad como médico	45						
Choi, E., Pyo, J., Lee, W., Jang, S., Park, Y., Ock, M., Lee, S. (2020).	492	dificultades derivadas de la experiencia directa	Hipervigilancia en una situación similar	40,4						
			Considero cambiar de deberes o trabajo (renunciar)	34,3						
		dificultades derivadas de la experiencia indirecta	Hipervigilancia en una situación similar	34,9						
			Considero cambiar de deberes o trabajo (renunciar)	22,1						
Rodriguez, J., y Scott, S. (2018).	77	Cambios en el papel/posición del médico después de Evento adverso Tipo de cambio	Cambió a un puesto no clínico	18			14			
			Transición a un departamento/unidad/especialidad	17			13			
Zhang, X., Li, Q., Guo, Y., Lee, S. Y. (2019).	267	Resultado	Intención de rotación		3	± 1,02		1,00 - 5,00	26,6	
			Ausentismo		2,2	± 0,89		1,00 - 5,00	6,4	

Fuente: Elaboración propia.

9. Capítulo IV

Efectos a nivel profesional de segundas víctimas

Dentro de los efectos profesionales más frecuentes se encuentra el traslado a otra área, la cual varían entre (5,8% y 34,3%) con una media de 3,03 (Brunelli et al., 2018; Knudsen et al., 2021; Mira et al., 2015; Pyo et al., 2020; Zhang et al., 2019) Es así, como en otros casos la baja laboral fue un efecto que varían entre 13,7% y 24,2% (Mira et al., 2015). Por esto es importante destacar que se ve afectada la calidad de la atención la cual se da entre 18% y 85% (Harrison et al., 2015; Martens et al., 2016; McLennan et al., 2015). Por lo anterior, se presenta el tener menor confianza en la capacidad como médico con un 63,2% (Harrison et al., 2014). Lo anterior afectando directamente la calidad del servicio a prestar por el personal médico según estudio efectuado donde el 85% reduce la calidad en las primeras 4 horas (Martens et al., 2016), hasta requerir una baja laboral 27,8% o cambio de lugar de trabajo entre el 34,3% (Choi et al., 2020). (Tabla 5)

Tabla 5. Efectos a nivel profesional de las segundas víctimas

Referencia del artículo	No. de la Muestra	Nombre de la variable	Categorías de la Variable	%	Media	DS	Frecuencia	Mín.- Máx.	Concordancia	Valor de P
Harrison, R., Lawton, R., & Stewart, K. (2014).	1.755	Resultados personales y profesionales de un adverso o un cuasi accidente	Menor confianza en la capacidad como médico	63,2			886			
			Dificultad para dormir	59,9			840			
			Menor satisfacción en el trabajo	48,5			681			
			Afectación de las relaciones con los colegas	25,5			358			
			Deterioro de la reputación profesional	20,1			282			
			Otras consecuencias personales o profesionales	15,8			221			
			Negativa hacia uno mismo (por ejemplo, vergüenza,	27,3			399			

			culpabilidad o sentirse incompetente)							
			Más confianza en sus capacidades (por ejemplo, sentirse eficaz, eficiente o competente) eficaz, eficiente o competente)	7,5			110			
			Decidido a mejorar (por ejemplo, sintiéndose decidido, con recursos o fuerte)	80,6			1179			
Mira, J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez, P., Olivera, G., Iglesias, F., Zavala, E., Maderuelo Fernández, J., Vitaller, J., Nuño Solinís, R., Astier, P., (2015).	1087	Consecuencias profesionales observadas en las segundas víctimas	Requerir una baja laboral Doctores en Atención Primaria	27,8			74			1
			Solicitud de traslado a otro departamento/unidad o centro de salud Doctores en Atención Primaria	15,4			41			0,288
			Abandono de la profesión Doctores en Atención Primaria	3			8			1
			Requerir una baja laboral Enfermeras en Atención Primaria	27,7			52			1
			Solicitud de traslado a otro departamento/unidad o centro de salud Enfermeras en Atención Primaria	18,8			36			0,288
			Abandono de la profesión Enfermeras en Atención Primaria	2,6			5			1
			Requerir una baja laboral Doctores en Hospital	13,7			25			0,017
			Solicitud de traslado a otro departamento/unidad o centro de salud Doctores en Hospital	9,9			18			0,001
			Abandono de la profesión Doctores en Hospital	1,7			3			1
			Requerir una baja laboral Enfermeras en Hospital	24,2			43			1
			Solicitud de traslado a otro departamento/unidad o centro de salud Enfermeras en Hospital	25,1			45			0,288
			Abandono de la profesión Enfermeras en Hospital	1,7			3			1
			Martens, J., Van Gerven, E., Lannoy, K., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., De Hert, M., Vanhaecht K.(2016)	280	Impacto del evento adverso en la carrera profesional del trabajador de salud mental y en la calidad de la atención	Dejar su trabajo después de un evento adverso	12,3			21
Calidad de la atención afectada en las primeras 4 horas	85									
Calidad de la atención afectada durante un mes	18									
Brunelli, M., Estrada, S., Celano, C. (2018).	452	efecto en el trabajo	Ausentismo	2,6						
			Rotación del área de trabajo	5,8						
Harrison, R., Lawton, R., Perlo, J., Gardner, P., Armitage,	165	rendimiento en el lugar de trabajo	Disminución del rendimiento médicos	9,35						
			Aumento del rendimiento enfermeras	31,16						
			Otro	59,49						

G., Shapiro, J. (2015).										
McLennan, S., Engel Glatter, S., Meyer, A., Schwappach, D., Scheidegger, D., Elger, B. (2015).	542	impacto en su salud	Afectar su capacidad como médico	45						
Choi, E., Pyo, J., Lee, W., Jang, S., Park, Y., Ock, M., Lee, S. (2020).	492	dificultades derivadas de la experiencia directa	Hipervigilancia en una situación similar	40,4						
			Considero cambiar de deberes o trabajo (renunciar)	34,3						
		dificultades derivadas de la experiencia indirecta	Hipervigilancia en una situación similar	34,9						
			Considero cambiar de deberes o trabajo (renunciar)	22,1						
Rodriguez, J., y Scott, S. (2018).	77	Cambios en el papel/posición del médico después de Evento adverso Tipo de cambio	Cambió a un puesto no clínico	18			14			
			Transición a un departamento/unidad/especialidad	17			13			
Zhang, X., Li, Q., Guo, Y., Lee, S. Y. (2019).	267	Resultado	Intención de rotación		3	± 1,02		1,00 - 5,00	26,6	
			Ausentismo		2,2	± 0,89		1,00 - 5,00	6,4	

Fuente: Elaboración propia.

10. Capítulo V

Estrategias a nivel de organización para abordar el impacto de eventos adversos en segundas víctimas

Los distintos artículos han indicado algunas estrategias que se tienen frente a las afectaciones como segundas víctimas, entre ellas se encuentra en primera medida el apoyo entre colegas el cual varían entre 48% y 92% (Aranaz et al., 2013; Finney et al., 2021; Kerkman et al., 2019; Kobe et al., 2019; Strametz et al., 2021). Adicional a esto fue frecuente el buscar apoyo con un directivo o con la institución que (varían entre 16% y 77,78%) con una mediana de 8,57 (Aranaz et al., 2013; Burlison et al., 2018; Finney et al., 2021; Mohamadi-Bolbanabad et al., 2019a). Así mismo el apoyo familiar varía entre (75% a 88%) (Aranaz et al., 2013; Gazoni et al., 2012; Kerkman et al., 2019). Es importante destacar que algunos estudios evaluaron estrategias sobre protocolizar el apoyo al profesional (77,8) (Aranaz et al., 2013). (Tabla 6)

Tabla 6. Datos de Estrategias

Referencia del artículo	No. de la Muestra	Nombre de la variable	Categorías de la Variable	%	Promedio	Media	Mediana	DS	Concordancia	OR	Frecuencia	Intervalo de confianza (95%)	
												Límite inferior	Límite superior
Aranaz Andrés, J., Mira Solve	28	Medidas para paliar consecuencias de los EA en segundas víctimas	Instaurar la cultura para la prevención de E.A.	66,7		4,22							
			Hablar con los pacientes/familiares	77,8		4,22							
			Apoyo de la dirección al profesional	77,8		4,22							

s, J., Guilabert Mora, M., Herrero F, J., Vitallert Burillo J. (2013)			Análisis del suceso y búsqueda de soluciones	66,7		4,22								
			Reparar el daño que ha sufrido paciente	88,9		4,22								
			Controlar las reacciones de estrés agudo: ansiedad, miedo, culpa, etc.	77,8		4,11								
			Medidas de apoyo ante la inseguridad profesional	77,8		3,89								
			Protocolizar el apoyo al profesional	77,8		3,89								
			Potenciar amortiguadores de la culpa en los profesionales	66,7		3,78								
			Apoyo emocional compañeros	66,7		3,78								
			Formación en afrontamiento de errores	66,7		3,78								
			Apoyo legal	66,7		3,56								
Mohamadi-Bolbabad, A., Moradi, G., Pirooz, B., Safari, H., Asadi, H., Naseri, K., Mohamadi, H., Afkhamzadeh, A. (2019).	338	Estrategias	Promover la cultura de notificar los errores médicos y aprender de ellos.				8,58	2,09						
			Apoyo al personal por parte de los administradores del hospital en caso de problemas legales				8,57	2,15						
			Realizar cursos y conferencias sobre las consecuencias de los errores para el personal médico				8,5	1,7						
			Proporcionar un consultor psicólogo por parte del hospital				8,33	2,26						
			Ofrecer programas de apoyo con consultas gratuitas a los empleados fuera del lugar de trabajo				8,32	1,89						
			Crear una cultura de "no culpabilidad" para las personas implicadas en un error médico				7,77	2,62						
			Reenviar los detalles del suceso a un colega de confianza				6,84	2,93						
			Reenviar los detalles del suceso al superior jerárquico				6,74	3,02						
Strametz, R., Koch, P., Vogelgesang, A., Burbidge, A., Rösner, H., Abloesch, M., Huf, W., Ettl,	491	Valoración de las estrategias de apoyo por parte de los participantes con y sin experiencia(s) de incidentes de segunda víctima	Tiempo de espera inmediato para recuperarse.	62	179									
			Acceso a asesoramiento, incluidos los servicios psiquiátricos.	81	232									
			Oportunidad de discutir cuestiones emocionales y éticas.	93	265									
			Información clara sobre los procesos (por ejemplo, análisis de la causa raíz, notificación de incidentes).	85	246									
			Apoyo formal entre pares.	82	237									
			Apoyo emocional informal.	84	240									
			Intervención inmediata en caso de crisis.	95	271									
			Orientación de apoyo para la continuación de las tareas clínicas.	81	235									

B., Raspe, M. (2021)			Ayuda para comunicarse con los pacientes.	82	235										
			Orientación clara sobre las funciones que se esperan después del incidente.	76	219										
			Ayuda para participar activamente en la resolución del incidente.	87	248										
			Oportunidad segura de aportar ideas para prevenir sucesos similares en el futuro.	92	265										
			Oportunidad de solicitar asesoramiento jurídico después de un incidente.	86	249										
Burlison, J., Scott, S., Browne, E., Thompson, S., Hoffman J., (2017)	303	Opciones de apoyo elegidas por participantes	Un compañero respetado para discutir los detalles de lo sucedido	80,5		3,59		1,15							
			Una conversación con mi jefe o supervisor sobre el incidente	73,8		3,75		0,98							
			Un lugar tranquilo y específico para recuperarse y recomponerse después de uno de estos tipos de eventos	67,1		4,06		0,91							
			La posibilidad de alejarme inmediatamente de mi unidad durante un tiempo	64		3,68		1,06							
			Un programa de asistencia al empleado que pueda ofrecer asesoramiento gratuito a los empleados fuera del trabajo	62,4		3,88		0,98							
			La oportunidad de programar una hora con un consejero en mi hospital para hablar del evento	48		3,32		1,1							
			Una forma confidencial de ponerse en contacto con alguien las 24 horas del día para hablar de cómo mi experiencia puede estar afectando	47,5		3,34		1,09							
Kerkman, T., Dijkman, L. M., Baas, M., Evers, R., Van Pampus, M. G., Stramrood, C. (2019).	691	Maneras en que las matronas holandesas buscan apoyo tras sufrir un acontecimiento traumático relacionado con el trabajo	Hablar con los compañeros	92											
			Hablar con amigos o familiares	75											
			Buscar distracción	28											
			Practicar deporte o una afición	21											
			Aumentar las actividades religiosas	17											
			Hacer que el evento sea una revisión del caso	16											
			Hablar con un entrenador o psicólogo	4											
			Consumir cigarrillos/alcohol/drogas	4											
Han, K., Bohnen, J., Peponis, T., Martin	126	Sistemas de apoyo social disponibles	No se encuentra sistemas de apoyo										9		
			Colegas										55		
			Miembros de la familia										29		
			Amigos										4		
			Otros										3		

ez, M., Nandan, A., Yeh, D., Lee, J., Demoya, M., Velmahos, G., Kaafarani, H. (2017)			Colegas/terapistas								3		
Pinto, A., Faiz, O., Bicknell, C., Vincent, C. (2014)	47	Síntomas que persistieron más de un mes	Apoyo emocional			3,3		1,56					
			Apoyo instrumental			4,3		1,98					
			Aceptación			5,45		1,63					
Finney, R., Torbenson, E., Riggan, K., Weaver, A., Long, M., Allyse, M., Rivera Chiau zzi, E. (2021).	115	Opciones de apoyo respaldadas/de seadas por los encuestados	La posibilidad de tomar inmediatamente tiempo lejos de mi unidad durante un tiempo.	62,5		3,71		1,2			70		
			Un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarse y recomponerse después de uno de estos tipos de eventos.	65,2		3,7		1,19			73		
			Un compañero respetado para discutir los detalles de lo ocurrido.	82,1		4,19		0,84			92		
			Un programa de asistencia a los empleados que pueda proporcionar asesoramiento gratuito a los empleados fuera del trabajo.	54,4		3,62		1,13			62		
			Una conversación con mi jefe o supervisor sobre el incidente.	67,5		3,92		1,04			77		
			La oportunidad de concertar una cita con un consejero en mi hospital para hablar del suceso.	50		3,37		1,26			56		
			Una forma confidencial de ponerse en contacto con alguien las 24 horas del día para experiencia puede estar afectando.	45,1		3,27		1,25			51		
Kobe, C., Blouin, S., Moltzan, C., Koul, R. (2019).	178	Qué tipo de apoyo recibió en su lugar de trabajo tras el incidente?	Apoyo emocional informal de un colega	48									
			Ninguno	37									
			Apoyo emocional informal de un supervisor	20									
			Una oportunidad segura para aportar cualquier idea sobre cómo se podrían prevenir sucesos de evitar sucesos similares en el futuro	18									
			Apoyo emocional informal de un directivo	16									

			un rápido informe/intervención en la crisis	13																
			participación en el proceso aprendizaje	12																
		Qué apoyos le resultaron más útiles	Apoyo emocional informal emocional informal de un colega	60																
			Apoyo emocional informal de un supervisor	22																
			Oportunidad segura de aportar ideas	19																
			Apoyo emocional informal de un jefe	15																
			Participación en un proceso/solución	11																
			¿cómo apoyaría a un miembro del equipo que estuviera pasando por un incidente similar?	Tener un oyente empático o tranquilizador	43															
			La capacidad de hablar o discutir el incidente	42																
			La importancia de apoyos	37																
		Cuál es su consejo para diseñar un "mundo perfecto" en el que se proporcione el mejor apoyo y orientación posibles cuando un miembro del equipo se ve afectado emocionalmente tras un incidente clínico?	Apoyos psicosociales	93																
			Necesidades del proceso	39																
			Necesidades de formación	17																
Venus, E., Galam, E., Aubert, J. P., Nougarede, M. (2012).	70	Qué podría haber ayudado a los internos a prevenir y afrontar con su error	Organización															15		
			Más equipo																2	
			Más tiempo																	4
			Más supervisión																	7
			Más horas de sueño																	2
			Discusión																	12
			Grupos Balint (Discusiones en grupo de compañeros)																	1
			Divulgación a los médicos superiores																	5
			Análisis de errores																	3
			Conversación con los compañeros de prácticas																	2
			Revelación al paciente																	1
			Más experiencia																	3
			Nada																	10
Gazoni, F., Amato, P., Malik, Z., Durieu	560	Porcentaje que consideró que el recurso sería útil en el futuro	Hablar con el personal de anestesia	98																
			Reunión informativa con todo el equipo del quirófano	89																
			Hablar con la familia del paciente	87																
			Hablar con el propio cónyuge/familia	88																

x, E. (2012).			Hablar con un consejero profesional	64												
			Morbilidad y mortalidad intradepartamental	81												
			Morbilidad y mortalidad interdepartamental	77												
			Reunión confidencial de garantía de calidad del hospital	75												
		Porcentaje que considera que el recurso debería ser un procedimiento operativo estándar	Hablar con el personal de anestesia	87,5												
			Reunión informativa con todo el equipo del quirófano	67,6												
			Hablar con la familia del paciente	63,2												
			Hablar con el propio cónyuge/familia	NA												
			Hablar con un consejero profesional	24,3												
			Morbilidad y mortalidad intradepartamental	56												
			Morbilidad y mortalidad interdepartamental	NA												
			Reunión confidencial de garantía de calidad del hospital	50,4												
			Dukhanin, V., Edrees, H., Connors, C., Kang, E., Norvel, I, M., Wu, A. (2018).	202	Características útiles de un programa de apoyo organizativo	Escuchó activamente "fue un oyente activo y estuvo disponible"	19									
Mostró compasión "simpatiza con mi situación y afirmó mis sentimientos"	16															
Informó o validó los sentimientos	17															
Reforzó que los acontecimientos forman parte de la profesión o el aprendizaje "que no estaba sola... es una curva de aprendizaje y lo que experimentamos como enfermeras sólo nos hará nos hace mejores enfermeras".	15															
Ofreció tranquilidad "que hicimos lo que pudimos dada la situación, que todos hicimos lo mejor que pudimos, que a veces los acontecimientos están fuera de nuestro control".	7															
Compartió experiencias similares "compartir experiencias similares ayudó/saber que la persona trabajaba en la misma profesión y que vio cosas similares a las que yo vi fue útil"	4															
Proponer soluciones al suceso actual o formas de prevenir acontecimientos similares en el futuro "Procesó abiertamente todos los sentimientos del personal y nos ayudó a desarrollar una comprensión de por qué y cómo ocurrió"	5															

			el suceso y las posibles banderas para la situación"													
			Proporcionó un espacio seguro y amigable para hablar "me ayudó a ordenar la secuencia de eventos para que pudiera aprender que mi actuación no podría no pudo cambiar el resultado de este paciente".	6												
			Proporcionó una oportunidad para procesar el acontecimiento "fuimos a desayunar y hablamos de lo sucedido y nos animamos mutuamente a expresar lo que sentían".	9												
Zhang , X., Li, Q., Guo, Y., Lee, S. Y. (2019).	267	Apoyo organizacional	Apoyo colega			2,47		± 0,54	1,1							
			Apoyo supervisor			2,29		± 0,67	1,5							
			Apoyo institucional			2,75		± 0,63	5,2							
			Apoyo no laboral relacionados con el trabajo			2,22		± 0,81	4,5							
Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H., Wu, A. W. (2016).	144	Buscaron apoyo o hablaron con alguien sobre el suceso		70,3					90							
			Si buscó apoyo, ¿con quién habló?													
			Colega de la unidad	32,5												
				Colega de otra unidad	11,3											
				Cónyuge/pareja	22,2											
				Amigo	18,2											
				Director/supervisor	11,3											
				Consejero	2											
				Capellán/clérigo	1,5											
				Gestor de riesgos/abogado	1											
		Personas preferidas para proporcionar apoyo	Grupo multidisciplinar de compañeros	68,7												
			Enfermero/a gestor/a	15,5												
			Atención pastoral	13,3												
			Consejero	1,7												
		Tipo de apoyo	Trabajo social	0,9												
			Apoyo individual	70,7												
		Plazo preferido para acceder al apoyo	Apoyo grupal	29,3												
Tan pronto como ocurrió el evento	12,7															
Unas horas después del suceso	25,4															
Un par de días después del suceso	48,2															
Una semana después del suceso	8,1															
Otros - Depende de la gravedad del suceso	3,6															
Otros - Cuando la segunda víctima se sintió cómoda para acceder al apoyo	2															

Mira, J., Lorenzo, S., Carrillo, I., Ferrus L., Perez Perez, P., Iglesias, F., Silvestre, C., Olivera, G., Zavala, E., Nuño Solini, R., Maderuelo Fernández, J., Vitalle, J., Astier, P. (2015)	406	Intervenciones para prevenir el impacto de los eventos adversos en las segundas y terceras víctimas	Se realizan estudios periódicos para evaluar los conocimientos, las actitudes y los comportamientos relacionados con la seguridad del paciente (cultura de la seguridad) entre el personal (incluido el equipo directivo).							0		0,1	0,6		
			Nuestro sistema de notificación está organizado de tal manera que NO es posible identificar a los profesionales que han estado involucrados en incidentes o EA para proteger su posición legal.								3			1,6	6,3
			Se ha desarrollado un plan de crisis que establece qué hacer en caso de un grave EA grave en uno o más pacientes.									0		0,2	0,8
			Contamos con un protocolo para decidir quién debe comunicar a los pacientes (o a sus familiares) que se ha producido un que se ha producido un EA y qué, cuándo y cómo se les debe comunicar.									1		0,2	1
			Los pacientes que han sufrido un EA grave (o sus familiares) tienen una persona de contacto identificada como persona de contacto y método de comunicación, en los días posteriores al incidente, para orientarlos y responder a sus preguntas.									0		0,2	0,9
			Los profesionales de la salud que han estado involucrados en un EA grave tienen acceso a un profesional especializado de su propia organización para recibir apoyo y como persona de contacto con quien compartir su experiencia para hacer frente a sus sentimientos de estrés y la pérdida de confianza en su criterio profesional, para reducir el impacto del EA en ellos como segundas víctimas.									4		1,4	9,4
			Se anima y se recomienda sistemáticamente a los profesionales implicados en EA graves se les anima y se les recomienda sistemáticamente que hablen con sus compañeros y otros colegas para analizar lo ocurrido y aliviar la presión que sienten.									1		0,2	0,9

			Contamos con un plan de comunicación que garantiza que, en los meses posteriores a la noticia de los errores médicos en la organización, se transmite información positiva sobre los mismos, se difunde información positiva sobre nuestra labor asistencial para ayudar a crear confianza en la organización y su personal.							3		1,2	5,2
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	-----	-----

Fuente: Elaboración propia.

11. Discusión

Frente a las características sociodemográficas de las segundas víctimas evaluadas en los diferentes artículos se ha encontrado, que afecta a profesionales de la salud tanto de género femenino o masculino en edad aprox. de 25 a 45 años en cualquier edad, es evidente que entre mayor es el tiempo de experiencia también es más la cantidad de eventos adversos a lo largo de su trayectoria profesional. Frente a la profesión las enfermeras presentan más casos de eventos adversos, sin embargo son los médicos en quienes más se presenta más daños graves en los pacientes tras el evento adverso. Así mismo, se encontró que los impactos generados en los profesionales de la salud son de tipo psicológico y emocional, lo cual se relaciona con el grado de severidad del incidente, afectando notablemente su desempeño laboral en la atención al paciente, a tal punto de no asistir a su trabajo, cambiar de sede o abandonar su profesión, esta problemática, afecta al profesional convirtiéndolo en segunda víctima. Tras el evento adverso y con él, la segunda víctima, ha hecho que se desarrollen desde las instituciones estrategias de apoyo, pero muchos profesionales manifiestan que el diálogo con sus pares y/o familiares ayuda más a minimizar esta situación, ya que en algunos casos el apoyo de las organizaciones no es efectivo, por tal motivo, las segundas víctimas manifiestan su interés en participar en grupos de apoyo y recibir información en cómo enfrentar un evento adverso, siendo asesorado por un psicólogo y/o profesional (Salazar, et al., 2020; Aranaz et al., 2013; Dukhanin et al., 2018; Rinaldi et al., 2016; Brunelli et al., 2021; Kerkman et al., 2019; Han et al., 2017).

En tal sentido, en varios estudios se encuentra que los profesionales sanitarios que han sufrido eventos adversos o PSI con consecuencias graves, el impacto

psicológico y emocional para el profesional han sido mayor (Vanhaecht et al., 2019; van Gerven, Bruyneel, et al., 2016; McLennan et al., 2015).

Así mismo, dentro de las patologías de mayor frecuencia que las segundas víctimas pueden presentar se encuentran stress, ansiedad, miedo, culpa, trastornos del sueño y recuerdos repetitivos (Mira, Carrillo, et al., 2015; Salazar et al., 2020; Kobe et al., 2019; Pyo et al., 2020).

También, se encuentra que la gran mayoría de los profesionales de la salud en algún momento de su vida laboral, han estado involucrados en un evento adverso, por lo tanto, han sido segundas víctimas (Aranaz et al., 2013; Harrison et al., 2019; Venus et al., 2012;

Igualmente, se evidencia que las segundas víctimas presentan miedo a dañar su reputación, en muchos casos desarrollan insatisfacción laboral que afecta su desempeño (Harrison et al., 2014; McLennan et al., 2015).

Por otra parte, tras el evento adverso ocurrido para los profesionales, es muy eficaz hablar y/o discutir cuestiones emocionales, éticas y el apoyo de los compañeros y familiares (Strametz et al., 2021; Kerkman et al., 2019).

De la misma forma, frente a la respuesta no punitiva al error del personal de salud, hay una reducción en la angustia psicológica, física y profesional de este, cuando no son juzgados por su empleador o colegas (Quillivan et al., 2016).

En contraposición, la mayoría de los estudios revisados se encontró que las segundas víctimas no sintieron mayor apoyo en los compañeros del área o de la institución (Brunelli et al., 2021; Van Slambrouck et al., 2021). Por otra parte, frente al

impacto a nivel laboral tras ser segunda víctima, ocasiona deseo de querer dejar su trabajo (Burlison et al., 2017; Salazar et al., 2020; Martens et al., 2016).

Dentro de las limitaciones encontradas en esta revisión, se observó que la mayoría de los estudios eran de tipo cualitativo o descriptivo, no se encontraron suficientes estudios analíticos que establecieran los factores asociados a este fenómeno; de igual manera, se hallaron pocas investigaciones realizadas en Latinoamérica, en su mayoría estas corresponden a la Unión Europea y Norteamérica.

En esta medida es importante que tras investigaciones que se emprendan se interiorice y adapte el término de la segunda víctima en la salud, de forma que contribuya al fortalecimiento de los programas de seguridad del paciente y se establezcan estrategias óptimas de apoyo por parte de las instituciones a los profesionales tras un evento adverso, de forma que se minimice el impacto psicológico y por ende laboral, donde el profesional reciba un acompañamiento constante.

Finalmente es necesario promover investigaciones referentes al tema de estudio en Latinoamérica y especialmente en Colombia, para así evaluar y comparar dichos resultados con los de diferentes países y de acuerdo a su efectividad, puedan ser implementados y así fortalecer los programas de seguridad del paciente, estableciendo estrategias de apoyo a las segundas víctimas en nuestro continente.

12 conclusiones

-Dentro de las características sociodemográficas encontradas se observa un amplio rango en las variables analizadas, en la revisión se evidencia que los eventos adversos, pueden presentarse en cualquier momento de la atención al paciente, sin discriminar edad, sexo, experiencia laboral o profesión como tal del trabajador de la salud, es decir que la experticia del profesional no garantiza que no se llegue a presentar un evento adverso, sin importar la unidad de atención (especialidad) ya sea privada o pública.

-La ocurrencia de convertirse en segunda víctima es variable, no se presenta un estándar definido, teniendo en cuenta que para algunos profesionales de la salud el hecho de que presente un evento adverso o incidente en la seguridad del paciente durante la historia de su carrera no es estable. Así mismo las segundas víctimas se pueden presentar, así hayan experimentado un incidente, no solo de forma directa sino también indirecta.

-Es innegable que la ocurrencia de un evento adverso en los profesionales de la salud genera un gran impacto psicológico y emocional, dentro de los más frecuentes se encuentran: ansiedad, culpa y los recuerdos repetitivos manifestándose también físicamente, como la alteración del sueño y cansancio, los cuales afectan su vida personal y familiar. Es notable que la severidad del daño causado al paciente es directamente proporcional al impacto que se genera en la segunda víctima, es decir, aquellos eventos adversos que son graves (como eventos centinelas, donde muere el paciente) son los

que generan más impacto psicológico, emocional, físico y laboral en el profesional de la salud, convirtiéndose este en la segunda víctima, por tanto se requiere la implementación de medidas específicas para este tipo de eventos, que puedan incluso consistir en retirar a la persona del servicio y dar acompañamiento psicológico o auxilio emocionales con la mayor prontitud.

-Las segundas víctimas se ven afectadas a nivel profesional, a tal punto de perder la confianza en sí mismos lo cual afecta su desenvolvimiento laboral al sentirse insatisfecho, en algunos casos, es tan fuerte el impacto que el profesional solicita traslado de lugar de trabajo, reubicación laboral, ausentismo y en el peor de los casos cambio de profesión, pues temen indudablemente por su reputación laboral.

-Los profesionales de salud al tener un incidente de seguridad del paciente, evidencian mayor apoyo por parte de sus colegas y pares que de las mismas instituciones, el hablar sobre el suceso con sus compañeros de trabajo o familiares, permite sobrellevar el impacto causado por el evento adverso. Así mismo se identifica la necesidad de intervenir inmediatamente en casos de crisis y dar la oportunidad de aportar ideas para prevenir sucesos similares en el futuro; además de buscar reparar el daño que han sufrido sus pacientes; para que estas estrategias sean efectivas de acuerdo a los diferentes estudios, se sugiere tener la posibilidad de que el profesional este un lugar tranquilo, específico para recuperarse y recomponerse después de un evento adverso grave. Esto como apoyo psicosocial para mitigar los impactos psicológicos, emocionales y profesionales de la segunda víctima.

13 Referencias

- Aranaz-Andrés, J. M., Aibar-Remón, C., Limón-Ramírez, R., Amarilla, A., Restrepo, F. R., Urroz, O., Sarabia, O., García-Corcuera, L. v., Terol-García, E., Agra-Varela, Y., Gonseth-García, J., Bates, D. W., & Larizgoitia, I. (2011a). Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: Results of the “Iberoamerican study of adverse events” (IBEAS). *BMJ Quality and Safety*, 20(12), 1043–1051. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2011.051284>
- Aranaz-Andrés, J. M., Aibar-Remón, C., Limón-Ramírez, R., Amarilla, A., Restrepo, F. R., Urroz, O., Sarabia, O., Inga, R., Santivañez, A., Gonseth-García, J., Larizgoitia-Jauregui, I., Agra-Varela, Y., & Terol-García, E. (2011b). IBEAS design: Adverse events prevalence in Latin American hospitals. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(3), 194–200. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.12.001>
- Aranaz, J. M., Mira, J. J., Guilabert, M., Herrero, J. F., Vitaller, J., Pérez-Jover, M. V., Soler, I. M. N., Dols, J. M., Alonso, Á., Sangregorio, C., de Larramendi, C. H., Mingote, C., Morón, J., Pardo, A., Bartolomé, E., Colomer, A., Casal, J., Fernández, M., González, I. C., ... Gutiérrez, I. (2013). Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma (Spain)*, 24(1).
- Blanco-Vargas, C. (2019). ¿Cómo puede verse afectado el personal de salud ante un error en la atención al sujeto de cuidado, que conlleve a la generación de un evento adverso centinela? *MedUNAB*, 21(3). <https://doi.org/10.29375/01237047.3585>
- Brunelli, M. V., Estrada, S., & Celano, C. (2021). Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of a Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *Journal of Patient Safety*, 17(8). <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000497>
- Burlison, J. D., Scott, S. D., Browne, E. K., Thompson, S. G., & Hoffman, J. M. (2017). The second victim experience and support tool: Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *Journal of Patient Safety*, 13(2). <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000129>
- Carvajal, M. (2017). *IMPACTO DE EVENTOS ADVERSOS EN EL PROFESIONAL SANITARIO “SEGUNDAS VÍCTIMAS.”* Universidad de Navarra.
- Choi, E. Y., Pyo, J., Lee, W., Jang, S. G., Park, Y. K., Ock, M., & Lee, S. il. (2020). Nurses’ experiences of patient safety incidents in Korea: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037741>
- Contreras, L. M., Clavijo, C., & Bula Romero, J. (2017). Factores asociados al no reporte de eventos adversos en servicios de apoyo diagnóstico 2010-2015. *Revista Avances En Salud*. <https://doi.org/10.21897/25394622.1202>
- Delgado, M., Cruz, M., (2020). Seguridad del paciente en Medicina Intensiva. Aspectos bioéticos. *Revista de Bioética y Derecho*, (48), 61-79. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100005
- Dukhanin, V., Edrees, H. H., Connors, C. A., Kang, E., Norvell, M., & Wu, A. W. (2018). Case: A Second Victim Support Program in Pediatrics: Successes and Challenges to Implementation. *Journal of Pediatric Nursing*, 41. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.011>

- Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H., & Wu, A. W. (2016). Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: A case study. *BMJ Open*, 6(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>
- Finney, R. E., Torbenson, V. E., Riggan, K. A., Weaver, A. L., Long, M. E., Allyse, M. A., & Rivera-Chiauzzi, E. Y. (2021). Second victim experiences of nurses in obstetrics and gynaecology: A Second Victim Experience and Support Tool Survey. *Journal of Nursing Management*, 29(4). <https://doi.org/10.1111/jonm.13198>
- García Casanova, Y., Nader Díaz, S., & Marulanda Pérez, A. (2014). La seguridad del paciente como paradigma de la excelencia del cuidado en los servicios de salud. In *Revista Cubana de Enfermería* (Vol. 30, Issue 1).
- Gazoni, F. M., Amato, P. E., Malik, Z. M., & Durieux, M. E. (2012). The impact of perioperative catastrophes on anesthesiologists: Results of a national survey. In *Anesthesia and Analgesia* (Vol. 114, Issue 3). <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e318227524e>
- Gupta, K., Lisker, S., Rivadeneira, N. A., Mangurian, C., Linos, E., & Sarkar, U. (2019). Decisions and repercussions of second victim experiences for mothers in medicine (SAVE DR MoM). *BMJ Quality and Safety*, 28(7). <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008372>
- Han, K., Bohnen, J. D., Peponis, T., Martinez, M., Nandan, A., Yeh, D. D., Lee, J., Demoya, M., Velmahos, G., & Kaafarani, H. M. A. (2017). The Surgeon as the Second Victim? Results of the Boston Intraoperative Adverse Events Surgeons' Attitude (BISA) Study. *Journal of the American College of Surgeons*, 224(6). <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.12.039>
- Harrison, R., Lawton, R., Perlo, J., Gardner, P., Armitage, G., & Shapiro, J. (2015). Emotion and Coping in the Aftermath of Medical Error: A Cross-Country Exploration. *Journal of Patient Safety*, 11(1). <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182979b6f>
- Harrison, R., Lawton, R., & Stewart, K. (2014). Doctors' experiences of adverse events in secondary care: The professional and personal impact. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*, 14(6). <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-6-585>
- Harrison, R., Sharma, A., Walton, M., Esguerra, E., Onobrakpor, S., Nghia, B. T., & Chinh, N. D. (2019). Responding to adverse patient safety events in Viet Nam. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4518-y>
- Jiménez Yazmin, E., Alayola Sansores, A., Mancebo Hernández, A., & Campos Castolo, M. (2018). Eventos adversos y burnout en profesionales de una clínica de atención primaria. In *Revista CONAMED, ISSN-e 1405-6704, Vol. 23, Nº. 2, 2018, págs. 66-72* (Vol. 23, Issue 2).
- Joesten, L., Cipparrone, N., Susan Okuno-Jones, P., & DuBose, E. R. (2015). *Assessing the Perceived Level of Institutional Support for the Second Victim After a Patient Safety Event*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/aas.12517>
- Kappes, M., Romero-García, M., & Delgado-Hito, P. (2021). Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review. In *International Nursing Review* (Vol. 68, Issue 4). <https://doi.org/10.1111/inr.12694>
- Kerkman, T., Dijksman, L. M., Baas, M. A. M., Evers, R., van Pampus, M. G., & Stramrood, C. A. I. (2019). Traumatic Experiences and the Midwifery Profession: A Cross-Sectional Study Among Dutch Midwives. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 64(4). <https://doi.org/10.1111/jmwh.12946>

- Knudsen, T., Abrahamsen, C., Jørgensen, J. S., & Schrøder, K. (2021). Validation of the Danish version of the Second Victim Experience and Support Tool. *Scandinavian Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1177/14034948211004801>
- Kobe, C., Blouin, S., Moltzan, C., & Koul, R. (2019). The Second Victim Phenomenon: Perspective of Canadian Radiation Therapists. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 50(1). <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2018.07.004>
- Krzan, KD, Merandi, J., Morvay, S. y Mirtallo, J. (2015). Implementación de un programa de “segunda víctima” en un hospital pediátrico. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 72 (7), 563-567.
- Magaldi, M., Perdomo, J. M., López-Baamonde, M., Chanzá, M., Sanchez, D., & Gomar, C. (2021). El fenómeno de segunda víctima en un área quirúrgica: Encuesta online. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.11.009>
- Marcos, M. (2017) Estudio del impacto que los eventos adversos tienen en los profesionales sanitarios (segundas víctimas), valorado a través de la percepción de directivos y coordinadores de calidad.(Tesis doctoral)Universidad de Zaragoza.
- Martens, J., van Gerven, E., Lannoy, K., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., de Hert, M., & Vanhaecht, K. (2016). Serious reportable events within the inpatient mental health care: Impact on physicians and nurses. *Revista de Calidad Asistencial*, 31. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.004>
- McLennan, S. R., Engel-Glatzer, S., Meyer, A. H., Schwappach, D. L. B., Scheidegger, D. H., & Elger, B. S. (2015). The impact of medical errors on Swiss anaesthesiologists: A cross-sectional survey. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 59(8). <https://doi.org/10.1111/aas.12517>
- Ministerio de Salud y Protección social (2016). Resolución 256 Bogotá D.C. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (2008). Lineamientos Para La Implementación de la Seguridad del Paciente en la República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%203%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Resolución 2082 Bogotá D.C. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n%202427%20de%202014.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015) Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica Buenas Prácticas para la seguridad del Paciente en la atención en salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-estrategia-de-comunicacion.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Prevenir el cansancio en el personal de la salud. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica Buenas Prácticas para la seguridad del Paciente en la atención en salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Prevenir-el-cansancio-personal-salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Seguridad del paciente y la atención segura. Guía Técnica Buenas Prácticas para la seguridad del Paciente en la atención en salud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

- Mira, J. J., & Lorenzo, S. (2016). Las segundas víctimas de los incidentes para la seguridad de los pacientes Second victims of safety patient incidents. *Rev Calid Asist*, 31(S2).
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Carrillo, I., Ferrús, L., Pérez-Pérez, P., Iglesias, F., Silvestre, C., Olivera, G., Zavala, E., Nuño-Solinís, R., Maderuelo-Fernández, J. Á., Vitaller, J., & Astier, P. (2015). Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Services Research*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0994-x>
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Carrillo, I., Ferrús, L., Silvestre, C., Astier, P., Iglesias-Alonso, F., Maderuelo, J. A., Pérez-Pérez, P., Torijano, M. L., Zavala, E., Scott, S. D., Aibar, C., Anglès, R., Aranaz, J., Bonilla, A., Bustinduy, A. J., Crespillo, C., Fidel, S. G., ... Vitaller, J. (2017). Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations. In *International Journal for Quality in Health Care* (Vol. 29, Issue 4). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx056>
- Mira, J. J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P., Olivera, G., Iglesias, F., Zavala, E., Maderuelo-Fernández, J. Á., Vitaller, J., Nuño-Solinís, R., & Astier, P. (2015). The aftermath of adverse events in spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Services Research*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7>
- Mohamadi-Bolbanabad, A., Moradi, G., Piroozi, B., Safari, H., Asadi, H., Nasser, K., Mohammadi, H., & Afkhamzadeh, A. (2019). The second victims' experience and related factors among medical staff. *International Journal of Workplace Health Management*, 12(3). <https://doi.org/10.1108/IJWHM-07-2018-0087>
- O'Beirne, M., Sterling, P., Palacios-Derflingher, L., Hohman, S., & Zwicker, K. (2012). Emotional impact of patient safety incidents on family physicians and their office staff. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(2). <https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.02.110166>
- Organización Mundial de la salud (2022). Mejorar la salud para todos, en todas partes. <https://www.who.int/es/about>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. In *The BMJ* (Vol. 372). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Panella, M., Rinaldi, C., Leigheb, F., Donnarumma, C., Kul, S., Vanhaecht, K., & di Stanislao, F. (2016). The determinants of defensive medicine in Italian hospitals: The impact of being a second victim. *Revista de Calidad Asistencial*, 31. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.010>
- Parra, D. /, Camargo, F., & Rey, R. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enfermería Global*, Vol. 11(4). <https://doi.org/10.6018/eglobal.11.4.150551>
- Pérez, C. D., Fuentes, P. S., & García, E. J. (2019). Abordaje de los errores asistenciales: protocolo de intervención para profesionales de enfermería. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 53.

- Pinto, A., Faiz, O., Bicknell, C., & Vincent, C. (2014). Acute traumatic stress among surgeons after major surgical complications. *American Journal of Surgery*, 208(4). <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.06.018>
- Pyo, J., Choi, E. Y., Lee, W., Jang, S. G., Park, Y. K., Ock, M., & Lee, S. il. (2020). Physicians' difficulties due to patient safety incidents in Korea: A cross-sectional study. *Journal of Korean Medical Science*, 35(17). <https://doi.org/10.3346/JKMS.2020.35.E118>
- Quillivan, R. R., Burlison, J. D., Browne, E. K., Scott, S. D., & Hoffman, J. M. (2016). Patient safety culture and the second victim phenomenon: Connecting culture to staff distress in nurses. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 42(8). [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(16\)42053-2](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(16)42053-2)
- Rando, K., Vega, J., Castelli, J., Zunini, G., & Baptista, W. (2017). Seguridad en anestesia: error en la administración de fármacos LASA. *Anestesia Analgesia Reanimación*, 30(1).
- Rinaldi, C., Leigheb, F., Vanhaecht, K., Donnarumma, C., & Panella, M. (2016). Becoming a "second victim" in health care: Pathway of recovery after adverse event. *Revista de Calidad Asistencial*, 31. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.05.001>
- Rodríguez Rodríguez, T., Fonseca Fernández, M., Valladares González, A. M., Magda, L., & Angulo, L. (2020). Protocolo de actuación psicológica ante la COVID-19 en centros asistenciales. Cienfuegos. Cuba Protocol of psychological intervention facing COVID-19 in healthcare centers. Cienfuegos. Cuba. *Medisur*, 18(3).
- Rodriguez, J., & Scott, S. D. (2018). When Clinicians Drop Out and Start Over after Adverse Events. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(3). <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.08.008>
- Salazar, C., Vidal, M., Mena, S., Aedo, D., Veliz, J., Farfan, F., Solis, I., & Sakurada, A. (2020). *Segundas víctimas : Diagnostico de la situacion en el personal de salud ante un evento adverso en un hospital universitario chileno*. <https://fspchile.cl/index.php/revista/issue/view/13/80>
- Seys, D., Scott, S., Wu, A., van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Conway, J., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2013a). Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 50, Issue 5). <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006>
- Seys, D., Wu, A. W., Gerven, E. van, Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Scott, S. D., Conway, J., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2013b). Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review. In *Evaluation and the Health Professions* (Vol. 36, Issue 2). <https://doi.org/10.1177/0163278712458918>
- Strametz, R., Koch, P., Vogelgesang, A., Burbridge, A., Rösner, H., Abloescher, M., Huf, W., Ettl, B., & Raspe, M. (2021). Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey). *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12995-021-00300-8>
- Strametz, R., Raspe, M., Ettl, B., Huf, W., & Pitz, A. (2020). Recommended actions: Reinforcing clinicians' resilience and supporting second victims during the COVID-19 pandemic to maintain capacity in the healthcare system. *Zentralblatt Fur Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz Und Ergonomie*, 70(6). <https://doi.org/10.1007/s40664-020-00405-7>
- Torijano-Casalengua, M. L., Astier-Peña, P., & Mira-Solves, J. J. (2016). El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Atención Primaria*, 48(3). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.002>

- Ullström, S., Sachs, M. A., Hansson, J., Øvretveit, J., & Brommels, M. (2014). Suffering in silence: A qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Quality and Safety*, 23(4). <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002035>
- van Gerven, E., Bruyneel, L., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2016). Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. *BMJ Open*, 6, 11403. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016>
- van Gerven, E., Elst, T. vander, Vandebroek, S., Dierickx, S., Euwema, M., Sermeus, W., de Witte, H., Godderis, L., & Vanhaecht, K. (2016). Increased Risk of Burnout for Physicians and Nurses Involved in a Patient Safety Incident. www.lww-medicalcare.com
- van Slambrouck, L., Verschueren, R., Seys, D., Bruyneel, L., Panella, M., & Vanhaecht, K. (2021). Second victims among baccalaureate nursing students in the aftermath of a patient safety incident: An exploratory cross-sectional study. *Journal of Professional Nursing*, 37(4), 765–770. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.04.010>
- Vanhaecht, K., Seys, D., Schouten, L., Bruyneel, L., Coeckelberghs, E., Panella, M., & Zeeman, G. (2019). Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: A cross-sectional study in the Netherlands. *BMJ Open*, 9(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029923>
- Venus, E., Galam, E., Aubert, J. P., & Nougairède, M. (2012). Medical errors reported by French general practitioners in training: Results of a survey and individual interviews. *BMJ Quality and Safety*, 21(4), 279–286. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000359>
- Winning, A. M., Merandi, J. M., Lewe, D., Stepney, L. M. C., Liao, N. N., Fortney, C. A., & Gerhardt, C. A. (2018). The emotional impact of errors or adverse events on healthcare providers in the NICU: The protective role of coworker support. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 172–180. <https://doi.org/10.1111/jan.13403>
- Yan, L., Tan, J., Chen, H., Yao, L., Li, Y., Zhao, Q., & Xiao, M. (2021). Experience and support of Chinese healthcare professionals as second victims of patient safety incidents: A cross-sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care*. <https://doi.org/10.1111/ppc.12843>
- Zárate-Grajales, R. A., Salcedo-Álvarez, R. A., Olvera-Arreola, S. S., Hernández-Corral, S., Barrientos-Sánchez, J., Pérez-López, M. T., Sánchez-Ángeles, S., Dávalos-Alcázar, A. G., Campuzano-Lujano, G., & Terrazas-Ruíz, C. I. (2017). Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería Universitaria*, 14(4), 277–285. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>
- Zhang, X., Li, Q., Guo, Y., & Lee, S. Y. (2019). From organisational support to second victim-related distress: Role of patient safety culture. *Journal of Nursing Management*, 27(8), 1818–1825. <https://doi.org/10.1111/jonm.12881>