



SEGUNDAS VÍCTIMAS: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN EN EL PERSONAL DE SALUD ANTE UN EVENTO ADVERSO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO CHILENO.

**Carolina Salazar C.(1), Mario Vidal C.(1), Sandra Mena V.(1), Daniela Aedo M.(1), Jonathan Véliz U.(4),
Fernanda Farfán C.(2), Iván Solís O.(3) , Andrea Sakurada Z.(1, 3)**

(1)Dirección de Calidad, (2)Departamento de Comunicaciones, (3)Departamento de Medicina Norte Facultad de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile.
(4) Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile.

Autor correspondiente:

Dra. Andrea Sakurada Zamora

Dirección de Calidad
Hospital Clínico Universidad de Chile
Carlos Lorca Tobar 999, Santiago, Chile

asakurada@hcuch.cl



RESUMEN

Las segundas víctimas corresponden a personal clínico que ha tenido participación en la ocurrencia de un evento adverso, y muchas veces quedan traumatizadas ante estas situaciones. Abundante literatura evidencia que debe existir una preocupación de la propia institución involucrada para su correcto manejo y prevenir sus consecuencias. **Objetivo:** describir la realidad de las segundas víctimas en un hospital universitario chileno. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, cuali-cuantitativo, retrospectivo, transversal y aleatorizado, desarrollado en el hospital clínico de la Universidad de Chile ubicado en la comuna de Independencia, en Santiago de Chile, establecimiento docente de alta complejidad que cuenta con 495 camas. Se revisó literatura y adaptó una encuesta para segundas víctimas a la realidad local, aplicada por servicios y estamentos, según muestra aleatorizada y estratificada. **Resultados:** Se

encuestaron 191 personas, 66% sexo femenino, 56% en grupo etáreo de 31-50 años. Más del 50% pensó que el evento adverso (EA) es atribuible a la propia persona; 80% reconoció no tener formación para informar la ocurrencia de un EA, alrededor del 50% señaló conocer el sistema de notificación de EA, cerca de 90% creyó que existió baja o media probabilidad de ocurrencia de un EA en un tiempo cercano, 58% manifestó interés en participar de grupos de apoyo a segundas víctimas. **Discusión:** Los resultados mostraron percepción del personal de salud ante los eventos adversos en la institución. La mayoría consideró que es una situación individual y no institucional; que informar un evento adverso expone a los funcionarios a un reclamo, y que no se contaba con las competencias para entregar información a los pacientes o familiares. Nuestro equipo de trabajo consideró necesario crear un grupo multidisciplinario de apoyo al personal afectado por un EA; la institución debe prevenir y gestionar es-



tos eventos y promover la atención de su personal de salud involucrado.

Palabras Claves: Adverse events (Evento adverso), Second victims (Segunda víctima), Medical error (error médico).

Second victims: Diagnosis of the situation of Health personnel in the face of an adverse event in a Chilean university hospital.

Second victims are clinical personnel who have participated in the occurrence of an adverse event (AE), and sometimes not adequately supported. Literature evidence the institution involved must be concerned in its correct management and to prevent its consequences. Objective: To describe the reality of the second victims in a Chilean university hospital. Material and Methods: Descriptive, quantitative, retrospective, cross-sectional, randomized study, developed in a 495-bed, high-complex academic urban hospital in Santiago de Chile. The literature was reviewed and a survey for second victims was adapted to the local reality and applied according to a randomized and stratified sample. Results: 191 people were surveyed, 66% female, 56% in the age group of 31-50 years. More than 50% think that AE is attributable to the person; 80% reports not having the training to inform the occurrence of an AE, about 90% believe that there is a low or medium probability of an AE occurring in near time, 58 % expressed interest in participating in support groups for second victims. Discussion: Our results evidence the perception of health personnel regarding adverse events. Most consider it an individual and not an institutional issue; that reporting an adverse event exposes healthcare personnel to a complaint, and that they do not have the competencies to share

information about AE with patients or family members. We consider to create a multidisciplinary group relevant, to support staff affected by an AE; the institution must prevent and manage these events and promote the care of its involved health personnel.

INTRODUCCIÓN

Los errores médicos han sido una causa importante de morbimortalidad en el mundo y dentro de las estadísticas internacionales, los errores médicos han sido causantes de alrededor de 98.000 muertes de pacientes al año en Estados Unidos (1). En Nueva Zelanda y Canadá aproximadamente el 10% de los pacientes hospitalizados han tenido alguna consecuencia derivada de errores médicos (1). En un estudio de Carrillo et al, en 2016(2), en España, se estimó que un 15% de los profesionales se verán involucrados en un evento adverso (EA) grave al año (Anexo 1). Entre el 28-57% de los médicos reconoció haber cometido un error con graves consecuencias, y el 90% de los profesionales de la salud ha pensado que no se entrega apoyo suficiente al involucrado en un evento adverso con consecuencias.

Las segundas víctimas han sido definidas como aquellos profesionales de salud implicados en un evento adverso, error médico y/o una lesión no esperada relacionada con el paciente, que han quedado marcados por esa experiencia o no han sido capaces de afrontar emocionalmente esta situación (3).

A la fecha, en Chile no se han encontrado estudios publicados respecto a la realidad de nuestro país en el tema, ni programas formales que apoyen a las segundas víctimas (SV), por lo que se decidió realizar una revisión de bi-



biografía disponible, respecto de experiencias locales e internacionales.

El objetivo del presente trabajo fue conocer la realidad actual de los colaboradores afectados como segundas víctimas en la institución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Corresponde a un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, aleatorizado, el que se desarrolló en cuatro etapas, a saber:

Conformación del equipo, revisión de literatura y construcción del instrumento. Un equipo inicial de trabajo conformado por cinco profesionales de la Dirección de Calidad y uno de Clínica Psiquiátrica, integrado por médicos, enfermeras y tecnólogo médico, estuvo a cargo de la revisión de la literatura. Se adaptó la encuesta elaborada y validada por el Proyecto

de investigación de segundas y terceras víctimas, en España, que, por el idioma, resultó de más fácil adaptación a nuestro medio; constó de 9 ítems, cada uno de ellos subdividido, 51 preguntas totales, con alternativas

Estudio piloto: Se aplicó una encuesta piloto en un grupo de doce personas para hacer los ajustes necesarios, para ello la encuesta original se adaptó a un total de 47 preguntas formuladas en una escala de Likert o en afirmación/negación, divididas en 9 ítems. Se entregó un formulario en papel, que debía ser contestado por el encuestado anónimamente.

Aleatorización y aplicación de encuesta: Se realizó un muestreo aleatorizado y estratificado por servicios y estamentos a partir de la base de datos oficial de la sección de Recursos Humanos del Hospital. El tamaño muestral fue calculado con un 10% de error. Se invitó



a responder la encuesta a 191 funcionarios clínicos, lo que según diseño correspondió a 62 médicos, 3 odontólogos, 20 enfermeras, 4 matronas, 7 kinesiólogos, 2 fonoaudiólogos, 2 químicos farmacéuticos, 1 bioquímico, 2 terapeutas ocupacionales, 7 tecnólogos médicos, 2 nutricionistas, 5 psicólogos, 56 técnicos paramédicos, 18 auxiliares de servicio. Todos, de acuerdo a diseño, aceptaron participar (100%). La encuesta se aplicó entre los meses de mayo y junio 2018.

Análisis de Resultados: Presentación de resultados de encuesta en tablas de frecuencia, y porcentajes.

RESULTADOS

Respondieron 191 personas; el 100% contestó la encuesta entregada. Se observó un mayor porcentaje de participación de mujeres (66%). El 56% de los participantes correspondió en un grupo etéreo entre 31 a 50 años. El 83,7% llevaba más de 3 años en la institución (Tabla 1). El detalle de las preguntas se puede ver en el Anexo 2. El primer grupo de preguntas (ítem I) se relacionaba con aspectos de la experiencia personal ante EA. El 90% de los entrevistados consideró que los EA son evitables. Más del 50% señaló que los errores son atribuibles a las personas y no a la organización/sistema. El 80% dijo que no ha recibido formación sobre cómo informar a un paciente que ha sufrido un EA. Un alto porcentaje de entrevistados (75%), consideró que se analizan los eventos y sus causas en la institución, pero menos del 50% de los entrevistados indicó tener conocimiento de la existencia de un sistema de notificación de incidentes y EA. El 70% de los entrevistados señaló que existe una reacción negativa del paciente hacia los funcionarios que lo atienden,

al informar la ocurrencia de un evento adverso. De los entrevistados, el 45% respondió que el funcionario involucrado contaba con apoyo del propio equipo, sin embargo solo 5% de los entrevistados refirió que los afectados recibían apoyo psicológico.

Respecto a la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso en el Hospital y/o su respectivo servicio (ítem II), el 81.6% de los funcionarios consideró que existía una baja o media probabilidad que en los próximos 12 meses se presente un EA con consecuencias graves en el hospital. Cuando se preguntó esta probabilidad de ocurrencia de un EA con consecuencias graves en su propio servicio, el porcentaje no varió significativamente (81.2%).

Respecto al manejo de la situación posterior a la ocurrencia del EA (ítem III), poco más del 50% de los entrevistados respondió que se le informa al paciente o su familia del EA. Sobre el 50% de los entrevistados respondió que existía una alta probabilidad de que el colaborador involucrado tuviese miedo de afrontar las consecuencias por la ocurrencia de un EA, y que éste temiese perder su prestigio profesional por la ocurrencia de éste.

Respecto a la descripción de la experiencia personal de los entrevistados ante un EA (ítem IV), más del 80% de los funcionarios entrevistados refirieron haber conocido casos de casi error en la institución, y el 56.5% señaló que ha conocido casos de EA con consecuencias graves. Más del 60% señaló conocer colaboradores que estuvieron muy comprometidos emocionalmente debido a un EA, y el 40% indica que conoció casos de colegas que han tenido problemas laborales a causa de un EA. De los entrevistados, sólo el 29.3% dijo haber tenido

la experiencia de informar la ocurrencia de un EA a un paciente.

Respecto a las consecuencias que implica entregar información fidedigna al paciente post EA (ítem V), más del 57% de los encuestados señaló que el paciente aceptó inicialmente las explicaciones entregadas ante la ocurrencia de un EA. Un 20% refirió que, a consecuencia de informar un EA, empeoraron las relaciones con el paciente. De acuerdo a lo manifestado por los encuestados, el paciente y/o su familia, presentaron en un 44% un reclamo después de haberle informado de la ocurrencia de un EA. Solo un 17.3% de los pacientes habría presentado una conducta agresiva, después de haber sido informado de la ocurrencia de un EA.

Respecto a los síntomas experimentados por aquellos colaboradores expuestos a la ocurrencia de un EA (ítem VI), entre el 42-55% de los entrevistados refirieron haber observado alguna vez alguno de los síntomas señalados en algún colaborador o colega que estuvo involucrado en un EA. Los más frecuentes fueron sentimientos de culpa, cansancio, y revivir el suceso una y otra vez. Aquellos síntomas emocionales que no estaban relacionados directamente con su labor (1 al 6), son los que resultaron más visibles para el resto de los compañeros.

Respecto a las eventuales consecuencias laborales que conlleva un EA (ítem VII), si bien los porcentajes no son altos, se reconoció que el involucrado en el EA necesitó licencia médica (26%), traslado de servicio (15.7%) e incluso llegó a abandonar su trabajo (4.2%), aspectos que se deberían considerar en el manejo de las segundas víctimas.



Respecto al interés que despertó en los encuestados el tema del manejo de segundas víctimas (ítem VIII), sobre el 90% de los encuestados manifestó su interés en recibir formación para afrontar consecuencias de los EA en funcionarios, así como para informar a un paciente de la ocurrencia de un EA. Más del 58% de los participantes en la encuesta refirieron su interés por participar en un grupo de apoyo para aquellos funcionarios que se hayan visto involucrados en un EA.

DISCUSIÓN

Se reconocieron varios factores que pudieron influir en las consecuencias que tienen la ocurrencia de eventos adversos sobre las segundas víctimas, a saber:

Las consecuencias que tuvo el EA en el paciente, la relación del profesional con el paciente y su familia, el número de funcionarios involucrados en el suceso, el apoyo profesional y del



entorno familiar, la experiencia previa, las consecuencias judiciales que pudieran presentarse, el tratamiento mediático del EA.

Los pacientes y/o sus familiares son quienes han sufrido de primera mano las consecuencias de un EA, sin embargo los funcionarios involucrados directamente, también han sido víctimas y está demostrado que aquellos profesionales sanitarios que han sufrido un EA como segunda víctima también han visto afectado su rendimiento laboral(6); sus reacciones más comunes se describen en la Tabla 2.

Cada persona tiene su propia manera de hacer frente a la situación. Scott et al(1) describe una trayectoria de 6 etapas en la recuperación de las segundas víctimas (Figura 1). Las tres primeras ocurren inmediatamente después de vivir el EA, pudiendo presentarse de manera simultánea o secuencial. Posterior a esto el afectado comienza a tomar conciencia de la gravedad de lo sucedido. La última etapa consiste en cómo la segunda víctima resuelve su proceso, planteándose tres desenlaces posibles: abandono, supervivencia o superación.

Se ha descrito una serie de medidas – decálogo de buenas prácticas (7) a implementar por parte de la institución que buscan ayudar a las segundas víctimas (Tabla 3).

Una limitación a nuestros resultados, es que se trató de una encuesta que reflejó la percepción que el tema de exposición a los eventos adversos ha tenido en el personal de Salud.

La distribución de género y del estamento profesional y/o técnico de los entrevistados fue consistente con la distribución que se da en el Hospital, gracias al muestreo estratificado. Se

consideró que con más de tres años en la institución, el personal ya se encuentra identificado plenamente con la institución y ha recibido las capacitaciones requeridas por ella para desarrollar de mejor manera su labor.

Llamó la atención que más de la mitad de los encuestados refiriera que la ocurrencia de un EA es una circunstancia personal y no de la institución, al contrario de lo descrito en la literatura. Esto parece reflejar una cultura poco integrativa y con una tendencia más punitiva respecto a la ocurrencia de estos EA, responsabilizando más a las personas, y no analizando el proceso por el cual este EA pudo completarse, del cual la propia institución es responsable de investigar y corregir.

En la mayoría de los entrevistados existió la idea de que al informar un evento al paciente, se expone el personal a un reclamo, y se quiebra la relación entre el personal y el paciente o la familia. No es lo que describe literatura revisada; probablemente por falta de capacitación y difusión al respecto de informar al paciente respecto de la ocurrencia de un EA, que por lo demás, se encuentra asociado a la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, la cual entró en vigencia el 1 de octubre de 2012. La percepción además es que no se contaba con el entrenamiento o conocimientos para entregar una información difícil, lo cual plantea una gran oportunidad para estrechar esta brecha detectada a nivel institucional.

Menos de un 50% señaló tener la información de un sistema de notificación de EA institucional; en el entendido que está implementado vía electrónica y en papel en el Hospital por Ley

20.584, aunque no totalmente operativo, al parecer a la luz de los datos, no ha existido difusión suficiente ni la cultura hospitalaria, en la cual la información disponible, parece ha sido distribuida solo en cargos de jefatura pero no ha trascendido a los niveles operativos, lo que ha dificultado utilizar las herramientas disponibles para notificar los EA al nivel de los usuarios finales.

Respecto a la probabilidad de ocurrencia de EA en su Unidad o servicio, 82% consideró baja o media probabilidad en el Hospital, y no varió en el propio servicio. Existió una falta de sensibilización al tema de la probabilidad de ocurrencia del casi error, en los cuales muchos eventos de este último tipo no son lo suficientemente dimensionados o soslayados, con poca conciencia de que estos pudieron eventualmente transformarse en un EA serio. Parece existir la creencia que esto le pasa a otros, pero a nosotros no.

Ítem 3: en un 50% existió la percepción de que un EA es informado al paciente. Puede que esto estuviera influido en el hecho de que eventos menores no hubiesen sido informados. Mientras más grave, más se ha informado.

Se recogió de la encuesta, la existencia de un alto interés de parte de los funcionarios a recibir capacitación específica, tanto para afrontar la ocurrencia de un EA como para realizar su notificación. Una organización comprometida con la calidad de la atención y la seguridad del paciente, trabaja para evitar errores, reparar los daños en el paciente/familiares y en el funcionario implicado, servicio y hacia la propia institución.

En conclusión, este estudio dio cuenta de la realidad del enfrentamiento personal e institu-

cional ante la ocurrencia de un evento adverso. Vimos que el problema no ha sido reconocido completamente tomando en cuenta su magnitud e importancia para la institución, y sobre todo para la seguridad de nuestros pacientes. Creemos que debe implementarse una política institucional y probablemente nacional, de tratamiento hacia las segundas víctimas, que dé cuenta y enfrente el problema con medidas establecidas y basadas en evidencia.

Referencias

1. Scott S.D., Hirschinger L.E., Cox K.R., et al The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *BMJ Quality & Safety* 2009; 18: 325 - 330
2. Carrillo I; Ferrús L; Silvestre C, et al Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales *Rev Calid Asist* ; 31(S2): 3 - 10, 2016
3. Wu AW. Medical Error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 2000; 320: 726
4. Bueno M.J., Briansó M, Colomé L, Prats E. Experiencia de unidad de soporte de segundas víctimas (USVIC) *Rev Calid Asist* 31;(S2) 49 -52, 2016
5. Torrijano-Casalengua ML; Astier-Peña P; Mira - Solves JJ, et al. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Atención Primaria* 2016; 48(6) :143 - 146.
6. Burlison JD, Quillivan MS, Scott S, Johnson S, Hoffman J. The Effects of the Second Victim Phenomenon on Work-Related Outcomes: Connecting Self-reported Caregiver Distress to Turnover Intentions and Absenteeism *J Patient Saf* 2017 13: 93 - 102
7. Aranaz A, Mira JJ, Guilbert M, Herrero JF, Vitsaller J, y Grupo de trabajo "Segundas Víctimas". Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre segundas víctimas. *Trauma Fund MAPFRE* . 2012; 24(1): 54 - 60. Disponible en <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v24n1/docs/Articulo8.pdf>
8. Mira et al. Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas Grupo de investigación en segundas y terceras víctimas, España, 2015. www.segundasvictimas.es, <http://www.segundasvictimas.es/acceso.php>
9. Mira et al. Interventions in health organizations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC health services research*. 2015.
10. Stangierski et al. *Arch med Sci*3. Medical errors-not only patient's problem. 2012.
11. Van Gerven E, et al. *BMJ open research* Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis, 2016.



12. Waterman et al. 2007. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. Joint Commission on Accreditation of healthcare organizations. 2007.

13. Propuesta para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. Revista de calidad asistencial. Carrillo et al. 2016.

14. Vera L. Revisión de estrategias efectivas para la seguridad de la atención del paciente. Departamento de calidad y

seguridad del paciente. Documento oficial, Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Ministerio de Salud de Chile; 1° edición, 2008. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/71a8aa81f28d41ece04001011f010aa1.pdf>, consultado el 21 febrero 2019.

15. Carvajal M. Impacto de los eventos adversos en el profesional sanitario "segundas víctimas". Convocatoria de defensa grado de enfermería, Universidad pública de Navarra. Mónica Carvajal España, 2017.

Tabla N° 1. Características demográficas de los encuestados

Características de los encuestados n=191	n(%)
Género (M/F)	64 (33.3) / 127(66.6)
Edad	
< 30 años	36(19)
31 – 50 años	107 (56)
> 51 años	46 (24)
Años en la institución	
< 1 año	9 (4.7)
1 a 3 años	21 (11)
> 3 años	160 (83.7)
Estamento	
Médicos/as	62 (32.5)
Técnicos/as Enfermería	56 (29,3)
Enfermeras/os	20 (10.5)
Auxiliares Servicio	18 (9.4)
Kinesiólogos/as	7 (3.7)
Tecnólogos/as médicos	7 (3.7)
Psicólogos/as	5 (2.6)
Matronas/es	4 (2.1)
Odontólogos/as	3 (1.6)
Nutricionistas	2 (1.0)
Fonoaudiólogos/as	2 (1.0)
Químicos/as Farmacéuticos	2 (1.0)
Terapeuta ocupacional	2 (1.0)
Bioquímicos/as	1 (0.5)

Tabla N° 2 Reacciones frecuentes de segundas víctimas. Según Scott S, et al (1).

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos
Fatiga extrema	Frustración
Trastornos del sueño	Disminución de la satisfacción laboral
Frecuencia cardíaca rápida	Ira
Aumento presión arterial	Tristeza extrema
Tensión muscular	Dificultad para concentrarse
Respiración rápida	Flashbacks, revivir los hechos sucedidos
	Pérdida de confianza
	Duelo
	Remordimiento
	Depresión
	Recuerdos repetitivos
	Duda de sí mismo
	Ansiedad por el regreso al trabajo
	Cuestionar la profesión
	Miedo al daño de la reputación
	Sobreexcitación
	Evita el área de trabajo de atención del paciente

Tabla N° 3. Decálogo de buenas prácticas para ayudar a las segundas víctimas. Aranaz JM et al. (7)

Decálogo de las buenas prácticas para ayudar a las segundas víctimas:
1. Actuar con honestidad y transparencia, reparando el daño e informando de lo que ha sucedido y de las medidas para evitar que pueda repetirse.
2. Actuar de forma prudente, evitando juicios de valor y aportando datos.
3. Contrastar la información antes de informar a los medios de comunicación.
4. Buscar la opinión de los expertos para hacer más comprensibles los hechos.
5. Transmitir la noticia con objetividad, sin buscar culpables.
6. Lograr el máximo respeto para el profesional involucrado.
7. Intentar evitar sensacionalismos, buscando interlocutores de los medios especializados en salud.
8. No contribuir a crear estereotipos equívocos de profesionales de salud.
9. Transmitir que la institución tiene entre sus fines la búsqueda de lo mejor para el paciente.
10. Garantizar el derecho a la intimidad, cuando la noticia incorpore imágenes.



Figura N°1 Trayectoria de recuperación segundas víctimas, descrita por Scott et al. 2009



ANEXOS

ANEXO N°1

Definiciones:

- **Evento adverso (EA):** daño no intencional causado al paciente como resultado clínico no esperado de la asistencia sanitaria y que puede o no estar asociado a un error clínico (OMS, 2004).

- **Casi error:** evento adverso que no produce daño directo al paciente o consecuencias serias.

- **Evento centinela:** suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos al paciente, y que su ocurrencia es vigilada activamente, por cuanto se usa como indicador de procesos de calidad y seguridad en una institución de Salud. Todo evento centinela es un EA, que por sus consecuencias re-

úne características que obligan a una completa revisión de qué ha sucedido, para evitar que vuelva a producirse (Norma ISO 179003).

- **Seguridad del paciente:** ausencia de accidente o lesiones prevenibles producidos en la atención médica (Gutiérrez, Rafael).

- **Prácticas seguras:** prácticas que reducen el riesgo de EA relacionados con la atención médica, dados distintos diagnósticos o condiciones clínicas del paciente (Patient safety and Quality).

- **Primera víctima:** paciente que sufre un EA. También se considera a los familiares y amigos cercanos del paciente afectado (Mira et al., 2015).

- **Segunda víctima (SV):** todo profesional sanitario que participa en un EA, un error médico o una lesión relacionada con el paciente no esperada y que se convierte en víctima en el

sentido que queda traumatizado por el evento (Scott et al., 2009)

- Tercera víctima: es la organización sanitaria que puede sufrir una pérdida de reputación como consecuencia de un incidente para la se-

guridad del paciente (Denham, 2007).

ANEXO N° 2

Detalle de resultados de preguntas de la encuesta.

I. Con respecto a los últimos 5 años, señale la respuesta que refleje mejor su experiencia personal. En el HCUCH...

PREGUNTA I	SÍ % (n)	NO % (n)	NO SABE% (n)	EN BLANCO% (n)
1. Contamos con un sistema anónimo de notificación de incidentes y eventos adversos que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes.	45,03% (86)	26,18% (50)	27,75% (53)	1,05% (2)
2. La mayoría de los errores clínicos que conozco se deben a fallas de la organización y no a errores humanos.	25,65% (49)	58,12% (111)	15,71% (30)	0,52% (1)
3. Cuando se detecta un evento adverso con consecuencias graves para un paciente (por ejemplo: muerte, caída con fractura, daño cerebral, administración de medicamento equivocado con shock, cirugía del lado equivocado), se analizan siempre sus causas y cómo evitarlo en el futuro (aprendemos de la experiencia).	74,87% (143)	9,95% (19)	14,66% (28)	0,52% (1)
4. La mayoría de los eventos adversos con consecuencias graves (por ejemplo: muerte, caída con fractura, daño cerebral, administración de medicamento equivocado con shock, cirugía del lado equivocado), se pueden evitar.	89,53% (171)	4,19% (8)	4,71% (9)	1,57% (3)
5. Los funcionarios que se ven involucrados en un evento adverso, cuentan con apoyo psicológico ofrecido por el hospital para reducir el impacto que sufren como funcionario afectado.	4,71% (9)	42,41% (81)	52,36% (100)	0,52% (1)
6. He recibido formación de cómo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso.	18,85% (36)	80,10% (153)	0,52% (1)	0,52% (1)
7. Cuando se produce un error clínico que afecta al paciente siempre se le informa a él o a su familia.	54,45% (104)	19,37% (37)	25,65% (49)	0,52% (1)
8. El informar a un paciente de un error clínico puede provocar una reacción muy negativa que afecte a su relación posterior con los funcionarios que le atienden.	70,16% (134)	18,32% (35)	9,95% (19)	1,57% (3)
9. Cuando se produce un evento adverso grave (por ejemplo: muerte, caída con fractura, daño cerebral, administración de medicamento equivocado con shock, cirugía del lado equivocado), el funcionario involucrado recibe apoyo del propio equipo.	44,50% (85)	18,85% (36)	36,65% (70)	0,00% (0)



II. Indique cuál cree que es la probabilidad de que en los próximos 12 meses...

PREGUNTA II	ALTA% (n)	MEDIA% (n)	BAJA % (n)	NINGUNA% (n)	EN BLANCO% (n)
1. Se produzca en su Hospital un evento adverso con consecuencias graves (por ejemplo: muerte, caída con fractura, daño cerebral, administración de medicamento equivocado con shock, cirugía del lado equivocado).	13,61% (26)	35,08% (67)	46,60% (89)	3,14% (6)	1,57% (3)
2. Se produzca en su Servicio un evento adverso con consecuencias graves (por ejemplo: muerte, caída con fractura, daño cerebral, administración de medicamento equivocado con shock, cirugía del lado equivocado).	6,81% (13)	22,51% (43)	58,64% (112)	10,47% (20)	1,57% (3)

III. En caso de que se produjera un error clínico, cuál es la probabilidad de que suceda lo siguiente

PREGUNTA III	ALTA %(n)	MEDIA% (n)	BAJA %(n)	NINGUNA% (n)	EN BLANCO %(n)
1. Informar al paciente o a sus familiares del error.	56,54% (108)	23,04% (44)	1,57% (3)	16,75% (32)	2,09% (4)
2. Pedirle disculpas al paciente (o a sus familiares).	52,36% (100)	27,23% (52)	3,66% (7)	15,18% (29)	1,57% (3)
3. Tener miedo a afrontar consecuencias legales.	55,50% (106)	22,51% (43)	3,14% (6)	16,75% (32)	2,09% (4)
4. Tener miedo a perder el prestigio.	52,88% (101)	26,18% (50)	2,09% (4)	16,75% (32)	2,09% (4)
5. No saber cómo informar del error al responsable clínico del hospital.	23,04% (44)	29,84% (57)	4,71% (9)	39,79% (76)	2,62% (5)
6. Tener conflicto con otros funcionarios (reproches o críticas)	22,51% (43)	41,36% (79)	4,71% (9)	29,84% (57)	1,57% (3)

IV. En los últimos 5 años en el HCUCH...experiencia personal

PREGUNTA III	ALTA %(n)	MEDIA% (n)	BAJA %(n)	NINGUNA% (n)	EN BLANCO %(n)
1. Informar al paciente o a sus familiares del error.	56,54% (108)	23,04% (44)	1,57% (3)	16,75% (32)	2,09% (4)
2. Pedirle disculpas al paciente (o a sus familiares).	52,36% (100)	27,23% (52)	3,66% (7)	15,18% (29)	1,57% (3)
3. Tener miedo a afrontar consecuencias legales.	55,50% (106)	22,51% (43)	3,14% (6)	16,75% (32)	2,09% (4)
4. Tener miedo a perder el prestigio.	52,88% (101)	26,18% (50)	2,09% (4)	16,75% (32)	2,09% (4)
5. No saber cómo informar del error al responsable clínico del hospital.	23,04% (44)	29,84% (57)	4,71% (9)	39,79% (76)	2,62% (5)
6. Tener conflicto con otros funcionarios (reproches o críticas)	22,51% (43)	41,36% (79)	4,71% (9)	29,84% (57)	1,57% (3)





V. Por su experiencia o por experiencias ajenas en el HCUCH, qué consecuencias ha tenido el informar a un paciente sobre un evento adverso que haya padecido.

PREGUNTA V	SÍ % (n)	NO % (n)	NO SABE % (n)	EN BLANCO % (n)
1. El paciente aceptó las explicaciones.	57,07 % (109)	7,85% (15)	32,46% (62)	2,62% (5)
2. A consecuencia de la conversación, empeoraron las relaciones con el paciente.	20,94 % (40)	42,93 % (82)	32,98% (63)	3,14% (6)
3. El paciente y/o su familia presentó: Una demanda	18,85 % (36)	31,41 % (60)	35,60% (68)	14,14% (27)
Un reclamo.	44,50 % (85)	12,57 % (24)	31,41% (60)	11,52% (22)
Publicidad negativa	15,18 % (29)	21,99 % (42)	44,50% (85)	18,32% (35)
4. El paciente tuvo una respuesta agresiva.	17,28 % (33)	40,31 % (77)	30,89% (59)	11,52% (22)

VI .En el caso de que Ud., o algún funcionario que conozca, se haya visto involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves en el HCUCH (por ejemplo: muerte, caída con fractura, daño cerebral, administración de medicamento equivocado con shock, cirugía del lado equivocado), indique si ha observado los siguientes síntomas. Si usted no se ha visto involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves o no conoce a algún funcionario que lo haya estado, continúe con la consulta VIII:

PREGUNTA VI	NUNCA % (n)	ALGUNA VEZ % (n)	CASI SIEMPRE% (n)	SIEMPRE% (n)
1. Confusión, dificultades para concentrarse en la tarea en los días siguientes al evento adverso.	16,87% (14)	45,78% (38)	8,43% (7)	28,92% (24)
2. Sentimientos de culpa.	8,43% (7)	42,17% (35)	19,28% (16)	30,12% (25)
3. Alteraciones del ánimo como: pesimismo ante la vida, tristeza, ansiedad, ira y cambios de humor.	10,98% (9)	52,44% (43)	12,20% (10)	24,39% (20)
4. Cansancio.	10,98% (9)	42,68% (35)	17,07% (14)	29,27% (24)
5. Insomnio, dificultades para disfrutar sueño reparador.	17,50% (14)	45,00% (36)	5,00% (4)	32,50% (26)
6. Revivir el suceso una y otra vez.	15,85% (13)	54,88% (45)	12,20% (10)	17,07% (14)
7. Dudas constantes sobre lo que tiene que hacer en su trabajo.	36,59% (30)	45,12% (37)	7,32% (6)	10,98% (9)
8. Pérdida de la reputación entre los compañeros.	39,02% (32)	43,90% (36)	6,10% (5)	10,98% (9)
9. Pérdida de la reputación entre los pacientes.	50,00% (41)	45,12% (37)	1,22% (1)	3,66% (3)
10. Cuestionarse si continuar desarrollando su actividad laboral o abandonarla.	44,58% (37)	44,58% (37)	3,61% (3)	7,23% (6)



VII. En el caso de que Ud., o algún profesional que conozca en el HCUCH, se haya visto involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves, indique consecuencias laborales:

PREGUNTA VII	SÍ % (n)	NO % (n)
1. Ha necesitado una licencia médica.	26,32% (25)	73,68% (70)
2. Ha solicitado traslado de servicio, unidad o centro de trabajo.	15,79% (15)	84,21% (80)
3. Ha abandonado su trabajo.	4,21% (4)	95,79% (91)

VIII. Señale si estaría interesado en:

PREGUNTA VIII	SÍ % (n)	NO % (n)	EN BLANCO % (n)
1. Recibir formación específica para afrontar mejor las consecuencias de los eventos adversos en los funcionarios	93,19% (178)	5,76% (11)	1,05% (2)
2. Recibir formación específica para saber cómo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso.	92,15% (176)	6,81% (13)	1,05% (2)
3. ¿Participar en un grupo de apoyo a personas involucradas en un evento adverso?	58,12% (111)	39,27% (75)	2,62% (5)

IX. Por último indique:

PREGUNTA IX	Puntuación	% (n)
1. Edad	<input type="radio"/> Hasta los 30 años <input type="radio"/> Entre 31 y 50 años <input type="radio"/> Entre 51 y 70 o más años <input type="radio"/> En blanco	19% (36) 56% (107) 24% (46) 1% (2)
2. Sexo	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> En blanco	33% (63) 66,5% (127) 0,5 % (1)
3. Profesión	<input type="radio"/> Médico/a <input type="radio"/> Odontólogo/a <input type="radio"/> Enfermero/a <input type="radio"/> Matrona <input type="radio"/> Kinesiólogo/a <input type="radio"/> Químico farmacéutico <input type="radio"/> Tecnólogo médico <input type="radio"/> Técnico paramédico <input type="radio"/> Auxiliar <input type="radio"/> Otros	32,5% (62) 1,6% (3) 10,5% (20) 2,1% (4) 3,7% (7) 1% (2) 3,7% (7) 29,3% (56) 9,4% (18) 6,1% (12)
4. Unidad o servicio	<input type="radio"/> Clínico <input type="radio"/> De Apoyo clínico <input type="radio"/> En blanco	80% (152) 18% (35) 2 (4)
5. Años de experiencia laboral en la institución	<input type="radio"/> Menos de 1 año <input type="radio"/> Entre 1 y 3 años <input type="radio"/> Más de 3 años <input type="radio"/> En blanco	4,7% (9) 11% (21) 83,7%(160) 0,5% (1)